



Número: **0800314-07.2020.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **29/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VALCIR CORREIA DE MORAIS (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33283 379	17/08/2020 14:18	Contestação	Contestação
33283 397	17/08/2020 14:18	2742044_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
33283 398	17/08/2020 14:18	2742044_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181013100000031857387>
Número do documento: 20081714181013100000031857387

Num. 33283379 - Pág. 1

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALCIR CORREIA DE MORAIS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02179-2

CONTA: 000010011002-9

Nr. da Autenticação 5D01890BECA6A45C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181096400000031857405>
Número do documento: 20081714181096400000031857405

Num. 33283397 - Pág. 1



SECRETARIA DE
SAÚDE



C I D A D E D O
TRABALHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Mamanguape, 20 de Julho de 2018



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, VALCIR CORREIA DE MORAIS, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 28 de Junho de 2018, vítima de colisão carro com motocicleta, e transferido ao Ortotrauma.

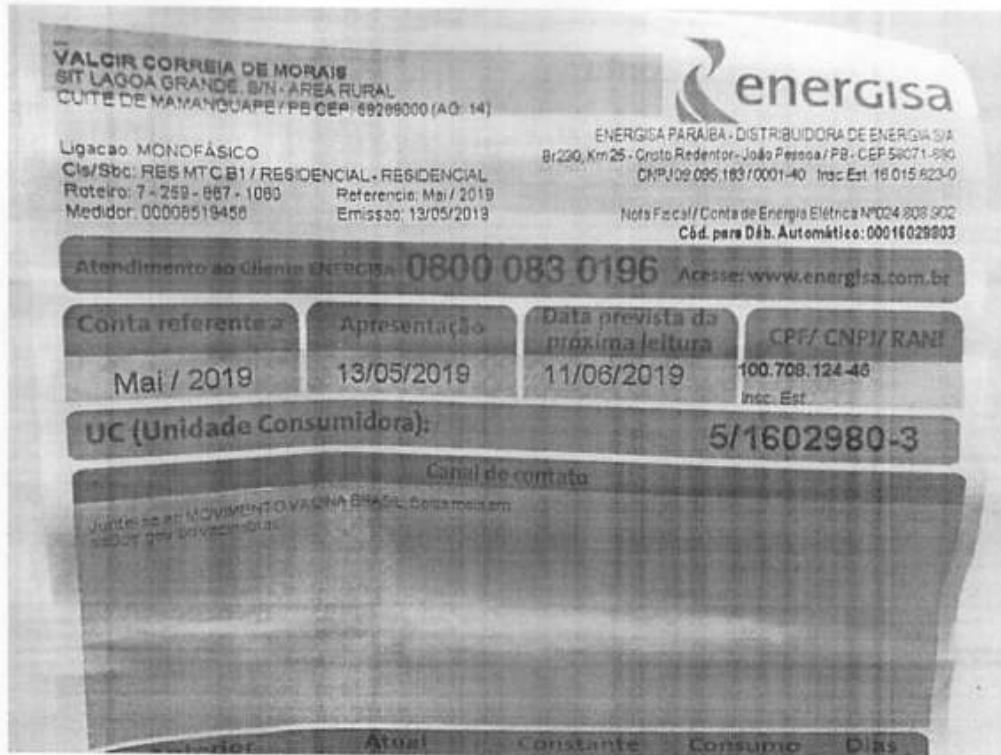
Crísan Crisane França de Farias
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape/PB
CNPJ 08674396000164

Rua Marquês do Herval, 64 - Centro – Fone (83) 996501777/991136091 –
samucrisane@gmail.com



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 2

VALCIR CORREIA DE MORAIS SIT LAGOA GRANDE, S/N - ÁREA RURAL CUITE DE MAMANGUAPE / PB CEP: 58209000 (A-0-14)		 energisa		
Ligação: MONOFÁSICO Clf/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Roteiro: 7 - 259 - 667 - 1060 Referência: Mai / 2019 Medidor: 00008519456 Emissão: 13/05/2019		ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-990 CNPJ 09.095.183/0001-40 Irc Est. 16.015.823-0 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°024.208.902 Cód. para Déb. Automática: 00016029803		
Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196		Acesse: www.energisa.com.br		
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAN	
Maio / 2019	13/05/2019	11/06/2019	100.708.124-46 Insc. Est.	
UC (Unidade Consumidora):		5/1602980-3		
Canal de contato				
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA B774! Compartilhe em Facebook ou WhatsApp!				
Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pj.e.tjb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008171418110940000031857406>
Número do documento: 2008171418110940000031857406

Num. 33283398 - Pág. 3



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Joséilton Silva de Souza,

RG nº 3.802.076, data de expedição 14/10/09,

Órgão SSS/PB, portador do CPF nº 098.182.254-14,

com domicílio na cidade de Cuité de Mamanguape, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Lagoa Grande, nº 5/Nº,

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Valdir Moreira de Moraes, cujo o condutor era

Valdir Moreira de Moraes.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: Honda CG 150 FAN ESI Ano: 2011

Placa: QEX 1689/PB Chassi: 9C2KC1670BR636748

Data do Acidente: 28/06/18

Local e Data: Mamanguape, 16 de Julho de 2019

Joséilton Silva de Souza
Assinatura do Declarante

2º Cartório
Mamanguape-PB

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



2º OFICIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB

Recomendo, por autenticidade, a(s) firma(s) a(s):

JOSÉILTON SILVA DE SOUZA

Dou fe. Mamanguape-PB - 17/05/2019

Escrevente: ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI

Selo Digital: AIO71398-ZXJ

Consultar a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol RS 2,51 Xarpé RS 0,29 MP RS 0,15 Feij RS 2,38



Erivaldo Araújo Cavalcanti
Escrevente Autorizado



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 4



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Joséilton Silva de Souza,

RG nº 3.802.076, data de expedição 14/10/09,

Órgão SSS/PB, portador do CPF nº 098.182.254-14,

com domicílio na cidade de Cuité de Mamanguape, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Lagoa Grande, nº 5/Nº,

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Valdir Moreira de Moraes, cujo o condutor era

Valdir Moreira de Moraes.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: Honda CG 150 FAN ESI Ano: 2011

Placa: QEX 1689/PB Chassi: 9C2KC1670BR636748

Data do Acidente: 28/06/18

Local e Data: Mamanguape, 16 de Julho de 2019

Joséilton Silva de Souza
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



2º OFICIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB

Recomendo, por autenticidade, a(s) firma(s) a(s):

JOSÉILTON SILVA DE SOUZA

Dou fe. Mamanguape-PB - 17/05/2019

Escrevente: ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI

Selo Digital: AIO71398-ZXJ

Consultar a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol RS 2,51 Xarpé RS 0,29 MP RS 0,15 Feij RS 2,38



Erivaldo Araújo Cavalcanti
Escrevente Autorizado



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 5



CERTIDÃO

Nº. 0195/2019

Atendendo solicitação de **VALCIR CORREIA DE MORAIS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 140502 e Prontuário nº 2018.06.003810 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/06/2018 às 20H25min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Indicado tratamento cirúrgico. Alta a pedido dia 29/06/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de Março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 140502 Attd: Nao Regul
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. 'TARCISIO DURITY Data: 28/06/2018
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 20:25:40
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Repcionista: HELENA MARIA HONORAT
FAX: - CNPJ: Clinica: CIRURGICA

