



10/03/2021

Número: **0011977-84.2015.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/04/2015**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

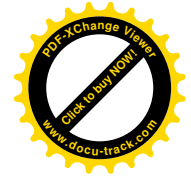
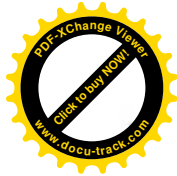
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JUNIOR DA SILVA MEIRELES (AUTOR)		GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40446535	10/03/2021 12:24	Petição	Petição
40446537	10/03/2021 12:24	2747654_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03	Outros Documentos
40446540	10/03/2021 12:24	2747654_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
40446546	10/03/2021 12:24	2747654_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





ASSISTENCIA JUDICIARIA
PODER JUDICIARIO DO ESTADO DA PARAIBA
COMARCA DE JOAO PESSOA

MANDADO 001 - MAND CITACAO REU

PROCESSO: 0008605-64.2014.815.2001 11A. VARA CIVEL
Classe : PROCEDIMENTO SUMARIO

AUTOR : JUNIOR DA SILVA MEIRELES
Endereco: R IVO SOARES 65
Bairro : ROGER Cidade: JOAO PESSOA CEP:
REU : BRADESCO SEGUROS S/A
Endereco: R PQ SOLON DE LUCENA 641
Bairro : CENTRO Cidade: JOAO PESSOA CEP: 58013131

O MM. JUIZ DE DIREITO DA VARA SUPRA MANDA AO OFICIAL DE JUSTICA, ABAIXO NOMINADO, QUE, EM CUMPRIMENTO A ESTE, CITE A PARTE RE, NOME E ENDERECO ACIMA, PARA, QUERENDO, DEFENDER - SE.
ADVIRTA-A, OUTROSSIM, DE QUE NAO SENDO CONTESTADA A ACAO, PRESUMIR-SE-AO ACEITOS, COMO VERDADEIROS, OS FATOS ARTICULADOS PELO AUTOR, CONSTANTES DA INICIAL, CUJA COPIA SEGUE EM ANEXO.

COMPLEMENTO/DESPACHO JUDICIAL
SEGUE EM ANEXO CONTRA-FE PARA INSTRUÇÃO. CITAR NA PESSOA NO RESPECTIVO REPRESENTANTE LEGAL.

"...CITE-SE COM AS CAUTELAS LEGAIS..."
PRAZO PARA DEFESA 015 DIAS

LOCAL: FORUM DES. MARIO MOACIR PORTO
AVENIDA JOAO MACHADO S/N - JAGUARIBE CEP:58013522

JOAO PESSOA, 23 DE JULHO DE 2014.

Ania Baptista P de Amorim
ANIA BAPTISTA PEREIRA DE AMORIM
CHEFE DA CENTRAL DE MANDADOS, POR ORDEM DO MM. JUIZ

OFICIAL: 3323-3 050 23/07/2014
O oficial acima deverá se identificar com sua carteira funcional
Recomendação: AO COMPARECER EM JUÍZO, ESTEJA TRAJANDO VESTIMENTA ADEQUADA AO AMBIENTE FORENSE. <DIA>

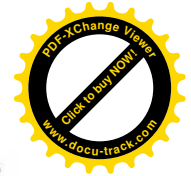
CIENTE: _____
MANDADO COM ASSISTENCIA JUDICIARIA.

00086056420148152001001



15:18 07/24/2014 10:47:06 SRECEIO SEGROS J. PESSOA





MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA _____ VARA CÍVEL
DA COMARCA DE JOÃO PESSOA/PB.

0008609-64.2014.815.2001

JUNIOR DA SILVA MEIRELES, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais, portador da Cédula de Identidade n.º 3436331 SSP-PB, e do CPF n.º 092.190.494-06, podendo receber intimações na Rua Ivo Soares 65, Roger, João Pessoa/PB, por meio de seus procuradores e advogados adiante assinados, legalmente constituídos no âmbito do incluso instrumento de mandato, que podem receber intimações na Rua Beneditina 21, Centro, Santa Rita/PB, vem, respeitosamente perante V. Ex.ª propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE

em face da BRADESCO SEGUROS S/A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/ME sob o n.º 33.055.146/0001-93, podendo ser citada no endereço de Lucena, 641, Centro, João Pessoa/PB o que faz de acordo com os fundamentos fáticos e jurídicos que passa a expor:

DA JUSTIÇA GRATUITA:

Inicialmente, requer o promovente sejam-lhe concedidos os benefícios da justiça gratuita, nos exatos termos do art. 4.º da Lei 1.060/1950, e 5.º, LXXIV, da Constituição Federal, por não ter condições de pagar as custas do processo e os honorários advocatícios, sem prejuízo do próprio sustento ou de sua família.

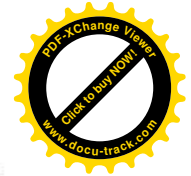
Av. João Machado, 553 - Sala 127 - Empresarial Plaza Center - Centro - João Pessoa - PB;
Praça Venâncio Neiva, 21 - Centro - Santa Rita - PB.
Telefones: (83) 3632-1329/ (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 10:47:06 800000038524623 SUELIOS J. TORRES





MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



É cediço que a simples afirmação, nos molde dos dispositivos retro citados, bem como reconhecidos na jurisprudência pátria dominante, é suficiente para o deferimento do pedido, conforme se pode observar na decisão do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, a seguir, litteris:

"Assistência judiciária – Afirmação de pobreza em requerimento da parte – Dispensa de outras provas,

Não é necessário, para a concessão do benefício da assistência judiciária, que a parte prove sua condição de necessitada. Basta a simples afirmação de sua pobreza, até sua prova em contrário,

Não está a parte obrigada, para gozar dos benefícios da assistência judiciária, a recorrer aos benefícios da Defensoria Pública" – TJPB – 2ª Câmara Cível – Apelação Cível nº 1996/0042656-06 – Antônio Elias de Queiroga – Data do julgamento: 24.03.1997 – Publ. DJ: 03/04/1997.

Assim, pugna o promovente pela concessão dos benefícios da gratuidade judiciária, de modo a ser dispensado, na hipótese de recurso, do pagamento das custas e demais despesas processuais, além de honorários advocatícios da sucumbência, na improvável hipótese de ver vencido na lide.

I- BREVE RESUMO DOS FATOS:

Em 04/10/2013, o promovente foi vítima de acidente de trânsito quando trafegava com sua Motocicleta (HONDA, BIZ 125 KS PRATA, PLACA: MNK 8482/PB) nas imediações do Bairro dos Novais, sendo atingido por um veículo tipo caminhão, fazendo-o cair ao solo, consoante ocorrência policial em anexo. Após o acidente, o autor foi socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Pelo fato descrito acima, o autor sofreu inúmeras escoriações que o deixaram com sequelas irreversíveis na mão esquerda, sendo submetido a procedimento cirúrgico conforme

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB,
Praça Venância Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.
Telefones: (83) 3032-1329 / (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 104706 860330 SUELIO T. TORRES





MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



consta dos laudos médicos em anexo, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

Porém, mesmo depois de todo esforço para se reabilitar, com cirurgias e fortes medicamentos, o autor teve comprovado TRAUMA EM MÃO ESQUERDA E SEU AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA EM 4º QDE COM FRATURA EXPOSTA E DEFORMIDADE PERMANENTE PELA GRAVIDADE DO TRAUMATISMO SOFRIDO.

Com esta sequela, o autor não consegue realizar suas atividades cotidianas, sentindo ainda fortes dores no local da lesão em face das restrições nos movimentos.

Desta feita, o demandante, munido da documentação necessária, vem pleitear da empresa promovida o pagamento da indenização do seguro por invalidez permanente, uma vez que esta empresa integra a FENASEG (Federação Nacional dos Seguros Privados de Capitalização).

II – DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA:

- Da Legitimidade Passiva -

O art. 7º, da Lei 6.194/74, determina que, em se tratando do seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será parte legítima para figurar no pólo passivo de uma ação que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a promooora

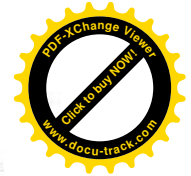
Neste tom, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:

“APELAÇÃO CÍVEL – COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – LEGITIMIDADE SEGURADORA – Qualquer seguradora autorizada a operar com o DPVAT é parte legítima para a propositura de ação que vise o recebimento de seguro obrigatório do veículo, porquanto a lei faculta ao beneficiário acionar

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB.
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.

15/10/07/24/2014 10:47:06 PROCESSO SEIAROS J. PESSOA





MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

aquela que melhor lhe aprouver, conforme Resolução 6/86, do Conselho Nacional de Seguros Privados”, (TAMG – AP 0350628-9 – Uberlândia – 1ª C. Cível – Rel. Juiz Sílas Vieira – J. 18.12.2001) (destaque nosso).

Quanto à legitimidade passiva, nenhuma dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da Fenaseg é parte legítima para pagamento do seguro obrigatório.

- Da Documentação Necessária para o Recebimento da Indenização -

Anota o art. 5º, da Lei nº 6.194/74, que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, *veja-se*:

“O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer forma de responsabilidade do segurado”. (grifo nosso)

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

- Do Quantum Indenizatório -

Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. E como a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas instâncias forenses, inclusive no próprio TJ, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (DPVAT) é de R\$13.500,00, a teor da regra esculpida no art. 3º da Lei n. 6.194/74, *in verbis*:

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB.
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 10:47:06 BORGESO SERAFIM J. PESSOA





MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



"Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e demais despesas decorrentes dos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

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

Incontroverso, também, o valor que deverá ser pago a título de indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) para invalidez suportada em virtude de acidente automobilístico;

III- DOS REQUERIMENTOS FINAIS:

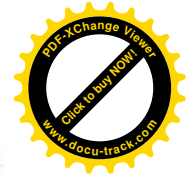
Diante do exposto, requer-se de Vossa Excelência:

- a) A **CITACÃO** da empresa demandada, na pessoa de seu representante legal, para, querendo, contestar o feito, sob pena de revelia e confissão;
- b) Ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar a promovente o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), provenientes da debilidade permanente suportada em virtude do acidente automobilístico;
- c) A concessão dos benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**, tendo em vista que o autor é pobre nos termos da Lei nº 1.060/50, não possuindo condições de arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu sustento e de sua família;
- d) A oportunidade de provar o alegado por todos os meios em direito admitidos, principalmente a prova documental, que segue acostada;
- e) A condenação do requerido no pagamento dos honorários advocatícios na base de 20% do valor da condenação, em caso de eventual recurso.