DADO DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: VALCIR CORREIA DE MORAIS Num. Prontuario: 2018.06.003810
CNS: 704805536794647 Sexo: M IDENTIDADE: 3780237 Fone: 981265937
Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 16/07/1991 Id: 27 ano(s)
End.: SITIO LAGOA GRANDE,00
Bairro: ZONA RUARL Cidade: CUTTE DE MAMANGUAPE UF :PB
Mae: VALNEIDE DE LIMA CORREIA Pai: PAULO BORGES DE MORAIS
Raca: PARDIA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AGRICULTOR Estado Civil: SOL
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO
Resp.: MAE
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: D
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: SITIO BONITA - COLISAO MOTO/CONDUTOR X CARRO
Vitima de violência por: HJ. 16:30 -
 Caso Policial

PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO			
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave	
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao	
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia	
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado	
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado	
		<input type="checkbox"/> Vomito	
Queixa Principal		Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

TOMC : NDN
ASD : NDN

Diagnosticos: FNT: fumos exponenciales

Prescrição: Faz: Am. Oftalm. Horário da medicação:

Prescrição C: AVM ORTOFRA
Horário da medicação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 7

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Otdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Walmir de Lima Gomes

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

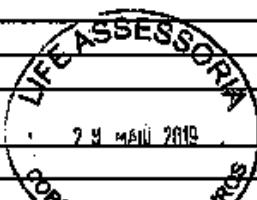
Data da Admissão: 28/06/18

Nome: VAILIR CORRIGIA DE MONTES
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: / /
Escolaridade: _____

QPD:

HDA: Presente agente da sede e de
floradas em ZNA (c)
Apresente Enfimente constar - constar
em Região Anterior à Pele.

Medicações em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Metena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Políuria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-repouso []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

HN - 071-129



TERMO DE ALTA A PEDIDO

O abaixo assinado, Valcier Correia de Melo,
pessoa responsável pelo(a) paciente, B. amea,
certifica que deixa o **COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA**, por livre e
espontânea decisão, contra o parecer do Médico Assistente e da Administração do Hospital.
Declara, outrossim, que foi informado(a) dos riscos envolvidos e, pelo presente, isenta o
Médico Assistente, o Hospital e o corpo de funcionários de qualquer responsabilidade pelo
que possa ocorrer decorrente do seu ato.

João Pessoa, 29 / 06 / 2018.



Valcier Correia de Melo
Assinatura do (a) Paciente ou Responsável
RG: 3.780.237-5 SSP/PB

Assinatura do (a) Funcionário (a)

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg
FC= ____ FR= ____ TEMP(°C)= ____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Franja TN + (6)Conduta: - Monitorizar- Sintomas- Revisar exames- Consultar

Dr. Enfermeiro D. Odontólogo D. Enfermeiro D. Odontólogo
Dr. Médico Dr. Odontólogo Dr. Enfermeiro Dr. Odontólogo
Dr. Enfermeiro D. Odontólogo Dr. Enfermeiro D. Odontólogo



Hospital Samaritano
CENTRO CIRÚRGICO - FICHA DE CIRURGIA

FICHA DA CIRURGIA

Paciente: *Adelcio Correia de Souza* Idade: _____ Sexo: _____ Sala: _____ Data: *27/06/18* Convenio: *Ribeirão*

SUMÁRIO CLÍNICO

*Bra + edema lit ferido
toracoplasty*

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião: *Dr Fábio Portilho*
1º. Auxiliar: _____
2º. Auxiliar: _____
3º Auxiliar: _____
Anestesista: *Do Guterres Portilho*
Instrumentador(a): *Ariano*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Data da Cirurgia: *27/06/18* Hora Inicial: _____
Hora Final: *23:45*
Tipo de Cirurgia: *Fixação do ferido*
Diagnóstico Pré-Operatório: *Ferida aberta TNT*
Tipo de Anestesia: *Locais*
Risco Cirúrgico: _____
Intercorrenças Cirúrgicas: _____



Diagnóstico Pós-Operatório: *Oncor*
Cirurgia (Descrever via acesso, Técnica e Técnica, Ligadura, Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado)

- ① Aneurisma + art. pectoral
- ② Acesso esternal + ferida
- ③ Reta + blefar + laringe
- ④ Peritox + ferida
- ⑤ Fissura + pleura 3/5 + b. epiploic
- ⑥ Ferida na pleura + laringe

Dr. Fábio G. F. Barbosa
CRM-PB: 6396
CRM-PE: 4684
SBOT: 16676



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 13

Bloco Cirúrgico

Paciente:	<i>Valter Correia Moraes</i>	Convênio:	Poco E
Cirurgia:	<i>Enrolado abr Tomografia</i>	Data:	29/6/17
Cirurgião:	<i>DR. R. Alvaro Bobadela</i>	Anestesista:	<i>DR. Gutembergue</i>
Auxiliar 1:		Anestesia:	<i>Roque + Sedacan</i>
Auxiliar 2:		Circulante:	<i>José 719.076</i>

Instrumentador: *Adriano*

MEDICAMENTOS			
Água Destilada 10 ml	Droperidol	01	Nimblum mg
Adrenalina	Etororfato		Transamlin
Aminofilina	Efedrina		Tramal 50mg
Amicacina	Fenergan		Tracrium
Atropina	Fentanil 2ml	02	Ultiva 2mg
Bextra 40mg	Fentanil 10ml		Unasyn 3g
Buscopam Composto	Flagyl 500mg		Xilocaina 2% Fr
Buscopam Simples	Fenitoína		Xilocaina 2% 5ml
Brycanil	Flumazenil		Xilocaina 2% geléia
Clonidina	Gentamicina		Dramin B6
Cipro 200mg	Glicose 50%		Vitamina C
Duo Decadron	Hidrocortisona		Vitamina K
Dimorf 0,2mg	Keflim 1g	01	Vitamina B
Dimorf 10mg	Kefazol 1g	02	Propofol
Dimorf 1mg	Ketalar/Ketamin	01	HALOGENADOS
Dexametasona mg	Kolagenase Pomada		Prostigulmine
Dipirona Sódica	Lasix		Quelicim mg
Dolosal	Liquemine		Sevorane (ml)
Dormonid	Narcan		Halotano (ml)
Diazepam	Nauseodron		Forane (ml)

SOLUÇÕES			
Soro Fisiol. 0,9% 1000ml	Soro Ringer c/ Lactato	09	PVPI Degermante
Soro Fisiol. 0,9% 500ml	Água Destilada 1L		PVPI Tintura
Soro Fisiol. 0,9% 250ml	Purisole		PVPI Tópico
Soro Glicosado 5% 250ml	Manitol		Alcool 70% 504
Soro Glicosado 5% 500ml	Voluven		Comprimido 0106

MATERIAIS DESCARTÁVEIS			
Aguilha 13x4,5G	Conexão 2 vías	01	Luva de Procedimento
Aguilha 25x7G	Dreno Penrose 1		Luva 7,0
Aguilha 40x12G	Dreno Penrose 2		Luva 7,5
Aguilha Raqui 25G	Dreno Penrose 3		Luva 8,0
Aguilha Raqui 26G	Dreno Succção 3,2		Luva 8,5
Aguilha Raqui 27G	Dreno Succção 4,8		Lâmina Bisturi 11
Aguilha Peridural 16G	Dreno Succção 6,4		Lâmina Bisturi 15
Aguilha Peridural 17G	Dreno Tórax 32		Lâmina Bisturi 24
Aguilha Peridural 18G	Dreno Tórax 36		Máscara Descartável
Aguilha de Bloqueio Plexo	Dreno Tórax 38		Propé
Jelco 14G	Espadrador	01	Seringa 1ml
Jelco 16G	Eletrodos	05	Seringa 3ml
Jelco 18G	Equipo Macrogotas	01	Seringa 5ml
Jelco 20G	Equipo Microgotas		Seringa 10ml
Jelco 22G	Escova degermante	05	Seringa 20ml
Jelco 24G	Gorro Descartável	04	Seringa 60ml
Atadura Crepon 15cm	Gaze Pacote	03	Sonda Foley 3v 18
Atadura Crepon 30cm	Gelfoan		Sonda Foley 3v 20
Atadura Gessada	Surgicel		Sonda Foley 3v 22
Coletor Sist. Aberto	Intracath		Sonda Foley 2v 12
Coletor Sist. Fechado	Catéter monolúmen		Sonda Foley 2v 14
Cateter Nasal	Filtro bacteriológico		Sonda Foley 2v 16
Cateter Peridural 16	Capa VDL		Sonda Foley 2v 18

EQUIPAMENTOS			
Aspirador	Capnógrafo	Fonte de Luz	RX/ Arco Cirúrgico
Bisturi Elétrico	CO2	Monitor	Tricotomia
Bomba de Infusão	Oxigênio	Respirador	Peça Cirurg.
Carro de VDL	Nitrogênio	Oxímetro	Destino:

Jucelina Faustina da Silve
COREN-PB 523.018-ENF



Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

Paciente:	Data: 29 / 6 / 18
Nome da Mãe: Valmeide Lameira	Convenio: Poco RC
Cirurgião: DR:	2º Cirurgião
3º Cirurgião:	Anest. DR: Guilherme
Cirurgia: Fístula de Tonsoplastia esquerda	Origem:

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Recepção do Paciente: () Paciente Interno () Paciente Ambulatorial (Cirurgia Eletiva () Cirurgia de Urgência Venoclise () Sim () Não () Periférico MS () Central

Estado geral/Nível de Consciência:

() Consciente () Sedado () Outros, SSVV: PA: 150 / 67 mmHg P: 56 bpm R: 18 SPO2 99

LIFERESSESSORIA
ORDEM DE SERVIÇO

TRANS-OPERATÓRIO

29 MAI 2019

Grau de Contaminação: (Limpa: epiderme, subcutâneo, músculo-esquelético, nervoso e cardiovascular, () Contaminada: cólon, reto e ânus, crânio, () Potencialmente Contaminada: gastrointestinal, respiratório, genito-urinário, oculares e de vias biliares () Infectada: tecido com presença de infecção local

Posição do Paciente no Transoperatório: () Dorsal (Ventral (Lateral ED () Ginecológica

Coxim: () Dorsal (Coluna Cervical () Ombro () Tórax () Outros:

Bisturi Elétrico: () Sim (Não Local da Placa: () Panturrilha () Face posterior da coxa () Glúteos

Soluções Usada na Assepsia: () PVPI () Clorexidina () Outros

Láteres e Drenos: SVD nº _____ 2 vias () 3 vias c/ irrigação, Anticéptico utilizado, _____ Balão insuflado com _____ ml, Passado por: _____	() Acesso central () Acesso venoso periférico MS _____	() SNG nº _____ () Pen rose nº _____, () Dreno succção kher, () Dreno de blacker nº _____ () Dreno de tórax nº _____
---	--	--

Ostomias: () Traqueal () Cística () Local

Tipo de Anestesia: () Geral (Raquianestesia () Peridural (Sedução () Local () Geral Venosa
() Bloqueio de plexo () Sedação () Tubo Endot. Nº _____ Fio guia: () Sim () Não () Guedel nº _____

Serviços Requisitados: () Banco de Sangue () Radiologia () Laboratório

Hora do Início: 19 : 30 Hora do Término:

Intercorrelações: () Sim (Não

Qual: _____





IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Edicir Conceiçao de morais

Atendimento: _____

Convênio: Pocet

Cirurgia: Frotura da Ternozela proximal

Cirurgião: DR: Edilson Barbosa

Sala: 02 Data: 29/6/18

Circulante de sala (não rubricar): João 7:19:091

A photograph of a surgical tray containing various instruments and supplies. Labels on the tray include: Data de Previsão, Data de Vistoria, No. do Orçamento, and No. do Operário.	A photograph of a surgical tray containing various instruments and supplies. Labels on the tray include: Data de Previsão, Data de Vistoria, No. do Orçamento, and No. do Operário.	A photograph of a surgical tray containing various instruments and supplies. Labels on the tray include: Data de Previsão, Data de Vistoria, No. do Orçamento, and No. do Operário.
A photograph of a surgical tray containing various instruments and supplies. Labels on the tray include: Data de Previsão, Data de Vistoria, No. do Orçamento, and No. do Operário.	A photograph of a surgical tray containing various instruments and supplies. Labels on the tray include: Data de Previsão, Data de Vistoria, No. do Orçamento, and No. do Operário.	A photograph of a surgical tray containing various instruments and supplies. Labels on the tray include: Data de Previsão, Data de Vistoria, No. do Orçamento, and No. do Operário.
		A circular stamp with the text "LIFE ASSESSORIA" at the top and "CORRETORA DE SEGUROS" at the bottom. In the center, it says "29 MAI 2019".





Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: _____
Leito: _____ Convênio: _____ Setor: _____

DATA	Admission
24/06	Pc. Adm. n for m. # DNC
	<i>Dr. Fidias G. P. Borborema</i> CRM-PB: 5395 CRM-PE: 14654 SBOT: 9870
	LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 29 MAIO 2019
	<i>2018 Jan</i> <i>Amaral</i> <i>Ester Pérez</i> <i>Alta hospital</i>
	<i>Dr. Fidias G. P. Borborema</i> CRM-PB: 5395 CRM-PE: 14654 SBOT: 9870



Hospital Samaritano

INSTITUIÇÃO HOSPITAL SAMARITANO
COMPLEXO DE SAÚDE SAMARITANO
CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
NASCIMENTO E MORTE
NASCIMENTO E MORTE
NASCIMENTO E MORTE
NASCIMENTO E MORTE
NASCIMENTO E MORTE

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 29/06/18

Paciente:

Apt: 34 Bloco: 1

Clinica:

OED AGENTE TERAPÉUTICO, QUANTIA/ADE/VIA

① D. Glucos

② 500 ml - 1000 ml

1/3 - 91

③ Cloridr. acet. 500 ml - A90 03-05-18
6/6 hr.