Av. João Machado, 553 - Sala 127 - Empresarial Plaza Center - Centro - Santa Rita - PB.
Praça Venâncio Neiva, 21 - Centro - Santa Rita - PB.
Telefones: (83) 3032-1329 / (83) 3229-1074.

15/18 07/24/2014 10:47:06 BOMESD SERIOS J. PESSOA





MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

f) A realização de perícia pelo Instituto Médico Legal, caso Vossa Excelência entenda necessário.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

João Pessoa, 17 de março de 2014

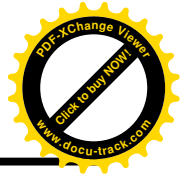
Giullyana Flávia de Amorim
Advogada OAB/PB nº 13529

Enéas Flávio S. de Moraes Segundo
Advogado OAB/PB nº 14318

15:18 07/24/2014 104706 BRUNO J. PESSOA

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB.
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.





Franklin Carvalho

De: Ana Maria Abreu de Oliveira <ana.oliveira@bradescoseguros.com.br> em
nome de DPVAT <dpvat@bradescoseguros.com.br>
Enviado em: terça-feira, 29 de julho de 2014 12:22
Para: Contencioso
Cc: Monique Costa Rosa
Assunto: ENC: PROCESSO 0008605-64.2014.815.2001 JUNIOR DA SILVA MEIRELES
AUD 15 DIAS DPVAT
Anexos: junior_2014_06_30_16_28_25_063.pdf; ATT00001.txt; ATT00002.htm

Prezados,

Segue para conhecimento e providencias.

Atenciosamente,
Bradesco Auto / Re Cia de Seguros
0181 - Superintendência de Sinistros Auto
Dpvat
Ana Maria Abreu de Oliveira
Tel.: (21) 2503-1974 Ramal 1974 Fax:(21) 2503-1527

PATROCINADOR OFICIAL



De: Sonia Maria Cabral Augusto Pereira
Enviada em: sexta-feira, 25 de julho de 2014 11:20
Para: DPVAT
Cc: Vanda Carmem Fabricio Wanderley
Assunto: PROCESSO 0008605-64.2014.815.2001 JUNIOR DA SILVA MEIRELES AUD 15 DIAS DPVAT

Segue para sua providencia.

BRADESCO SEGUROS S.A.
9724 - Superintendência Executiva Regional Nordeste
Sucursal 871 João Pessoa - PB Mercado
Sonia Maria Gomes Cabral
Tel.:(83)3222-3799 / Fax (83)3222-4552



JUNIOR DA SILVA MEIRELES



Objeto | INVALIDEZ

☐ Indeterminado

Sinistros (0)

Status | Liquidado ☐

	Data	Valor	Data/Correção	Data/Juros
Distribuição	20-03-2014	13.500,00	20-03-2014	24-07-2014
1ª Instância	28-08-2014	9.450,00	23-09-2014	23-09-2014
2ª Instância		0,00		
3ª Instância		0,00		
Execução		0,00		

Índice de Correção **IPCA**

Valor Correção Índice: 1,000000%

Juros 0%

Honorários 10%

Valor Total Prognóstico ☐ Provável ☐ Valor Prognóstico

Previsão Pagto

Pagamento

Data	Valor
23-09-2014	10.395,00

Motivo de Encerramento ☐ Acordo ☐ Especificação ☐ Mutirão de Conciliação ☐

Observação

**Cálculo de Atualização Monetária**

Dados básicos informados para cálculo		
Descrição do cálculo	1336102	
Valor Nominal	R\$ 13.500,00	
Indexador e metodologia de cálculo	IGP-M - (FGV) - Calculado pro-rata die.	
Período da correção	24/07/2014 a 23/09/2014	
Taxa de juros (%)	1 % a.m. simples	
Período dos juros	24/07/2014 a 23/09/2014	

Dados calculados		
Fator de correção do período	61 dias	0,997187
Percentual correspondente	61 dias	-0,281350 %
Valor corrigido para 23/09/2014	(=)	R\$ 13.462,02
Juros(61 dias-2,03333%)	(+)	R\$ 273,73
Sub Total	(=)	R\$ 13.735,75
Valor total	(=)	R\$ 13.735,75

[Retornar](#) [Imprimir](#)

RECIBO DE PAGAMENTO JUDICIAL
C1/2014-10850/INV

Juízo : 11 Vara-Cível da Comarca de JOAO PESSOA/PB

Processo nº : 86056420148152001

Autor(es) : JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Réu(s) : BRADESCO SEGUROS S.A

Vítima(s) : JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Nº Sinistro : 2014/706522/01

Valor Total : R\$ 10.395,00 (Dez mil e trezentos e noventa e cinco reais)

Recebi da BRADESCO SEGUROS S.A , o(s) cheque(s) de n.º , 103649, da conta corrente n.º , 6440002, da agência de n.º , 1769, no valor individual de \$ 10.395,00 (Dez mil e trezentos e noventa e cinco reais), referente à Acordo realizado no processo em epígrafe, tendo como Autora(es) JUNIOR DA SILVA MEIRELES portadora(es) do(s) R.G.(s) de n.º 3436331, e inscrito(s) no CPF/MF de n.º 092.190.494-06 e a Ré sendo BRADESCO SEGUROS S.A .

Com o pagamento ora realizado, a (os) Autora (es) JUNIOR DA SILVA MEIRELES, através de seu advogado, Drº. GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM, que subscreve a presente, dá plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado, seja em Juízo ou fora dele.

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2014


GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM
OAB/13529 - PB

048/PB 14.318



**Cálculo de Atualização Monetária**

Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	1336102
Valor Nominal	R\$ 13.500,00
Indexador e metodologia de cálculo	IGP-M - (FGV) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	24/07/2014 a 23/09/2014
Taxa de juros (%)	1 % a.m. simples
Período dos juros	24/07/2014 a 23/09/2014

Dados calculados		
Fator de correção do período	61 dias	0,997187
Percentual correspondente	61 dias	-0,281350 %
Valor corrigido para 23/09/2014	(=)	R\$ 13.462,02
Juros(61 dias-2,03333%)	(+)	R\$ 273,73
Sub Total	(=)	R\$ 13.735,75
Valor total	(=)	R\$ 13.735,75

Retornar Imprimir

JOÃO BARBOSA Advogados Associados

João Barbosa
João Martins
Rafaela Barbosa
Joselaine Maura
Fernando Barbosa
Adriana Moura
Amanda Maia

Caroline Mançano
Cristiane Flasi
Cristina Ferreira
Diego Silva
Elisama Silva
Evelyn Castillo
Fellipe Carvalho

Isabel Chagas
Jessica Correa
Marcos Carmo
Noemia Telxela
Osmar Aquino
Paloma Oliveira
Paulo Silva

Roberto Costa
Talsa Silva
Tamires Farias
Tiago Leão
Walter Araújo

Assistentes jurídicos
Breno Azambuja
Carlos Eduardo
Kellen Drummond
Lohan Mota
Michael Cunha
Rita Nogueira
Roberta Oliveira

**EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA
DE JOAO PESSOA / PB**

Processo n. 86056420148152001

BRDESCO SEGUROS S.A, empresa seguradora previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, no autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, que lhe promove **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V.Exa., **requerer a juntada do Recibo de Pagamento no valor de R\$ 10.395,00**

Requer também certificação de custas finais e, após o pagamento, seja expedida Certidão de Trânsito em Julgado e consequente arquivamento do feito.

Por derradeiro, requer, ainda a ré que seja observado exclusivamente o nome do advogado João Barbosa Alves Filho, OAB/PB 4246-A, para efeito de intimações futuras, sob pena de nulidade das mesmas.

Termo em que,
Pede Juntada.

Joao Pessoa, 17 de setembro de 2014.

João Barbosa
OAB/RJ 134.307

Suelio Moreira Torres
OAB/RJ 15477/PB

Rua São José nº 90 grupo 810 a 812 Centro Rio de Janeiro/RJ Cep: 20010-020
PABX: 21-3265-5600 FAX: 21-3265-5622/3265-5628
corporativo@joaobarbosaadvass.com.br

PROTÓCOLO FORUM CIVEL 02/OUT/2014 17:01 024855 2



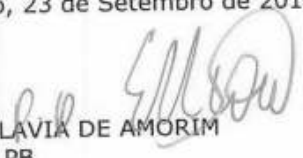
RECIBO DE PAGAMENTO JUDICIAL
C1/2014-10850/INV

Juízo : 11 Vara-Cível da Comarca de JOAO PESSOA/PB
Processo nº : 86056420148152001
Autor(es) : JUNIOR DA SILVA MEIRELES
Réu(s) : BRADESCO SEGUROS S.A
Vítima(s) : JUNIOR DA SILVA MEIRELES
Nº Sinistro : 2014/706522/01
Valor Total : R\$ 10.395,00 (Dez mil e trezentos e noventa e cinco reais)

Recebi da BRADESCO SEGUROS S.A , o(s) cheque(s) de n.º , 103649, da conta corrente n.º , 6440002, da agência de n.º , 1769, no valor individual de \$ 10.395,00 (Dez mil e trezentos e noventa e cinco reais), referente à Acordo realizado no processo em epígrafe, tendo como Autora(es) JUNIOR DA SILVA MEIRELES portadora(es) do(s) R.G.(s) de n.º 3436331, e inscrito(s) no CPF/MF de n.º 092.190.494-06 e a Ré sendo BRADESCO SEGUROS S.A .

Com o pagamento ora realizado, a (os) Autora (es) JUNIOR DA SILVA MEIRELES, através de seu advogado, Drº. GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM, que subscreve a presente, dá plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado, seja em Juízo ou fora dele.