④ Ativane 240 + A90 1x6hr 2/3-05-18

⑤ Tilitil 40 + A90 1x6hr

⑥ Omeprazol 40 1x + A90 05 (30.06)

⑦ Ostatin 30 - 1P2 + A90

1x6hr 30 min

23.07.18

⑧ Jusmuel 100 + 200 ml

2/3-91

500 ml da PPTU

⑨ Clor. 50 1x6hr 29(30.06)

⑩ Sust - CRG6

10 fime

Dr. Edimar G. R. Barbosa
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14034
SBQI: 9876

LIFE ASSESSOR
29 MAIO 2019

CORRETOR DE SEGUROS

2019-05-29 10:59
SOLICITANTE: Nô. 9228
SOLICITANTE POR:

MÉDICO:

CRM:

Lúcia Lima de Souza de Sousa
Enfermeira
COREN 23º Enfermeira
REN 288955



son



Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 20/06/18

Valete C. da Rosa

Paciente:

Apt: 34

Setor: Andar:

Clinica:

OED: AGENTE TERAPEUTICO / QUANTIDADE / VIA

① A. Sime

② Frasco com 100 + TAKA BOT 10

③ Alfa hospital

④ Se fizer grise - IFR (m) B

DR. FIDIAS G. F. Barbosa
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14854
SBOT: 9876



MÉDICO:

STRADATO POR:

CRM:





Hospital Samaritano

Valcir C. L. Mori

64

Tm

- Petarayam

01/2

Athen Jr

Dr. Fábio G. F. Barbosa
CRM-PB: 6398
CRM-PE: 14684
SBOT: 9876



Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia
Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparosco

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – Pb

Fone: (83) 3048-2100





CERTIDÃO

Nº. 0195/2019

Atendendo solicitação de **VALCIR CORREIA DE MORAIS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 140502 e Prontuário nº 2018.06.003810 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/06/2018 às 20H25min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Indicado tratamento cirúrgico. Alta a pedido dia 29/06/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de Março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 140502 Atd: Nao Regul
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO DURITY Data: 28/06/2018
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 20:25:40
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Repcionista: HELENA MARIA HONORAI
FAX: - CNPJ: Clinica: CIRURGICA

DADO DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: VALCIR CORREIA DE MORAIS Num. Prontuario: 2018.06.003810
CNS: 704805536794647 Sexo: M IDENTIDADE: 3780237 Fone: 981265937
Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 16/07/1991 Id: 27 ano(s)
End.: SITIO LAGOA GRANDE,00
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CUIXE DE MAMANGUAPE UF :PB
Mae: VALNEIDE DE LIMA CORREIA Pai: PAULO BORGES DE MORAIS
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: AGRICULTOR Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: MAE
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: D
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: SITIO BONITA - COLISAO MOTO/CONDUTOR X CARRO
Vitima de violência por: HJ. 16:30
[] Caso Policial

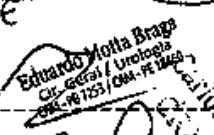
PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
[] Observacao
Saída Principal
SAMU

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

TOM: NDN
ABD: NDN

Diagnostico EXT: FEVER | Conduta

Prescricao CO: AVN OFTOSIN Horario da medicacao



Suelio Moreira Torres
Suelio Moreira Torres
Carlos Augusto Reis
Suelio Moreira Torres
Suelio Moreira Torres



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Onde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Walmir de Lima Gomes

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

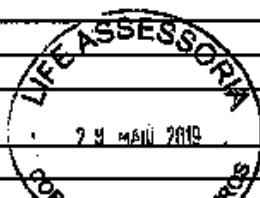
Data da Admissão: 28/06/18

Nome: VAILIR CORRIGIA DE MONTES
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: / /
Escolaridade: _____

QPD:

HDA: Presente agente da sede e de
fimadas em ZNA (c) (c)
Agente Fimante constante
em Região Anterior à Pele.

Medicações em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Políuria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-repouso []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

HN - 071-129



TERMO DE ALTA A PEDIDO

O abaixo assinado, Valcier Correia de Melo,
pessoa responsável pelo(a) paciente, B. amea,
certifica que deixa o **COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA**, por livre e
espontânea decisão, contra o parecer do Médico Assistente e da Administração do Hospital.
Declara, outrossim, que foi informado(a) dos riscos envolvidos e, pelo presente, isenta o
Médico Assistente, o Hospital e o corpo de funcionários de qualquer responsabilidade pelo
que possa ocorrer decorrente do seu ato.

João Pessoa, 29 / 06 / 2018.



Valcier Correia de Melo
Assinatura do (a) Paciente ou Responsável
RG: 3.780.237-5 SSP/PB

Assinatura do (a) Funcionário (a)

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg
FC= ____ FR= ____ TEMP(°C)= ____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Franja TN + (6)Conduta: - Monitorização- Sist.- Monitorizar evolução

Dr. Enferm. D. Ana Paula
Med. Dr. Edvaldo
Dr. Cláudia
Dr. Ana Paula
Dr. Ana Paula
Dr. Ana Paula



Hospital Samaritano
CENTRO CIRÚRGICO - FICHA DE CIRURGIA

FICHA DA CIRURGIA

Paciente: *Adelcio Correia de Souza* Idade: _____ Sexo: _____ Sala: _____ Data: *27/06/18* Convenio: *Ribeirão*

SUMÁRIO CLÍNICO

*Bra + edema lit ferido
toracoplasty*

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião: *Dr Fábio Portilho*
1º. Auxiliar: _____
2º. Auxiliar: _____
3º Auxiliar: _____
Anestesista: *Do Guterres Portilho*
Instrumentador(a): *Ariano*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Data da Cirurgia: *27/06/18* Hora Inicial: _____
Hora Final: *29/06/2019*
Tipo de Cirurgia: *Excar* Portaria
Diagnóstico Pré-Operatório: *Fistulae TNT*
Tipo de Anestesia: *Do gas*
Risco Cirúrgico: _____
Intercorrenças Cirúrgicas: _____



Diagnóstico Pós-Operatório: *Oncor*

Cirurgia (Descrever via acesso, Técnica e Técnica, Ligadura, Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado)

- ① Aneurysma + art. pectoralis
- ② Acesso extramural
- ③ Aorta Blue + laringosio
- ④ Pericard + peritoneum
- ⑤ Fissura d pectoralis 3/5 + B. epiploic
- ⑥ Sutura da aorta blue + laringosio

Dr. Fábio G. F. Barbosa
CRM-PB: 6396
CRM-PE: 4684
SBOT: 16676



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>

Número do documento: 2008171418110940000031857406

Num. 33283398 - Pág. 28

Bloco Cirúrgico

Paciente:	<i>Valter Correia Moraes</i>	Convênio:	Poco E
Cirurgia:	<i>Enrolado abr Tomografia</i>	Data:	29/6/17
Cirurgião:	<i>DR. R. Alvaro Bobadela</i>	Anestesista:	<i>DR. Gutembergue</i>
Auxiliar 1:		Anestesia:	<i>Roque + Sedacan</i>
Auxiliar 2:		Circulante:	<i>José 719.076</i>

Instrumentador: *Adriano*

MEDICAMENTOS			
Água Destilada 10 ml	Droperidol	01	Nimblum mg
Adrenalina	Etororfato		Transamlin
Aminofilina	Efedrina		Tramal 50mg
Amicacina	Fenergan		Tracrium
Atropina	Fentanil 2ml	02	Ultiva 2mg
Bextra 40mg	Fentanil 10ml		Unasyn 3g
Buscopam Composto	Flagyl 500mg		Xilocaina 2% Fr
Buscopam Simples	Fenitoína		Xilocaina 2% 5ml
Brycanil	Flumazenil		Xilocaina 2% geléia
Clonidina	Gentamicina		Dramin B6
Cipro 200mg	Glicose 50%		Vitamina C
Duo Decadron	Hidrocortisona		Vitamina K
Dimorf 0,2mg	Keflim 1g	01	Vitamina B
Dimorf 10mg	Kefazol 1g	02	Propofol
Dimorf 1mg	Ketalar/Ketamin	01	HALOGENADOS
Dexametasona mg	Kolagenase Pomada		Prostigulmine
Dipirona Sódica	Lasix		Quelicim mg
Dolosal	Liquemine		Sevorane (ml)
Dormonid	Narcan		Halotano (ml)
Diazepam	Nauseodron		Forane (ml)

SOLUÇÕES			
Soro Fisiol. 0,9% 1000ml	Soro Ringer c/ Lactato	09	PVPI Degermante
Soro Fisiol. 0,9% 500ml	Água Destilada 1L		PVPI Tintura
Soro Fisiol. 0,9% 250ml	Purisole		PVPI Tópico
Soro Glicosado 5% 250ml	Manitol		
Soro Glicosado 5% 500ml	Voluven		

MATERIAIS DESCARTÁVEIS			
Aguilha 13x4,5G	Conexão 2 vías	01	Luva de Procedimento
Aguilha 25x7G	Dreno Penrose 1		Luva 7,0
Aguilha 40x12G	Dreno Penrose 2		Luva 7,5
Aguilha Raqui 25G	Dreno Penrose 3		Luva 8,0
Aguilha Raqui 26G	Dreno Succção 3,2		Luva 8,5
Aguilha Raqui 27G	Dreno Succção 4,8		Lâmina Bisturi 11
Aguilha Peridural 16G	Dreno Succção 6,4		Lâmina Bisturi 15
Aguilha Peridural 17G	Dreno Tórax 32		Lâmina Bisturi 24
Aguilha Peridural 18G	Dreno Tórax 36		Máscara Descartável
Aguilha de Bloqueio Plexo	Dreno Tórax 38		Propé
Jelco 14G	Espadrador	01	Seringa 1ml
Jelco 16G	Eletrodos	05	Seringa 3ml
Jelco 18G	Equipo Macrogotas	01	Seringa 5ml
Jelco 20G	Equipo Microgotas		Seringa 10ml
Jelco 22G	Escova degermante	05	Seringa 20ml
Jelco 24G	Gorro Descartável	04	Seringa 60ml
Atadura Crepon 15cm	Gaze Pacote	03	Sonda Foley 3v 18
Atadura Crepon 30cm	Gelfoan		Sonda Foley 3v 20
Atadura Gessada	Surgicel		Sonda Foley 3v 22
Coletor Sist. Aberto	Intracath		Sonda Foley 2v 12
Coletor Sist. Fechado	Catéter monolúmen		Sonda Foley 2v 14
Cateter Nasal	Filtro bacteriológico		Sonda Foley 2v 16
Cateter Peridural 16	Capa VDL		Sonda Foley 2v 18

EQUIPAMENTOS			
Aspirador	Capnógrafo	Fonte de Luz	RX/ Arco Cirúrgico
Bisturi Elétrico	CO2	Monitor	Tricotomia
Bomba de Infusão	Oxigênio	Respirador	Peça Cirurg:
Carro de VDL	Nitrogênio	Oxímetro	Destino:

Jucelina Faustino da Silve
COREN-PB 523.018-ENF



Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

Paciente:	Data: 29 / 6 / 18
Nome da Mãe: Valmeide Lameira	Convenio: Poco IC
Cirurgião: DR:	2º Cirurgião
3º Cirurgião:	Anest. DR: Guilherme
Cirurgia: Fístula de Tumorectomia esquerda	Origem:

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Recepção do Paciente: () Paciente Interno () Paciente Ambulatorial () Cirurgia Eletiva () Cirurgia de Urgência Venoclise () Sim () Não () Periférico MS () Central

Estado geral/Nível de Consciência:

() Consciente () Sedado () Outros, SSVV: PA: 150 / 67 mmHg P: 56 bpm R: 18 SPO2 99

LIFERESSESSORIA
ORDEM DE SERVIÇO
29 MAIO 2019

TRANS-OPERATÓRIO

29 MAIO 2019

Grau de Contaminação: () Limpa: epiderme, subcutâneo, músculo-esquelético, nervoso e cardiovascular, () Contaminada: cólon, reto e ânus, crânio, () Potencialmente Contaminada: gastrointestinal, respiratório, genito-urinário, oculares e de vias biliares () Infectada: tecido com presença de infecção local

Posição do Paciente no Transoperatório: () Dorsal () Ventral () Lateral ED () Ginecológica

Coxim: () Dorsal () Coluna Cervical () Ombro () Tórax () Outros:

Bisturi Elétrico: () Sim () Não Local da Placa: () Panturrilha () Face posterior da coxa () Glúteos

Soluções Usada na Assepsia: () PVPI () Clorexidina () Outros

Láteres e Drenos: SVD nº _____ () 2 vias () Acesso central () SNG nº _____ () Pen rose () 3 vias c/irrigação, Anticéptico utilizado, _____ Balão insuflado com _____ ml, Passado por: _____ () Acesso venoso periférico MS _____ () Dreno succção kher, () Dreno de blacker nº _____ () Dreno de tórax nº _____

Ostomias: () Traqueal () Cística () Local

Tipo de Anestesia: () Geral () Raquianestesia () Peridural () Sedução () Local () Geral Venosa () Bloqueio de plexo () Sedação () Tubo Endot. Nº _____ Fio guia: () Sim () Não () Guedel nº _____

Serviços Requisitados: () Banco de Sangue () Radiologia () Laboratório

Hora do Início: 19 : 30 Hora do Término:

Intercorrelações: () Sim () Não

Qual: _____





IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Valcir Conceiçao de morais

Atendimento: _____

Convênio: PocoT

Cirurgia: Frotura de Tornozelo esquerda

Cirurgião: DR: Fidio Barbosa

Sala: 02 Data: 29/6/18

Circulante de sala (não rubricar): João 7:19:091

 Data de Processo Data de Vistoria Nº do Ofício Nº do Documento Papelaria	 Data de Processo Data de Vistoria Nº do Ofício Nº do Documento Papelaria	 Data de Processo Data de Vistoria Nº do Ofício Nº do Documento Papelaria
 Data de Processo Data de Vistoria Nº do Ofício Nº do Documento Papelaria	 Data de Processo Data de Vistoria Nº do Ofício Nº do Documento Papelaria	 Data de Processo Data de Vistoria Nº do Ofício Nº do Documento Papelaria
		 LIFE ASSESSORIA 29 MAI 2019 CORRETORA DE SEGUROS