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2014


GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM
OAB/13529 - PB

048/PB 15.318



ANEXO I

CHECK LIST

Comprovante de Pagamento/Depósito da obrigação (X) Sim () Nao

Despacho com determinação de arquivamento (X) Sim () Nao

Pagamento de honorários periciais () Sim () Nao (X) NA

Pagamento de honorários advocatícios (X) Sim () Nao () NA

Pagamento de custas finais (X) Sim () Nao () NA

Existencia de bloqueio penhora de bens () Sim (X) Nao

Baixa de Apólice de seguro garantia () Sim () Nao (X) NA

Desbloqueio realizado () Sim () Nao (X) NA - data do desbloqueio

Devolução judicial () Sim () Nao (X) NA

Principais peças acostadas no gestor (X) Sim () Nao

Declaro que são verdadeiras as informações acima, assumindo toda e qualquer responsabilidade.

Data: 23/09/2014

Responsável pelo encerramento da pasta: ANTONIO PEREIRA.



001	001	1769	8	4	844.000-2	02	Série	Cheque N.º	C3	RS	R\$*****10.395,00
001	001	1769	0	0	844.000-2	02	002	103649	1		

Pague por este cheque a quantia de *****DE MIL E TREZENTOS E NOVENTA E CINCO REAIS*****

JUNIOR DA SILVA MEIRELES

RIO DE JANEIRO 22 de SETEMBRO de 2014

BANCO DO BRASIL

EMPRESAS ENDANTAS
00.000.000/4374-50
64-FLEXIBILIZAE O TARIFA
Confeccao: 07/2014

SLUAMNDRA LIGER DO COMSOFEXOS DO SEGURO OPVAT
7601 09 248 600/0004-04
CLIENTE BANCARIO DESDE 12/2007

103649/ISA/8902/1/201470652201/000860564201481
JUIZO DE DIREITO DA 11ª VARA CIVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA

2014-10850

000117697 0011036495A 707064400026



JOÃO BARBOSA Advogados Associados

João Barbosa
João Martins
Rafaela Barbosa
Joselaine Maura
Fernando Barbosa
Adriana Moura
Amanda Maia

Caroline Mançano
Cristiane Flosi
Cristina Ferreira
Diego Silva
Elisama Silva
Evelyn Castillo
Felipe Carvalho

Isabel Chagas
Jessica Correa
Marcos Carmo
Noemia Teixeira
Osmar Aquino
Paloma Oliveira
Paulo Silva

Roberto Costa
Taisa Silva
Tamires Farias
Tiago Leão
Walter Araújo

Assistentes jurídicos
Breno Azambuja
Carlos Eduardo
Kellen Drummond
Lohan Mota
Michael Cunha
Rita Nogueira
Roberta Oliveira

EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA
DE JOAO PESSOA / PB

Processo n. 86056420148152001

BRDESCO SEGUROS S.A, empresa seguradora
previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe,
neste ato, representada, por seus advogados que esta
subscreve, no autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT,
que lhe promove **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**, em trâmite
perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui
respeitosamente, à presença de V.Exa., **requerer a juntada**
da inclusa guia de recolhimento de custas finais no valor
de R\$ 462,51 (Quatrocentos e Sessenta e Dois reais e
Cinquenta e Um centavos), para que surta os devidos
efeitos legais.

Requer também que seja expedida Certidão de Trânsito
em Julgado e consequente arquivamento do feito.

Termo em que,
Pede Juntada.

JOAO PESSOA, 12 de setembro de 2014.

João Barbosa
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB 15477/PB

Rua São José nº 90 grupo 810 a 812 Centro Rio de Janeiro/RJ Cep: 20010-020
PABX: 21-3265-5600 FAX: 21-3265-5622/3265-5628
corporativo@joaobarbosaadvass.com.br

PROTOCOLADO FORUM CIVEL 15/SET/2014 16:00 046473 2



03/05/2014 481212327 - BANCO DO BRASIL 16:27:13 Taxas 0401 1º 6.688/98

Estado da Paraíba

Via Parte

Vencimento Data da Emissão 05/09/201

COMPROVANTE DE PAGAMENTOS COM CUD, BARRA

Guia nº

Conta FEPU 28/06/201

Convenio TRIBUNAL DE JUSTICA-PB

Código de Barras 88620200004-4 62510926310-8 0008605-64.2014.815.2001 200.2014.360531-5 Taxa Jud 187/219477

52014090520-6 02014360531-7 03/09/2014

Data do pagamento

Valor em Dinheiro 402,51

Valor em Cheque 0,00

Valor Total 402,51

1.220,001.Fin.2F1-IBA

PAGÁVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL S/A ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.

O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.

Total 462,1

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas

Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

Via Processo

Vencimento Data da Emissão 05/09/201

Processo

Guia nº

Conta FEPU 25/08/201

JOAO PESSOA 0008605-64.2014.815.2001 200.2014.360531-5 Taxa Jud 187/219477

CUSTAS PREVIAS A FINAL

PROCEDIMENTO SUMARIO - 13.500,00

Total 1,1

PAGÁVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL S/A ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.

O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.

Total 462,1

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas

Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

Via Central de Guias

Vencimento Data da Emissão 05/09/201

Processo

Guia nº

Conta FEPU 28/08/201

JOAO PESSOA 0008605-64.2014.815.2001 200.2014.360531-5 Taxa Jud 187/219477

CUSTAS PREVIAS A FINAL

PROCEDIMENTO SUMARIO - 13.500,00

Total 1,1

PAGÁVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL S/A ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.

O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.

Total 462,1



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98			Vencimento
Via Parte			05/09/201
Comarca	Processo	Guia nº	Conta FEPJA 28/08/201
JOAO PESSOA	0008605-64.2014.815.2001	200.2014.360531-5	Taxa Judiciária 16187/219472
CUSTAS PREVIAS A FINAL PROCEDIMENTO SUMARIO - 13.500,00			Custas Judiciais 77,9
			Diligências 383,2
			Tarifa Bancária 0,0
			Total 1,3
PAGÁVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL S/A ATÉ A DATA DO VENCIMENTO. O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.			462,5

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98			Vencimento
Via Processo			05/09/201
Comarca	Processo	Guia nº	Conta FEPJA 28/08/201
JOAO PESSOA	0008605-64.2014.815.2001	200.2014.360531-5	Taxa Judiciária 16187/219472
CUSTAS PREVIAS A FINAL PROCEDIMENTO SUMARIO - 13.500,00			Custas Judiciais 77,9
			Diligências 383,2
			Tarifa Bancária 0,0
			Total 1,3
PAGÁVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL S/A ATÉ A DATA DO VENCIMENTO. O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.			462,5

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98			Vencimento
Via Central de Guias			05/09/201
Comarca	Processo	Guia nº	Conta FEPJA 28/08/201
JOAO PESSOA	0008605-64.2014.815.2001	200.2014.360531-5	Taxa Judiciária 16187/219472
CUSTAS PREVIAS A FINAL PROCEDIMENTO SUMARIO - 13.500,00			Custas Judiciais 77,9
			Diligências 383,2
			Tarifa Bancária 0,0
			Total 1,3
PAGÁVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL S/A ATÉ A DATA DO VENCIMENTO. O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.			462,5

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98			Vencimento
Via Banco			05/09/201
Comarca	Guia nº	Tarifa Bancária	Rateio Custas Ag. 1618-7/C33 462,5
JOAO PESSOA	200.2014.360531-5	Conta Diligência 1,35	Valor Diligências 7,1
866200000044 625109283188 520140905206 020143605317			5% Ação Rescisória Ag. 011-6 C/C 010-001185-3
16187/2194724			Total 0,1
			462,5



CHECK LIST - MUTIÇÕES DPVAT

ESCRITÓRIO: JB	DATA DA AUDIÊNCIA: 28/08/24	GPROC: 7336102
ESCRITÓRIO QUE REALIZOU A AUDIÊNCIA: 58		
☐ O MESMO ☐ OUTRO		
11 ☒ VC ☐ JEC ☐ TJ	COMARCA: 5070 PESSOA	UF: PB
AUTOR	NOME: JUNIOR DA SILVA MEIRELES	
PROCESSO	☒ VÍTIMA ☐ BENEFICIÁRIO ☐ REP. LEGAL	
VÍTIMA	NOME:	
OBJETO	☐ INCAPAZ ☐ MENOR	
	☐ MORTE ☒ INVALIDEZ	DATA DO SINISTRO: 04/10/23
	☐ REEMBOLSO DE DAMS	
LAUDO NOS AUTOS?	☐ NÃO ☐ IML ☐ JUDICIAL ☐ PARTICULAR ☐ MUTIRÃO ANTERIOR	
LESÃO APUURADA NO LAUDO ANTERIOR AO MUTIRÃO:	☐ OUTROS:	
	☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%	
AVALIAÇÃO MÉDICA NO MUTIRÃO:	1. NÃO GRA ☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☒ 100%	
	2. ☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%	
	3. ☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%	
EMPRESA MÉDICA	☐ ATPE ☐ CNIS ☐ MS MOZES ☐ IMEP	
	☐ SALEK ☐ EXTRAMED ☒ ACE ☐ SAUDESEG	
DATA DO ÓBITO: ___/___/___	CERTIDÃO DE ÓBITO	BENEFICIÁRIOS:
	☐ SIM ☐ NÃO	☐ CÔNJUGE ☐ FILHOS
		☐ OUTROS:
	QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:	
MUTIRÃO DE CONCILIAÇÃO DPVAT	ACORDO	MOTIVOS PARA NÃO REALIZAÇÃO DO ACORDO
	☒ SIM	☐ AUTOR NÃO COMPARECEU
	Valor Total do acordo:	☐ LITSPENDENCIA
	RS: 10.395,00	☐ SINISTRO PAGO ADMINISTRATIVAMENTE
	PM.: 9.450,00	☐ PRESCRIÇÃO
	GRU.: 945,00	☐ VÍTIMA AINDA EM TRATAMENTO
		☐ VÍTIMA SOFREU O ACIDENTE MAS NÃO HÁ LESÃO
		☐ SENTENÇA DE EXTINÇÃO SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO NOS AUTOS
		☐ SINISTRO NÃO É DE RESPONSABILIDADE DO CONSÓRCIO
		☐ JÁ EXISTE PAGAMENTO JUDICIAL NOS AUTOS
	☐ JÁ EXISTE PAGAMENTO JUDICIAL EM OUTRO PROCESSO	
	☐ SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA COM TRÂNSITO NOS AUTOS	
	☐ SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA SEM TRÂNSITO NOS AUTOS	
	☐ NÃO É ACIDENTE CAUSADO POR VEÍCULO AUTOMOTOR	
	☐ VÍTIMA POSSUI LESÃO MAS NÃO HÁ NEXO COM O ACIDENTE	
	☐ REGULAÇÃO 2 (AUSENCIA DE PAGAMENTO DO DUT)	
	☐ REGULAÇÃO 8	
	☐ OUTROS	
PAGAMENTO ADMINISTRATIVO	☐ SIM ☐ NÃO	
NATUREZA DO SINISTRO:	☐ 1 - MORTE ☐ 2 - INVALIDEZ ☐ 3 - DAMS ☐ OUTRA	
VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:	RS: NÃO	NAT:
	DATA DO PGTO: ___/___/___	
VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:	RS:	NAT:
	DATA DO PGTO: ___/___/___	
PAGAMENTO JUDICIAL	RS:	NAT:
NATUREZA DO PGTO (TELA 30):		
		RUBRICA LÍDER: [assinatura]





Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
Núcleo Permanente de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos
MUTIRÃO DPVAT – JOÃO PESSOA / 2014 – 2ª Edição

Banca: 13

Processo nº: 0008605-64.2014.815.2001

Vara de Origem: 11a. VARA CÍVEL- JOÃO PESSOA-PB

Requerente: Junior da Silva Meireles CPF 092.190.494-06

Advogado: Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo OAB-PB: 14.318

Requerido: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.
CNPJ nº 09.248.608/0001-04

Preposto da Seguradora:

JB- PALOMA BAPTISTA DE OLIVEIRA

CPF: 118.807.567-57

Advogado da Seguradora:

ANDRÉ LUIZ FERREIRA VASCONCELOS SOBRINHO

OAB/PB 18.747

Valor Total do acordo: 10.395,00 (dez mil trezentos e noventa e cinco reais)

Valor da parte requerente: 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)

Valor dos honorários do advogado: 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)

As partes acima identificadas, todos representados neste momento por seus advogados ao final assinados, declaram, ratificam e firmam neste TERMO DE ACORDO, TRANSAÇÃO, PAGAMENTO E QUITAÇÃO, em caráter irrevogável e irretratável, têm justo e reciprocamente aceito e fixado o seguinte:

Com o objetivo de dar fim à Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório – DPVAT acima identificada, relativo a indenização decorrente de acidente de trânsito, em trâmite perante o Juízo apontado neste termo, proposta pelo Autor em face da Ré, as partes, por mútua e recíproca vontade, resolvem compor-se amigavelmente, estipulando, de comum acordo:

I. O pagamento da quantia total do acordo de **R\$10.395,00 (dez mil trezentos e noventa e cinco reais)** será efetuado através de um único cheque administrativo emitido em nome da parte autora da ação.

II. Pelo presente termo, fica acordado que a SEGURADORA pagará à parte autora a quantia total para a quitação integral de todos os pedidos deduzidos na exordial, sendo que, do mencionado valor, serão pagos a título de principal, verba esta que corresponde ao pedido da parte autora, já devidamente acrescida de correção monetária, juros de mora e demais obrigações pecuniárias e acessórias, e a quantia relativa ao pagamento dos honorários advocatícios de sucumbência.

III. O pagamento será realizado no prazo máximo de 45 dias úteis a contar do protocolo do presente TERMO DE COMPOSIÇÃO AMIGÁVEL.

O montante transacionado e ora discriminado no item anterior, corresponde ao valor principal, honorários advocatícios, acréscimos legais e acessórios, a título de pagamento único, amplo, final e total, pertinente a todos e quaisquer direitos e valores correspondentes à ação supracitada.

Devem os patronos da causa, quando dos recebimento dos valores aqui acordados, procederem com o repasse nos exatos termos das quantias estabelecidas neste termo, sob pena de incidência do crime de apropriação indébita, conforme art. 168, § 1º, III, do Código Penal, sem prejuízo a infração disciplinar disposta no art. 34, XXI da Lei nº. 8.906/94.

É de se ressaltar que a transação realizada nos autos do processo em epígrafe não gera qualquer tipo de precedente, não obrigando a Ré ou qualquer Seguradora integrante do “Consórcio DPVAT”, a celebrar acordo em processos judiciais similares ao ora tratado.



1



Fica pactuado ainda, entre as partes, que 50% (cinquenta por cento) das custas do processo será pago pela **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, no prazo de 10(dez) dias úteis, a contar desta data.

Os 50% (cinquenta por cento) restantes serão pagos pela parte autora, caso não seja beneficiária da Justiça Gratuita, nos termos do art. 12, da Lei nº 1060/50.

Quando do pagamento e recebimento discriminado, como por força deste TERMO DE ACORDO, TRANSAÇÃO, PAGAMENTO E QUITAÇÃO, o Autor dará a Ré a mais ampla, plena, rasa, total, geral, irrevogável e irrevogável quitação, para nada mais reclamar, seja a que título for, em Juízo ou fora dele, sob qualquer fundamento e alegação, valores oriundos do acidente automobilístico descrito na inicial, tendo sido vitimado o promovente citado na inicial, relativo à indenização por invalidez, correspondente ao Seguro Obrigatório de Veículos.

Sem prejuízo do exposto, em apreço ao Princípio da Eventualidade, requer ainda a Ré:

- o desbloqueio de contas caso tenham sido bloqueadas on-line;
- a baixa de eventual penhora, no caso de bens já penhorados;
- recolhimento do mandado de penhora e intimação de execução, caso já tenham sido expedidas por este d. Juízo.

Assim sendo, e estando as partes ajustadas e acordadas, sem nenhuma ressalva e oposição, ratificam o inteiro teor deste TERMO DE ACORDO, TRANSAÇÃO, PAGAMENTO E QUITAÇÃO, valendo para todos os efeitos legais, inclusive com relação ao encerramento definitivo e, respectiva baixa da ação acima referida, fazendo coisa julgada.

Termos em que pede deferimento.

Conciliador (a)	
Parte Autora:	Seguradora:
Advogado:	Advogado:

HOMOLOGAÇÃO JUDICIAL (Mutirão do DPVAT)

Homologo por **SENTENÇA**, para que produzam os seus jurídicos e legais efeitos, o acordo supra, extinguindo o processo com resolução do mérito e assim o faço com fulcro no art. 269, III, do Código de Processo Civil.

Homologo ainda a renúncia do prazo recursal requerido pelas partes.

Se houver necessidade, expeçam-se os devidos alvarás.

Partes de logo intimadas. Publicada neste ato. Registre-se.

Comprovado o pagamento das custas processuais, archive-se com a devida baixa.

João Pessoa, 28 de agosto de 2014.

Magistrados

Juiz Bruno César de Azevedo Isidro

Juiz Fábio Leandro de Alencar Cunha

Juiz Wladimir Alcibiades Marinho Falcão Cunha

Juiza Lua Yamaoka Mariz Maia

Juiza Marias das Graças Fernandes Duarte

Processo nº: 0008605-64.2014.815.2001



PROCESSO Nº 0008605 - 64.2014.815.200.1

Distribuído em
20/03/2014

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/194)

PERITO _____
BANCA _____
Manhã ☒ Tarde

Nome completo: Junior da Silva Meireles
CPF: 092.190.494-06
Endereço completo: R. São Seixas, 65, Roger, João Pessoa - PB

Informações do acidente

Local: Via localizada no bairro dos Novais, Nesta
Data do Acidente: 04/10/2013

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial n.º _____, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 11ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Capital.

João Pessoa/PB, 28/08 / 2014.

Junior da Silva Meireles
Assinatura da vítima

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Mão E

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Fraturas graves e neuroma de dedo - Cirúrgicas

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):



IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ disfunções apenas temporárias
b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Perda da função da mão, incluindo apreensão, pinça e grande dificuldade de força.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa do item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☒ Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☒ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima). MAS É

b.2 ☐ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais) segmento(s) corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 8.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico		Marque aqui o percentual			
1º Lesão		☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa
2º Lesão		☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa
3º Lesão		☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa
4º Lesão		☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa

Observação: Havendo acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentado:

Local e data da realização do exame médico:

Caravello, 28.08.14

Assinatura do médico - CRM

Felipe Teodoro Silva
Ouro Preto - Minas Gerais
CRM 5349-05

Gestão de Saúde
Ouro Preto
28/08/2014



JOÃO BARBOSA Advogados Associados

João Barbosa
João Martins
Rafaela Barbosa
Joselaine Maura
Fernando Barbosa
Adriana Moura
Amanda Maia

Caroline Mançano
Cristiane Flosi
Cristina Ferreira
Diego Silva
Elisama Silva
Evelyn Castillo
Fellipe Carvalho

Isabel Chagas
Jessica Correa
Marcos Carmo
Noemia Teixeira
Osmar Aquino
Paloma Oliveira
Paulo Silva

Roberto Costa
Taisa Silva
Tamires Farias
Tiago Leão
Walter Araújo

Assistentes jurídicos
Breno Azambuja
Carlos Eduardo
Kellen Drummond
Lohan Mota
Michael Cunha
Rita Nogueira
Roberta Oliveira

EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE
JOAO PESSOA / PB

Súmula 474 STJ:

"A indenização do seguro
DPVAT, em caso de invalidez
parcial do beneficiário,
será paga de forma
proporcional ao grau da
invalidez."

Processo.: 0008605-64.2014.815.2001

BRADESCO SEGUROS S.A., empresa seguradora com sede à Avenida Paulista, nº 1415, Bela Vista, São Paulo/SP, CEP 01311-200, inscrita no CNPJ sob nº 33.055.146/0001-93 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, na qualidade de substituta legal a ser posteriormente aduzida, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-0, neste ato representada por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., com fulcro nos artigos 300 e seguintes da Lei nº Adjetiva Civil, e, demais cominações legais pertinentes à espécie, apresentar sua

CONTESTAÇÃO

consoante as razões de fato e de direito que passa a expor:

DOS FATOS ALEGADOS NA PEÇA VESTIBULAR

Alega a Autora em sua peça vestibular, que em **04.10.2013** foi vítima de acidente automobilístico, restando **permanentemente inválido**.