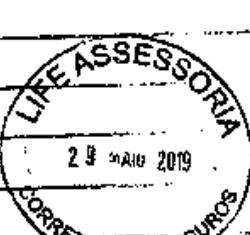




Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: _____ Leito: _____ Convênio: _____ Setor: _____

DATA	Admission
24/06	Pc. Adm. n for m. # DNC
<p><i>Dr. Fidias G. P. Borborema</i></p> <p>CRM-PB: 5395 CRM-PE: 14654 SBOT: 9870</p> 	
<p><i>2018 Jan</i></p> <p><i>Amaral</i></p> <p><i>Ester Pérez</i></p> <p><i>After hospital</i></p>	
<p><i>Dr. Fidias G. P. Borborema</i></p> <p>CRM-PB: 5395 CRM-PE: 14654 SBOT: 9870</p>	





Hospital Samaritano

IN THE UNITED STATES DISTRICT COURT
FOR THE DISTRICT OF COLUMBIA
CIVIL ACTION NO. 01-1004 (JL)
WILLIAM J. BROWN, JR., Plaintiff,
v.
NATIONAL SECURITY AGENCY, et al., Defendants.
Plaintiff's Motion for Preliminary Injunction
and Motion to Seal

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Date: 29/06/16

Paciente:

34

Clinica:

OED	AGENTE TERAPEUTICO / QUANTIA / DIA / HORA	DATA
1	0.5ml - 100ml	1/3/16
2	Cloridr. ame 60 mg + ABD 0/3-05-14 6/6 hr.	0/3-05-14
3	Ativac 2 N + ABD fw 6/6 hr	0/3-05-14
4	Tilatil 40 + ABD fw 1x/dia	0/3-05-14
5	Quinupred 40 mg IX + ABD 05 (30.06)	0/3-05-14
6	Oftamox 10 - 1FL + ABD 6/6 hr 30 min antes de Tensão	23/07/14
7	Tetanusal 100 + 200ml	0/3-01
8	5ml fw 8/8hr	
9	Cloram 40 60 1x/dia	04(30.06)
10	Sput - CCGE	noturno
11	Dr. Edilio G. F. Borborena CRM-PB: 6395 CRM-PF: 14054 SBOT: 9876	29 MAIO 2019
12	Tetanusal 01 ml / 1M	CORRETOR DE SEGURO Nº 116 GARANTIA NOVA 9228

MÉDICO

CRM

A circular logo containing the text "LIFE ASSESSOR".

29 MAY 2010

Dr. Fidias G. F. Borborema
CEM-PB: 5395
CEM-PE: 14054
SERT: 9876

CCW-7 9876
Sect 1
Tetanggana Ranch 1/4 M

1
1995 NOV 19
SEARCHED SERIALIZED INDEXED
928
SAC WASH DC POR:

*Lucilia Itama de Souza de Souza
Enfermeira
COREN 288955
COREN 288955*



son



Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 20/06/18

Valete C. da Rosa

Paciente:

Apt: 34

Setor: Andar:

Clinica:

OED: AGENTE TERAPEUTICO / QUANTIDADE / VIA

① A. Sime

② Frasco com 100 + TAKA 100 ml

③ Alfa hospital

④ Se fizer grise - IFR (m) B

DR. FIDIAS G. F. Barbosa
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14854
SBOT: 9876



MÉDICO:

STRATIFICO POR:

CRM:





Hospital Samaritano

Valcir C. L. Mori

64

Tm

- Retorno yours

01/2

Athen Jr

Dr. Fábio G. F. Barbosa
CRM-PB: 6398
CRM-PE: 14684
SBOT: 9876



Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia
Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparosco

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – Pb

Fone: (83) 3048-2100



PROIBIDO PLASTIFICAR

1275674236



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1275674236

INTERPRINT LTDA.



NOME		VALCIR CORREIA DE MORAIS	
DOC.IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF -		SSP	PB
CPF		DATA NASCIMENTO	
100.708.124-46		16/07/1991	
FILIAÇÃO			
PAULO BORGES DE MORAIS			
VALNEIDE DE LIMA			
CORREIA			



Nº REGISTRO

05344358273

VALIDADE

11/07/2021

1^ª HABILITAÇÃO

07/11/2011

PERMISSÃO

ACC

CATHAB

AB

OBSERVAÇÕES



LOCAL	JOAO PESSOA, PB
DATA EMISSÃO	13/07/2016

Suelio Moreira Torres

ASSINATURA DO PORTADOR

05061231583
PB032335083

Autenticação Pública do Estado
do Paraíba
Assinatura do Emissor

DENTRAN PB (PARAÍBA)

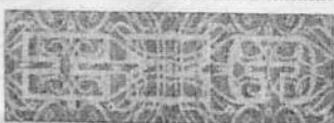


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 36

PROIBIDO PLASTIFICAR

1275674236



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1275674236

INTERPRINT LTDA.



NOME		VALCIR CORREIA DE MORAIS	
DOC.IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF -		SSP	PB
CPF		DATA NASCIMENTO	
100.708.124-46		16/07/1991	
FILIAÇÃO			
PAULO BORGES DE MORAIS			
VALNEIDE DE LIMA			
CORREIA			



Nº REGISTRO

05344358273

VALIDADE

11/07/2021

1^ª HABILITAÇÃO
07/11/2011

PERMISSÃO

ACC

CATHARS

AB

OBSERVAÇÕES



LOCAL	JOAO PESSOA, PB
DATA EMISSÃO	13/07/2016

Suelio Moreira Torres

ASSINATURA DO PORTADOR

05061231583
PB032335083

Av. Presidente Vargas, 100 - Centro
CEP 58010-000 - João Pessoa - PB

ASSINATURA DO EMISSOR

DENTRAN PB (PARANÁ)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

L A C R E 0 0 3 9 0 8 0 9 4	DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA CÓD. RENAVAM 1 0035306409-2	Nº 014202348350 PRF 20180000484979 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018
NOME JOSEILTON SILVA DE SOUZA		
CPF / CNPJ 09818225414 PLACA NOVO PB OEX1689/PB		
PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI PC2KC1670BR636748		
ESPECIE / TIPO PAS / MOTOCICLE / NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL		
MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD. HONDA / CG 150 FAN ESI 2011 2011		
CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE 2 P/149 /CI PARTIC PRETA		
I P V A	COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS 00/00/0000 1 ^a FADA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2 ^a ***** 0 3 ^a	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO ***** * * * * * SEGURO P A G O 23/10/2018		
OBSERVAÇÕES REST. BEN. TRIBUTARIOITE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA		
ARACAJU - PB LOCAL DATA 36633 24/10/2018		
16586		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>
 Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 38

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA	Valéria Moreira da Menezes				
DATA DO ACIDENTE	29-06-2018	CPF DA VÍTIMA	300.709.324-46		
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO					
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESSO COM A VÍTIMA É			
ENDERECO DO PORTADOR	Sítio Leigos	Graenek			
Nº S/N	COMPLEMENTO	-	BAIRRO Fazenda Rural		
CIDADE	Guarapari	Município	UF PB	CEP	58689-000
E-MAIL				TELEFONE	(83) 941429029