PROTOCOLO FORUM CÍVEL 12/980/2014 15:13 082206 2



MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: JUNIOR DA SILVA MEIRELES, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais, com CPF de nº 092.150.434-06, residente na rua Ivo Soares, nº 85, Róger, João Pessoa - Paraíba

OUTORGADOS: Giuliana Flavia de Amorim, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF nº 011197394-09 e/ou, **Enéas Flavio Soares de Moraes Segundo**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14316, portador do CPF nº 056310264-06, com endereço profissional na Av. João Machado, 553, sala 127, Empresarial Plaza Center, Centro, João Pessoa/PB, onde recebe intimações, podendo atuar em conjunto ou separadamente.

PODERES: O outorgante concede procuração geral para o foro competente artigo 38 do CPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium" e os poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, dar quitação, receber, inclusive alvarás judiciais, perante qualquer instituição, inclusive financeiras, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, representar junto às instituições, sociedades de economia mista, federais, estaduais e municipais, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer, e, finalmente praticar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato.

João Pessoa, 14 de março de 2014.

Outorgante

Av. João Machado, 553 - Sala 127 - Empresarial Plaza Center - Centro - João Pessoa - PB
Praça Venâncio Nova, 21 - Centro - Santa Rita - PB
Telefones: (33) 3082-1329 / (33) 3129-1074.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

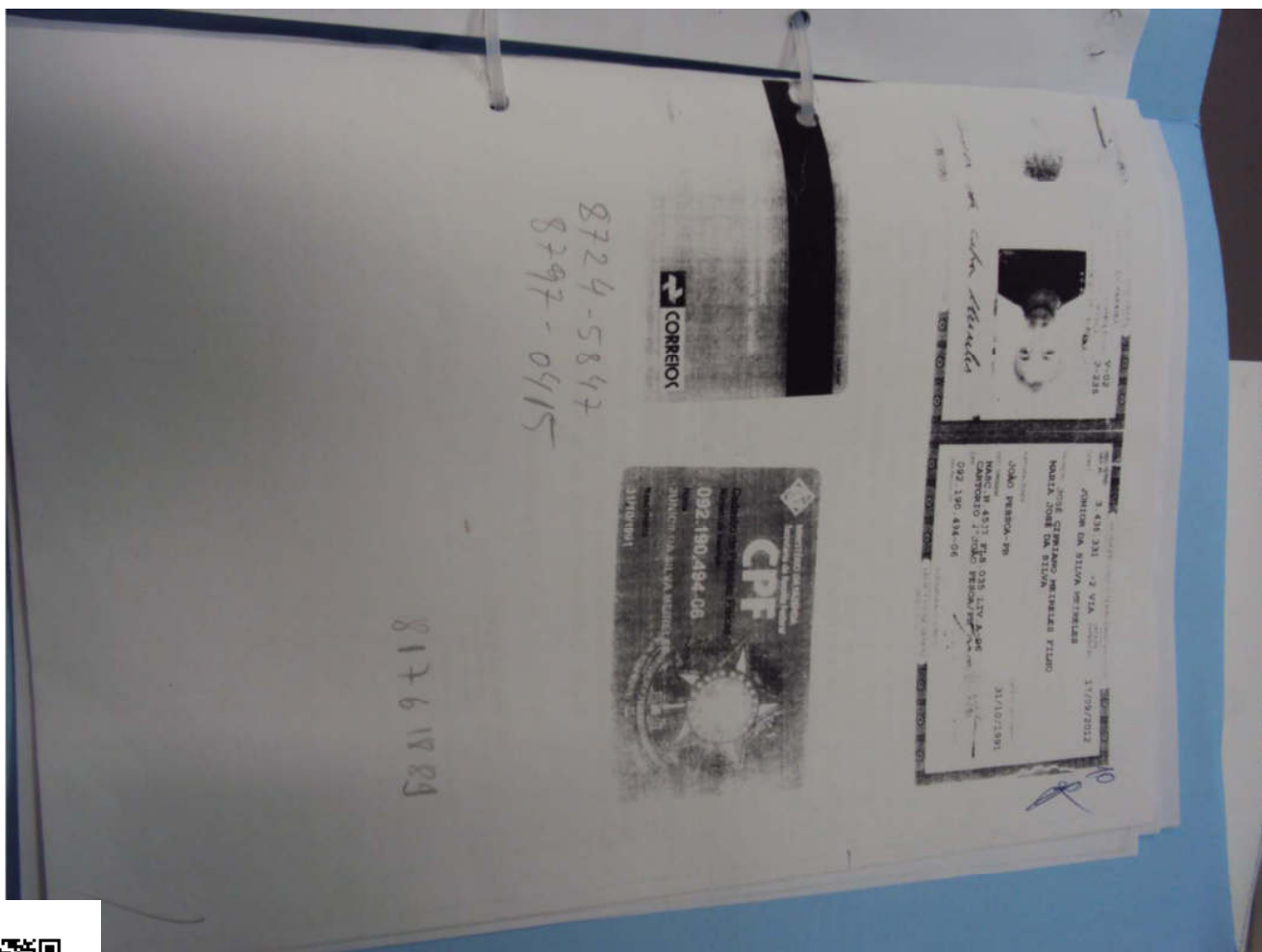
JÚNIOR DA SILVA MEIRELES, declara, para os fins do art. 7.º, III, de 29 de Agosto de 1963, que não possui condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

João Pessoa, 14 de MARÇO de 2014

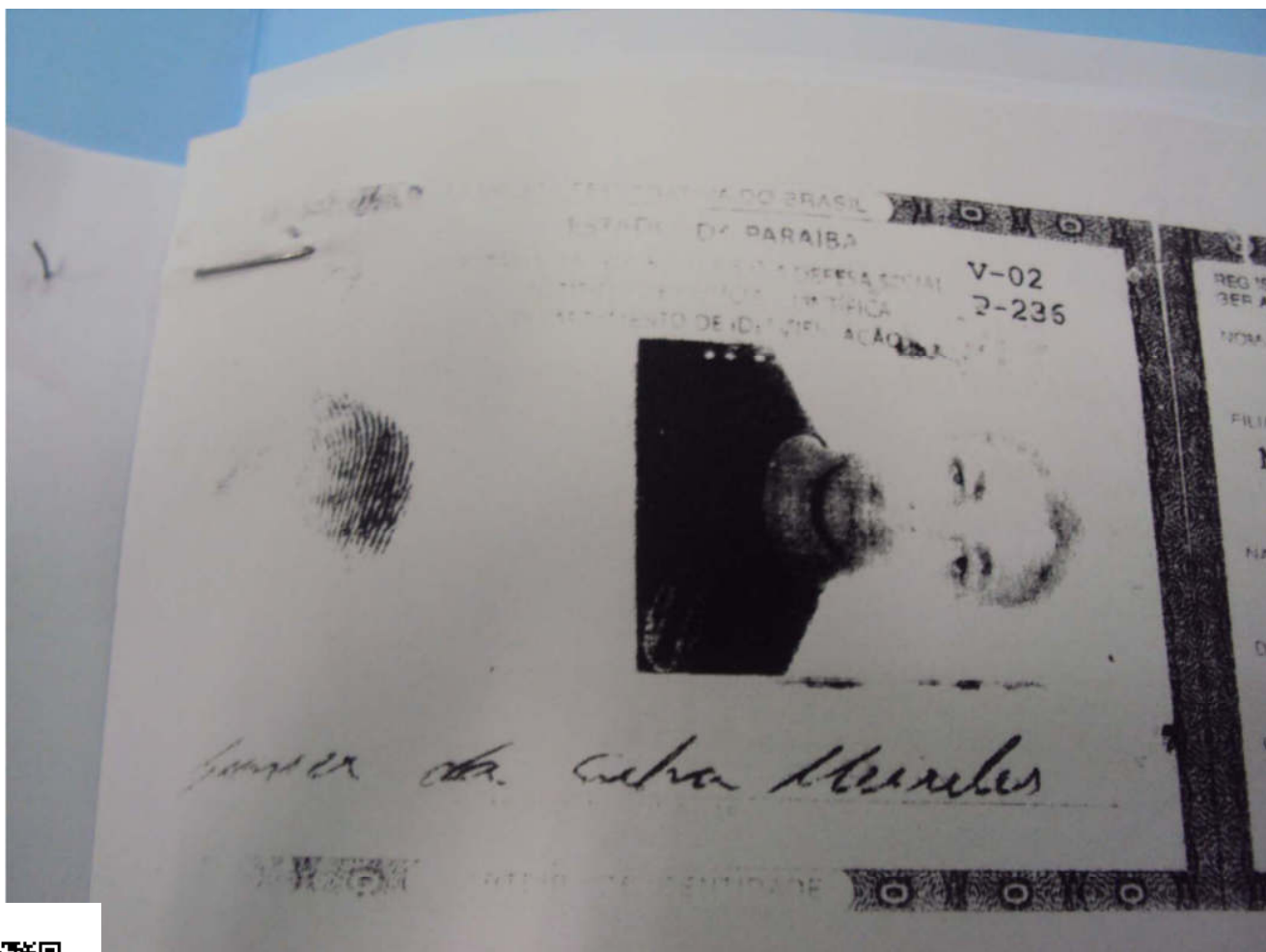
DECLARANTE

João da Silva Meireles









VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 3.436.331 -2 VIA DATA DE
EXPEDIÇÃO 17/09/2012

NOME JÚNIOR DA SILVA MEIRELES

FILIAÇÃO JOSÉ CIPRIANO MEIRELES FILHO
MARIA JOSÉ DA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

JOÃO PESSOA-PB 31/10/1991

DOC ORIGEM

NASC.N.4537 FLS.035 LIV.A-06
CARTORIO 2º JOÃO PESSOA/PB

CPF

092.190.494-06

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 641/2014

Aos catorze dias do mês de março do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa do Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 14:55h, compareceu o (a) Senhor (a): **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 22 anos de idade, Auxiliar de Serviços Gerais, Ensino Fundamental, filho de José Cipriano Meireles Filho e de Maria José da Silva, RG. 3.436.331-SSP/PB, residente na Rua Vitor Soares nº 66, Roger, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 03/03/14, por volta das 18:00h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/BIZ 125 RS, cor prata, ano 2007, de placa MNK-8482/PB, chassi nº 9C2JA04107R025385, registrada em nome de Ingrid da Conceição Souza, por uma via que fica localizada no Bairro dos Novais, nesta cidade de João Pessoa, após ter sido atingido por um veículo tipo caminhão, o notificante caiu no solo, tendo este sofrido trauma da mão esquerda, sendo socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submetera a procedimentos médicos. Por este motivo notifica o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 14 de março de 2014.

João Pessoa
Notificante

Carlos Antônio Lourenço Filho
Escrivão de Polícia Civil
Matr. 135.802-9
Escrivão



Requisição de exame nº 142/2014
Exame requisitado: TRAUMATOLOGICO
Autoridade requisitante: Fernando Barbosa de Carvalho
Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital
João Pessoa (PB), 14 de março de 2014.
OBS:

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumático a pessoa abaixo mencionada:

- ❖ Nome: JUNIOR DA SILVA MEIRELES
- ❖ Nacionalidade: Brasileiro
- ❖ Naturalidade: João Pessoa/PB
- ❖ Estado civil: solteiro
- ❖ Idade: 22 anos
- ❖ Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
- ❖ Escolaridade: Ensino Fundamental
- ❖ Filiação: José Cipriano Meireles Filho e de Maria José da Silva
- ❖ Documento de Identidade: 3.436.331-SSP/PB
- ❖ Endereço: Rua Ivo Soares, nº 65, Roger, nesta capital
- ❖ Telefone: (83)

Histórico: Vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 04/10/13, por volta das 18:00h, quando via que fica localizada no Bairro dos Novais, nesta cidade de João Pessoa.

Fernando Barbosa de Carvalho
Delegado de Polícia Civil

Ilustríssimo Senhor
Dr. Fábio de Almeida Gomes
MD. Gerente Executivo de Medicina e
Odontologia Legal/CEMOL/SEDS.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE ESPECIALIDADE E TRAUMA MARCOS MARQUES LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	JUNIOR DA SILVA MEIRELES
DATA DE NASCIMENTO	31/10/81
NOME DA MÃE	MARIA JOSÉ DA SILVA
DADOS EXTRAÍDOS	
SOLETIM DE ENTRADA N.º	716.679
PROTÓTIPO N.º	77.279
DATA DO ATENDIMENTO	04/10/13
HORA DO ATENDIMENTO	20:51
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMA DA MÃO ESQUERDA
CID 10	V 23 + S 62.5 1 + S 66.3 1

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO VEÍCULO X MOTO, COM TRAUMA EM MÃO ESQUERDA, SEMI-AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA EM 4º DDE COM FRATURA EXPOSTA, QUADRADO 13.

TRATAMENTO:
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DE 4º DDE COM LAVAGEM CIRÚRGICA EXAUSTIVA + DEBRIDAMENTO + TENORRRAFIA DOS EXTENSORES DA MÃO + REDUÇÃO + FIXAÇÃO DA FALANGE PROXIMAL DO 4º DDE + IMOBILIZAÇÃO MEDICADA COM ATB + ANE + ANALGÉSICOS + SINTOMÁTICOS, OPERADO POR DR. OSNANDO (ORTOTRAUMA).

ALTA HOSPITALAR: 06/11/13 COM PRESCRIÇÃO + ORIENTAÇÕES + AGENDAMENTO.

DATA DA EMISSÃO: 03/01/14

Dr. Jaelson Braga Bonaldi
CRM: 174179

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento nos termos do Regulamento do Trabalho e Continuidade de Tratamento.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JARDIM BOTÂNICO
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JARDIM BOTÂNICO

0800 083 0196

5/27/2012-7

14/05/2012

17/04/2012

ABR/2012

17/04/2012

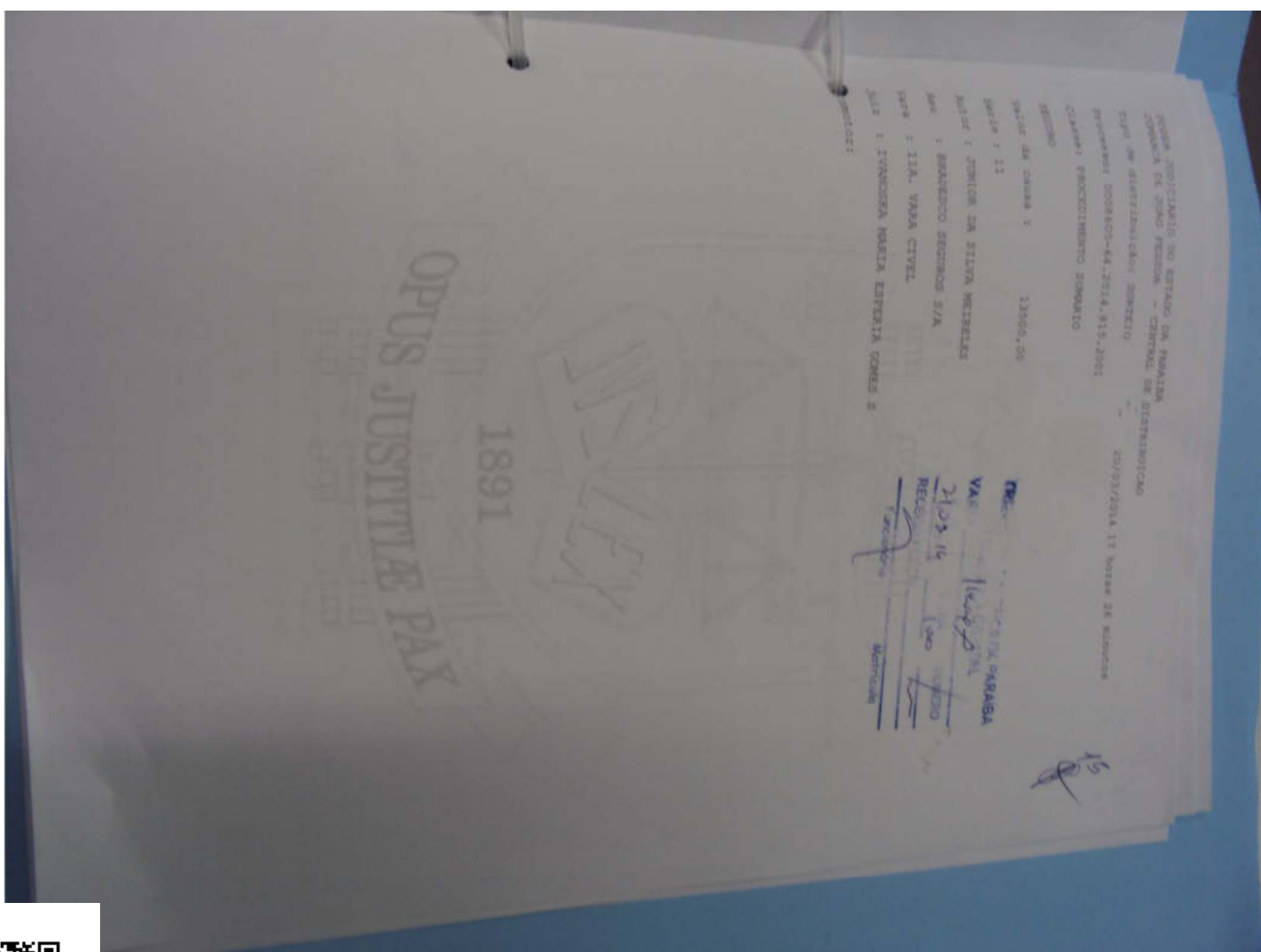
FATURAS
VENCIDAS ATÉ DIA
11/04/2012 PAGAS.
OBRIGADO!

ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	100,00	100,00
2	1	100,00	100,00
3	1	100,00	100,00
4	1	100,00	100,00
5	1	100,00	100,00
6	1	100,00	100,00
7	1	100,00	100,00
8	1	100,00	100,00
9	1	100,00	100,00
10	1	100,00	100,00
11	1	100,00	100,00
12	1	100,00	100,00
13	1	100,00	100,00
14	1	100,00	100,00
15	1	100,00	100,00
16	1	100,00	100,00
17	1	100,00	100,00
18	1	100,00	100,00
19	1	100,00	100,00
20	1	100,00	100,00
21	1	100,00	100,00
22	1	100,00	100,00
23	1	100,00	100,00
24	1	100,00	100,00
25	1	100,00	100,00
26	1	100,00	100,00
27	1	100,00	100,00
28	1	100,00	100,00
29	1	100,00	100,00
30	1	100,00	100,00
31	1	100,00	100,00
32	1	100,00	100,00
33	1	100,00	100,00
34	1	100,00	100,00
35	1	100,00	100,00
36	1	100,00	100,00
37	1	100,00	100,00
38	1	100,00	100,00
39	1	100,00	100,00
40	1	100,00	100,00
41	1	100,00	100,00
42	1	100,00	100,00
43	1	100,00	100,00
44	1	100,00	100,00
45	1	100,00	100,00
46	1	100,00	100,00
47	1	100,00	100,00
48	1	100,00	100,00
49	1	100,00	100,00
50	1	100,00	100,00
51	1	100,00	100,00
52	1	100,00	100,00
53	1	100,00	100,00
54	1	100,00	100,00
55	1	100,00	100,00
56	1	100,00	100,00
57	1	100,00	100,00
58	1	100,00	100,00
59	1	100,00	100,00
60	1	100,00	100,00
61	1	100,00	100,00
62	1	100,00	100,00
63	1	100,00	100,00
64	1	100,00	100,00
65	1	100,00	100,00
66	1	100,00	100,00
67	1	100,00	100,00
68	1	100,00	100,00
69	1	100,00	100,00
70	1	100,00	100,00
71	1	100,00	100,00
72	1	100,00	100,00
73	1	100,00	100,00
74	1	100,00	100,00
75	1	100,00	100,00
76	1	100,00	100,00
77	1	100,00	100,00
78	1	100,00	100,00
79	1	100,00	100,00
80	1	100,00	100,00
81	1	100,00	100,00
82	1	100,00	100,00
83	1	100,00	100,00
84	1	100,00	100,00
85	1	100,00	100,00
86	1	100,00	100,00
87	1	100,00	100,00
88	1	100,00	100,00
89	1	100,00	100,00
90	1	100,00	100,00
91	1	100,00	100,00
92	1	100,00	100,00
93	1	100,00	100,00
94	1	100,00	100,00
95	1	100,00	100,00
96	1	100,00	100,00
97	1	100,00	100,00
98	1	100,00	100,00
99	1	100,00	100,00
100	1	100,00	100,00

24/04/2012

R\$ 65,31

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:24:31





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
1ª Vara Civil

CERTIDÃO

Certifico que, nesta data, autuei os presentes autos contendo
15 fls. O referido é verdade e dou fé.