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29-05-2019

IDENTIDADE 3780237

ASSINATURA Valéria Moreira da Menezes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 29 MAIO 2019

NOME

ASSINATURA

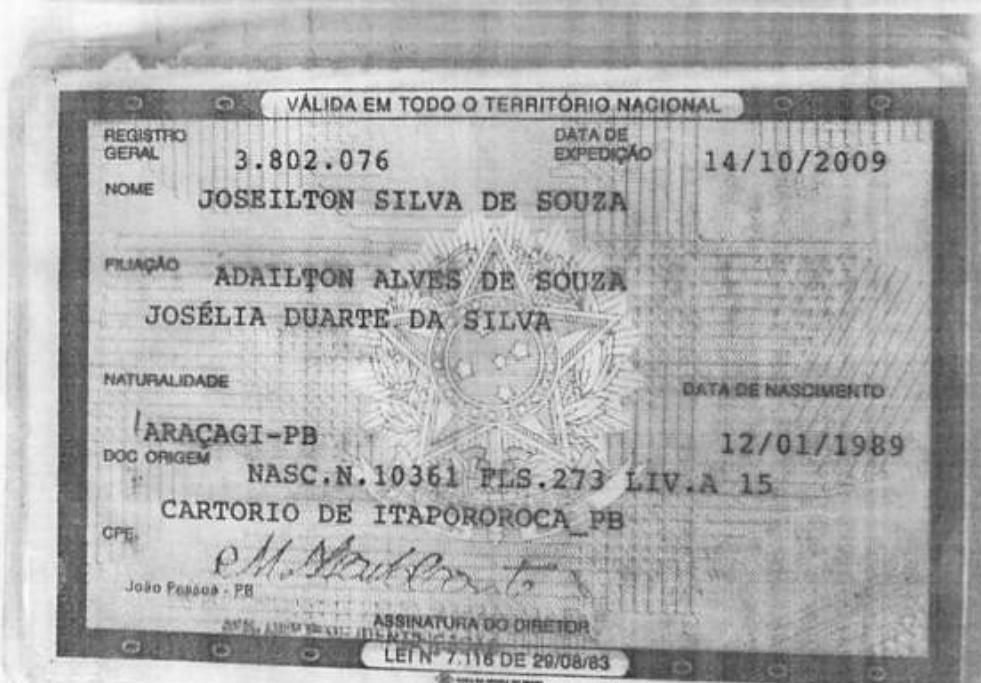


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406

Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 39



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 40

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190351109 **Cidade:** Cuité de Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS **Data do acidente:** 28/06/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.
P 7/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181357/19

Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS

CPF: 100.708.124-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/06/2018

Titular do CPF: VALCIR CORREIA DE MORAIS

Seguradora: INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VALCIR CORREIA DE MORAIS : 100.708.124-46

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: 29/05/2019
Nome: VALCIR CORREIA DE MORAIS
CPF: 100.708.124-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

VALCIR CORREIA DE MORAIS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 42

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALCIR CORREIA DE MORAIS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02179-2

CONTA: 000010011002-9

Nr. da Autenticação 5D01890BECA6A45C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 43

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
21/06/2019 - Autoatendimento - 09:38:23
145575235 8353

EXTRATO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
EXTRATO DE POUPANÇA DIRETO/POUPEX

AGÊNCIA: 2179-2
CONTA: 11.0002-7
VARIAÇÃO: 51
CLIENTE: VALCIR CORREIA DE MORAIS

DATA	DT.BS	HISTÓRICO	VALOR
-----	Mai/2019		
31/05		Saldo ant.	15,52 C
		DISPONÍVEL	15,52 C
		VLR. BLOQUEADO	0,00 D
		SALDO TOTAL	15,52 C
		SALDO POR DATA BASE	
			15,52 C

22

MENSAGENS DIVERSAS
SELIC igual/menor que 8,52 A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,57 A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





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, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190351109 Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS

Data do Acidente: 28/06/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALCIR CORREIA DE MORAIS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14382162



01715/01716 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Núm. 33283398 - Pág. 45



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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190351109 Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS

Data do Acidente: 28/06/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VALCIR CORREIA DE MORAIS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGUIAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01527/01528 - carta 25 - INVALIDEZ

00020764



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008171418110940000031857406>
Número do documento: 2008171418110940000031857406

Núm. 33283398 - Pág. 16



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, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190351109 Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS

Data do Acidente: 28/06/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a). VALCIR CORREIA DE MORAIS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULIACÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

ag. 00379/00380 - carta 25 - INVALIDEZ

00030190



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008171418110940000031857406>
Número do documento: 2008171418110940000031857406

Núm. 33283398 - Pág. 17



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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190351109 Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS

Data do Acidente: 28/06/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALCIR CORREIA DE MORAIS

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **VALCIR CORREIA DE MORAIS**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 1

Agência: 000002179-2

Conta: 000010011002-9

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008171418110940000031857406>
Número do documento: 2008171418110940000031857406

Nº 33283398 - Pág. 48



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora
 LIDER
Assinatura da Seguradora

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do Cadastro ou ASL:

0191557146

CPF da vítima:

300.408.324-46

Nome completo da vítima:

Victor Ribeiro de Souza

CPF:

300.408.324-46

Número:

311

Complemento:

-

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

Nome completo:

Victor Ribeiro de Souza

Profissão:

Agricultor

Bairro:

Área Rural

E-mail:

Endereço:

Itiú Ribeiro Grande

Cidade:

Côte de Mummugua

Estado:

PB

CEP:

58289000

Tel.(DDD):

1831444468068

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

RENDIMENTO:

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: _____

AGÊNCIA:

2179

2

CONTA:

31002

AGÊNCIA:

CONTA:

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende à região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Jacuipé 10-07-2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Vitor Ribeiro de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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. NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406

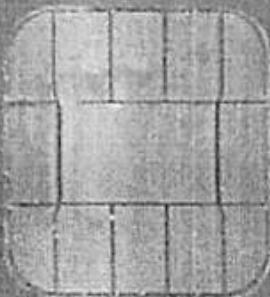
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 49



Outocard

International



Electronic use only / Apenas uso eletrônico

4001 6390 3464 9166

4001

GOOD
THRU 04/21

VALCIR C MORAIS
2179-2 11.002-7

VISA

Electron





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0181357139 CPF da vítima: 300.408.324-46 Nome completo da vítima: Valcir Bonnei de Nonais

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

Nome completo:	Valcir Bonnei de Nonais	CPF:	300.408.324-46
Profissão:	Agricultor	Endereço:	Endereço: Sítio Rego Grande
Bairro:	Área Rural	Cidade:	Cidade: Corte de Mamanguape PB
E-mail:		Estado:	CEP: 58289000
			Tel.(DDD): 18319442468068

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

RENDIMENTO 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: Brancal

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *Valcir Bonnei de Nonais 29-05-2019*

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valcir Bonnei de Nonais

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
IO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

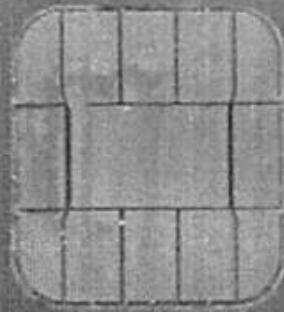


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>

Número do documento: 20081714181109400000031857406



OuroCard
International



Electronic use only / Apenas uso eletrônico

4001 6390 3464 9166

4001

GOOD THRU 04/21
VALCIR C MORAIS
2179-2 11.0002-7

VISA

Electron-





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0181357139 CPF da vítima: 300.408.324-46 Nome completo da vítima: Valcir Bonnei de Nonais

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

Nome completo: Valcir Bonnei de Nonais
 Profissão: Agripecoton Endereço: Sítio Rego Grande
 Bairro: Área Rural Cidade: Corte de Mamanguape
 E-mail: Estado: PB CEP: 58289000 Tel.(DDD): 183442468068

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS 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: Brancal

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que 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 Lider 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:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *Valcir Bonnei de Nonais 29-05-2019*

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valcir Bonnei de Nonais

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 AO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

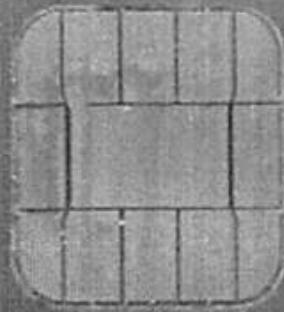


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>

Número do documento: 20081714181109400000031857406



OuroCard
International



Electronic use only / Apenas uso eletrônico

4001 6390 3464 9166
4001

GOOD THRU 04/21
VALCIR C MORAIS
2179-2 11.0002-7

VISA

Electron-





GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 0931/2019



Aos DEZESSETE dias de MAIO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO MARINHO DE MELO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, ai, por volta 09h:33min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

VALCIR CORREIA DE MORAIS, conhecido por , Identidade nº 3.780.237-SSP/PB, CPF nº 100.708.124-46, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Paulo Borges De Moraes E De Valneide De Lima Correia, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 16/07/1991 (27 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Lagoa Grande, nº s/n, bairro: zona rural – Cuité de Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Cuité De Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83)98144-6118.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 28 de junho de 2018;
- 3) HORÁRIO: 16h:30min;
- 4) LOCAL: Sítio Bonita nº , bairro: zona rural – CUITÉ DE MAMANGUAPE/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veículo marca/modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI, cor: PRETA, placa: OEX 1689/PB, ano: 2011, chassi: 9C2KC1670BR636748 em nome de JOSEILTON SILVA DE SOUZA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o comunicante estava conduzindo o referido veículo (motocicleta) no local em referência, quando colidiu frontalmente em um veículo SANTANA, que foi em sua direção em uma curva, QUE o condutor deste veículo é da cidade de João Pessoa e não sabe descrever maiores informações sobre o mesmo, QUE o condutor deste veículo ficou no local até a chegada do SAMU da cidade de Mamanguape/PB, pelo qual foi socorrido e conduzindo ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa, vítima de acidente de trânsito; QUE segundo laudo do referido hospital, o comunicante teve fratura do tornozelo esquerdo, QUE foi submetido a intervenção cirúrgica no Hospital Samaritano no mesmo dia em que fez pedido de alta hospitalar ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa no dia 29/06/2018.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Valcir Correia de Moraes

VALCIR CORREIA DE MORAIS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente

Matrícula nº 156.567-2



Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604





GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 0931/2019

Aos DEZESSETE dias de MAIO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO MARINHO DE MELO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, ai, por volta 09h:33min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

VALCIR CORREIA DE MORAIS, conhecido por , Identidade nº 3.780.237-SSP/PB, CPF nº 100.708.124-46, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Paulo Borges De Moraes E De Valneide De Lima Correia, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 16/07/1991 (27 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Lagoa Grande, nº s/n, bairro: zona rural – Cuité de Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Cuité De Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83)98144-6118.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 28 de junho de 2018;
- 3) HORÁRIO: 16h:30min;
- 4) LOCAL: Sítio Bonita nº , bairro: zona rural – CUITÉ DE MAMANGUAPE/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veículo marca/modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI, cor: PRETA, placa: OEX 1689/PB, ano: 2011, chassi: 9C2KC1670BR636748 em nome de JOSEILTON SILVA DE SOUZA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o comunicante estava conduzindo o referido veículo (motocicleta) no local em referência, quando colidiu frontalmente em um veículo SANTANA, que foi em sua direção em uma curva, QUE o condutor deste veículo é da cidade de João Pessoa e não sabe descrever maiores informações sobre o mesmo, QUE o condutor deste veículo ficou no local até a chegada do SAMU da cidade de Mamanguape/PB, pelo qual foi socorrido e conduzindo ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa, vítima de acidente de trânsito; QUE segundo laudo do referido hospital, o comunicante teve fratura do tornozelo esquerdo, QUE foi submetido a intervenção cirúrgica no Hospital Samaritano no mesmo dia em que fez pedido de alta hospitalar ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa no dia 29/06/2018.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Valcir Correia de Moraes

VALCIR CORREIA DE MORAIS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente

Matrícula nº 156.567-2



Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0181357139 CPF da vítima: 300.408.324-46 Nome completo da vítima: Valcir vonneia cb morais

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

Nome completo: Valcir vonneia cb morais
 Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Rego Grande
 Bairro: Área Rural Cidade: Cuite de Minas Gerais Estado: RJ
 E-mail: Valcir.vonnieia@gmail.com.br CPF: 300.408.324-46
 Número: 311 Complemento:
 CEP: 58289000 Tel.(DDD): 1831943428028

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

RENDIMENTO 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: Brusac

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que 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 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: *Janio Lopes 29-05-2019*
 Nome: *Valcir vonneia cb morais*
 CPF: *300.408.324-46*

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valcir vonneia cb morais

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>

Número do documento: 20081714181109400000031857406



SECRETARIA DE
SAÚDE



C I D A D E D O
TRABALHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Mamanguape, 20 de Julho de 2018



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, VALCIR CORREIA DE MORAIS, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 28 de Junho de 2018, vítima de colisão carro com motocicleta, e transferido ao Ortotrauma.

Crísan Crisane França de Farias
Enfermeira
COREN-PB 338.069

Crisane França de Farias
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape/PB
CNPJ 08674396000164

Rua Marquês do Herval, 64 - Centro – Fone (83) 996501777/991136091 –
samucrisane@gmail.com



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 58



SECRETARIA DE
SAÚDE



C I D A D E D O
TRABALHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Mamanguape, 20 de Julho de 2018



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, VALCIR CORREIA DE MORAIS, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 28 de Junho de 2018, vítima de colisão carro com motocicleta, e transferido ao Ortotrauma.

Crísan Crisane França de Farias
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape/PB
CNPJ 08674396000164

Rua Marquês do Herval, 64 - Centro – Fone (83) 996501777/991136091 –
samucrisane@gmail.com



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:18:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714181109400000031857406>
Número do documento: 20081714181109400000031857406

Num. 33283398 - Pág. 59