João Pessoa, 01/04/2014

Genysson André Pereira Corrêa
Técnico Judiciário
Mat. 477.441-8

CONCLUSÃO

Nesta data, logo concluídos os autos para o MM.
Juiz da 1ª Vara Civil da Capital.

João Pessoa, 01/04/14
Genysson André Pereira Corrêa
Técnico Judiciário - Mat. 477.441-8



ESTADO DA PARAIBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DA CAPITAL
JUIZO DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL

Despacho
Processo n. 0008605-64.2014.815.2001

VISTOS, ETC...

Tendo em vista a realização do mutirão que inclui os processos de DPVAT, determino a entrega desses autos ao advogado devidamente habilitado para inclusão dos mesmos no respectivo mutirão.

Em tempo, cite-se com as cautelas de legais.

Cumpra-se.

João Pessoa, 01 de abril de 2014.

Ivanoska Maria Esperia Gomes dos Santos
Juíza de Direito

RECEBI EM 03/04/2014.

Técnico/Analista Judiciária



ESTADO DA PARÁ
PODER JUDICIÁRIO
JUIZO DE DIREITO DA 1ª VARA Cível
Forum Desembargador Mário Moreira Porto
Av. João Machado, s/n, 4ª andar, Jaguaribe, João Pessoa-PB
Fone/Fax (83) 338-2483

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, conforme despacho retiro, os presentes autos ficaram à disposição do advogado da parte autora para fins de multa DPVAT, entretanto, decorrido o evento mencionado, a parte interessada não compareceu em cartório afim de proceder à carga do presente processo.

Ante o exposto e observando-se que não consta nos autos manifestação acerca da concessão da gratuidade de justiça, submite os presentes autos à apreciação e deliberações.

João Pessoa, 04 de Junho de 2014

Geneysson André Pereira Correia
Técnico Judiciário
Mat. 479441-8

1891

OPUS JUSTITIAE PAX





PROCESSO Nº 000605-64/2014.815.2001

Vistos, etc.

Tendo em vista a certidão de fls. 18, defiro a gratuidade judiciária.

João Pessoa, 04 de junho de 2014.

Ivanoska Maria Espirita Gomes dos Santos
Juiz de Direito

Recebi os presentes autos do(a)
MM. Juiz(a) nesta data.
João Pessoa, 04/06/14
Analista/Técnica Judiciária



MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DA 11ª VARA DA COMARCA DE
JOÃO PESSOA/PARAIBA

processo nº. 0008605-64.2014.4.01.5101

JUNIOR DA SILVA MEIRELES JUNIOR, já qualificada nos autos da AÇÃO em epígrafe, vem à presença de Vossa Excelência, através de seus advogados infra-assinados, requerer observando-se o inciso I do art 275 do CPC a adoção do Procedimento Sumário nas causas cujo valor não exceda a sessenta vezes o salário mínimo.

Considerando-se ainda o teor do art 277 do CPC, a saber:

Art 277 - O juiz designará a audiência de conciliação, a ser realizada no prazo de trinta dias, citando-se o réu com a antecedência mínima de dez dias e sob advertência prevista no §2º deste artigo, determinando o comparecimento das partes. Sendo a ré a Fazenda Pública, os prazos contar-se-ão em dobro. (Redação dada pela Lei nº 9.245, de 26.12.1995)

Ora, douto julgador esse processo foi distribuído desde 20/02/2014 e em virtude de não ocorrência de citação não pode entrar no Murfão realizado em abril de 2014, assim em observância aos princípios constitucionais da celeridade processual e da possibilidade de composição amigável no presente caso, requer-se que se observando o RITO SUMÁRIO dos presentes autos espere-se CITAÇÃO a demandada para contestar o Processo com URGÊNCIA QUE O CASO REQUER.

Nestes termos,

Pede Diferimento.

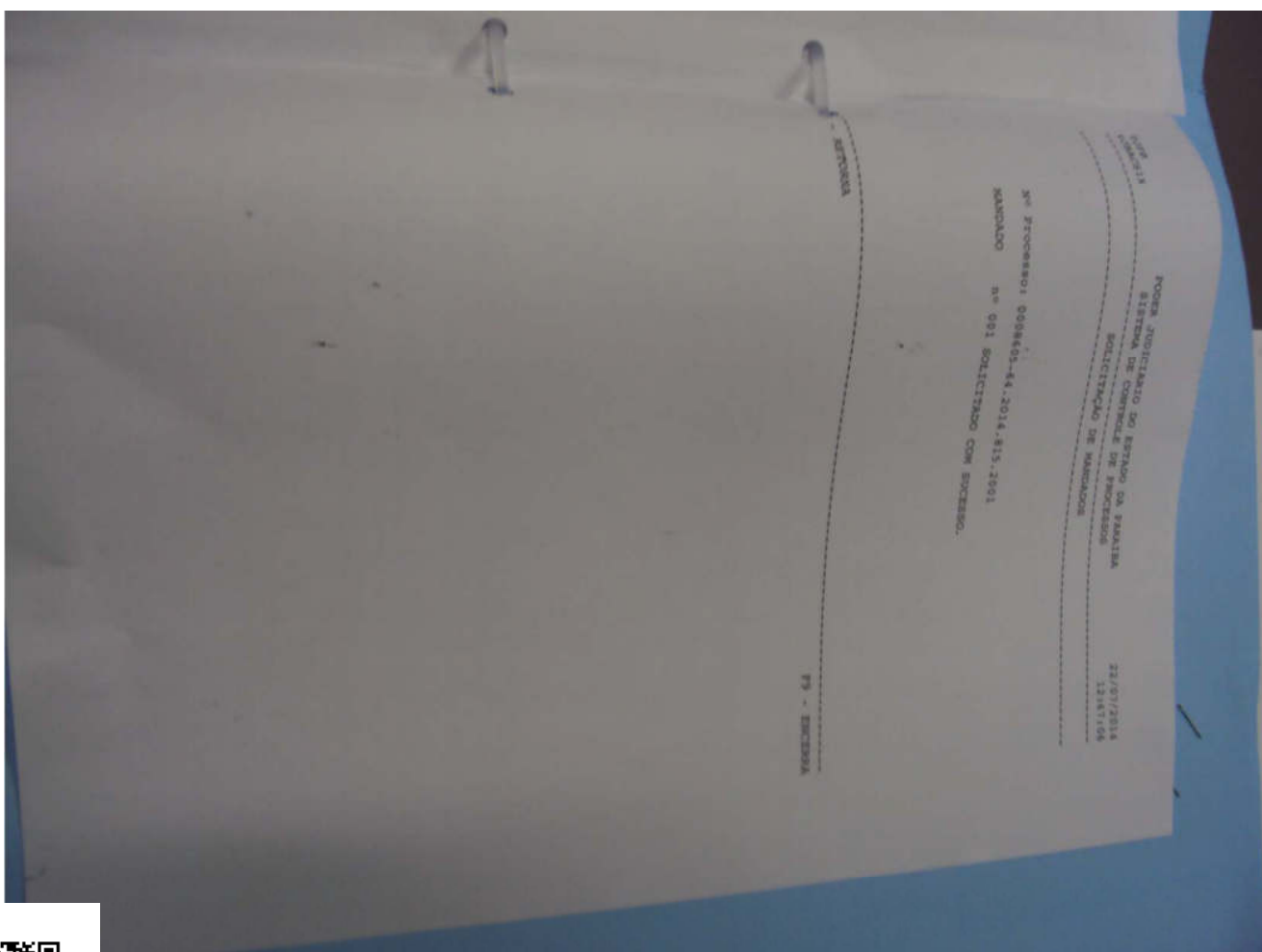
João Pessoa, 21 de MAIO de 2014

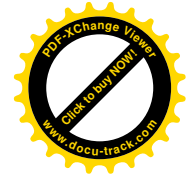
Enéas Flávio Soares da Moraes Segundo

OAB/PB 14.318

Guliyana Flávia de Amorim
OAB/PB 13.529

Av. João Machado, 553 - Sala 127 - Empresarial Plaza Center - Centro - João Pessoa - PB.
Praça Venâncio Neiva, 21 - Centro - Santa Rita - PB.
Telefones: (83) 3032-1329 / (83) 3229-1074.





ASSISTENCIA JUDICIARIA
PODER JUDICIARIO DO ESTADO DA PARAIBA
COMARCA DE JOAO PESSOA

MANDADO 001 - MAND CITACAO REU

PROCESSO: 0008605-64.2014.815.2001 11A. VARA CIVEL
Classe : PROCEDIMENTO SUMARIO

AUTOR : JUNIOR DA SILVA MEIRELES
Endereco: R IVO SOARES 65
Bairro : ROGER Cidade: JOAO PESSOA CEP:
REU : BRADESCO SEGUROS S/A
Endereco: R PQ SOLON DE LUCENA 641
Bairro : CENTRO Cidade: JOAO PESSOA CEP: 58013131

O MM. JUIZ DE DIREITO DA VARA SUPRA MANDA AO OFICIAL DE JUSTICA, ABAIXO NOMINADO, QUE, EM CUMPRIMENTO A ESTE, CITE A PARTE RE, NOME E ENDEREÇO ACIMA, PARA, QUERENDO, DEFENDER-SE.
ADVIRTA-A, OUTROSSIM, DE QUE NAO SENDO CONTESTADA A Acao, PRESUMIR-SE-AO ACEITOS, COMO VERDADEIROS, OS FATOS ARTICULADOS PELO AUTOR, CONSTANTES DA INICIAL, CUJA COPIA SEGUE EM ANEXO.

COMPLEMENTO/DESPACHO JUDICIAL
SEGUE EM ANEXO CONTRA-FÊ PARA INSTRUÇÃO. CITAR NA PESSOA NO RESPECTIVO REPRESENTANTE LEGAL.

"...CITE-SE COM AS CAUTELAS LEGAIS..."
PRAZO PARA DEFESA 015 DIAS

LOCAL: FORUM DES. MARIO MOACIR PORTO
AVENIDA JOAO MACHADO S/N - JAGUARIBE CEP:58013522

JOAO PESSOA, 23 DE JULHO DE 2014.

Ania Baptista P de Amorim
ANIA BAPTISTA PEREIRA DE AMORIM
CHEFE DA CENTRAL DE MANDADOS, POR ORDEM DO MM. JUIZ

OFICIAL: 3323-3 050 23/07/2014
O oficial acima deverá se identificar com sua carteira funcional
Recomendação: AO COMPARECER EM JUIZO, ESTEJA TRAJANDO VESTIMENTA ADEQUADA AO AMBIENTE FORENSE. <DIA>

CIENTE: _____
MANDADO COM ASSISTENCIA JUDICIARIA.

00086056420148152001001

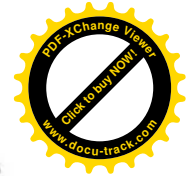


15:18 07/24/2014 10:47:06 SRENETO SRENETO S. PESSOA





MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA _____ VARA CÍVEL
DA COMARCA DE JOÃO PESSOA/PB.

0008609-64.2014.815.2001

JUNIOR DA SILVA MEIRELES, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais, portador da Cédula de Identidade n.º 3436331 SSP-PB, e do CPF n.º 092.190.494-06, podendo receber intimações na Rua Ivo Soares 65, Roger, João Pessoa/PB, por meio de seus procuradores e advogados adiante assinados, legalmente constituídos no âmbito do incluído instrumento de mandato, que podem receber intimações na Rua Praça Venâncio Neiva 21, Centro, Santa Rita/PB, vem, respeitosamente perante V. Ex.ª propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE

em face da BRADESCO SEGUROS S/A, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 33.055.146/000 1-93, podendo ser citada no Parquet nº 641 de Lucena, 641, Centro, João Pessoa/PB o que faz de acordo com os fundamentos fáticos e jurídicos que passa a expor:

DA JUSTIÇA GRATUITA:

Inicialmente, requer o promovente sejam-lhe concedidos os benefícios da justiça gratuita, nos exatos termos do art. 4º da Lei 1.060/1950, e 5º, LXIV, da Constituição Federal, por não ter condições de pagar as custas do processo e os honorários advocatícios, sem prejuízo do próprio sustento ou de sua família.

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB,
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.
Telefones: (83) 3632-1329/ (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 10:47:06 PROCESSO SEGUROS J. PESSOA





MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



É cediço que a simples afirmação, nos molde dos dispositivos retro citados, bem como reconhecidos na jurisprudência pátria dominante, é suficiente para o deferimento do pedido, conforme se pode observar na decisão do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba a seguir, *litteris*:

"Assistência judiciária – Afirmação de pobreza em requerimento da parte – Dispensa de outras provas.

Não é necessário, para a concessão do benefício da assistência judiciária, que a parte prove sua condição de necessidade. Basta a simples afirmação de sua pobreza, até sua prova em contrário.

Não está a parte obrigada, para gozar dos benefícios da assistência judiciária, a recorrer aos benefícios da Defensoria Pública." (TJ/PB – 2ª Câmara Cível – Apelação Cível nº 1996/00426-6 – Rel. Antônio Elias de Queiroga – Data do julgamento: 24/03/1997 – Publ. DJ: 03/04/1997).

Assim, pugna o promovente pela concessão dos benefícios da gratuidade judiciária, de modo a ser dispensado, na hipótese de recurso, do pagamento das custas e demais despesas processuais, além de honorários advocatícios da sucumbência, na improvável hipótese de ver vencido na lide.

I- BREVE RESUMO DOS FATOS:

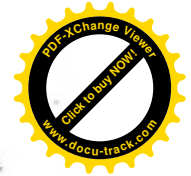
Em 04/10/2013, o promovente foi vítima de acidente de trânsito quando trafegava com sua Motocicleta (HONDA, BIZ 125 KS PRATA, PLACA: MNK 8482/PB) nas imediações do Bairro dos Novais, sendo atingido por um veículo tipo caminhão, fazendo-o cair ao solo, consoante ocorrência policial em anexo. Após o acidente, o autor foi socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Pelo fato descrito acima, o autor sofreu inúmeras escoriações que o deixaram com sequelas irreversíveis na mão esquerda, sendo submetido a procedimento cirúrgico conforme

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB,
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 104706 PROCESSO SUELIO T. PESSOA





MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

consta dos laudos médicos em anexo, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

Porém, mesmo depois de todo esforço para se reabilitar, com cirurgias e fortes medicamentos, o autor teve comprovado TRAUMA EM MÃO ESQUERDA E SEU AMPUTACÃO TRAUMÁTICA EM 4º QDE COM FRATURA EXPOSTA E DEFORMIDADE PERMANENTE PELA GRAVIDADE DO TRAUMATISMO SOFRIDO.

Com esta sequela, o autor não consegue realizar suas atividades cotidianas, sentindo ainda fortes dores no local da lesão em face das restrições nos movimentos.

Desta feita, o demandante, munido da documentação necessária, vem pleitear da empresa promotora o pagamento da indenização do seguro por invalidez permanente, uma vez que esta empresa integra a FENASEG (Federação Nacional dos Seguros Privados e de Capitalização).

II – DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA:

- Da Legitimidade Passiva -

O art. 7º, da Lei 6.194/74, determina que, em se tratando do seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será parte legítima para figurar no pólo passivo de demanda, a fim de se vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** se constitui em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas, a promotora.

Neste tom, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:

“APELAÇÃO CÍVEL – COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – LEGITIMIDADE SEGURADORA – Qualquer seguradora autorizada a operar com o DPVAT é parte legítima para a respectiva ação que vise o recebimento de seguro obrigatório do veículo, porquanto a lei faculta ao beneficiário acionar

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB,
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.

15/10/07/24/2014 10:47:06 8000500 5581005 1. PESSOA





MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



aquela que melhor lhe aprouver, conforme Resolução 6/86, do Conselho Nacional de Seguros Privados”, (TAMG – AP 0350628-9 – Uberlândia – 1ª C. Civ. – Rel. Juiz Silas Vieira – J. 18.12.2001) (destaque nosso).

Quanto à legitimidade passiva, nenhuma dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da Fenaseg é parte legítima para pagamento do seguro obrigatório.

- Da Documentação Necessária para o Recebimento da Indenização -

Anota o art. 5º, da Lei nº 6.194/74, que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, *señor vejamos:*

“O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado”. (grifo nosso)

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

- Do Quantum Indenizatório -

Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio STJ, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (DPVAT) é de R\$13.500,00, a teor da regra esculpida no art. 3º da Lei n. 6.194/74, *in verbis*:

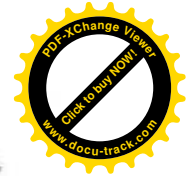
Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB.
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 10:47:06 BONEIRO SEIJAOS J. PESSOA





MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e demais despesas decorrentes dos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

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

Incontroverso, também, o valor que deverá ser pago a título de indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) para invalidez suportada em razão de acidente automobilístico.

III- DOS REQUERIMENTOS FINAIS:

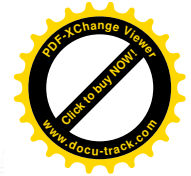
Diante do exposto, requer-se de Vossa Excelência:

- a) A CITACÃO da empresa demandada, na pessoa de seu representante legal, para, querendo, contestar o feito, sob pena de revelia e confissão;
- b) Ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar a promovente o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), provenientes da debilidade permanente suportada em virtude do acidente automobilístico;
- c) A concessão dos benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**, tendo em vista que o autor é pobre nos termos da Lei nº 1.060/50, não possuindo condições de arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu sustento e de sua família;
- d) A oportunidade de provar o alegado por todos os meios em direito admitidos, principalmente a prova documental, que segue acostada;
- e) A condenação do requerido no pagamento dos honorários advocatícios na base de 20% do valor da condenação, em caso de eventual recurso.

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – São Paulo – SP
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 10:47:06 PROCESSO SEIAROS 1. PESSOA





MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

f) A realização de perícia pelo Instituto Médico Legal, caso Vossa Excelência entenda necessário.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

João Pessoa, 17 de março de 2014

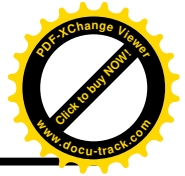
Giullyana Flávia de Amorim
Advogada OAB/PB nº 13529

Enéas Flávio S. de Moraes Segundo
Advogado OAB/PB nº 14318

15:18 07/24/2014 104706 PROCESSO SEBROS J. PESSOA

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB.
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.





Franklin Carvalho

De: Ana Maria Abreu de Oliveira <ana.oliveira@bradescoseguros.com.br> em
nome de DPVAT <dpvat@bradescoseguros.com.br>
Enviado em: terça-feira, 29 de julho de 2014 12:22
Para: Contencioso
Cc: Monique Costa Rosa
Assunto: ENC: PROCESSO 0008605-64.2014.815.2001 JUNIOR DA SILVA MEIRELES
AUD 15 DIAS DPVAT
Anexos: junior_2014_06_30_16_28_25_063.pdf; ATT00001.txt; ATT00002.htm

Prezados,

Segue para conhecimento e providencias.

Atenciosamente,
Bradesco Auto / Re Cia de Seguros
0181 - Superintendência de Sinistros Auto
Dp vat
Ana Maria Abreu de Oliveira
Tel.: (21) 2503-1974 Ramal 1974 Fax:(21) 2503-1527

PATROCINADOR OFICIAL



De: Sonia Maria Cabral Augusto Pereira
Enviada em: sexta-feira, 25 de julho de 2014 11:20
Para: DPVAT
Cc: Vanda Carmem Fabricio Wanderley
Assunto: PROCESSO 0008605-64.2014.815.2001 JUNIOR DA SILVA MEIRELES AUD 15 DIAS DPVAT

Segue para sua providencia.

BRADESCO SEGUROS S.A.
9724 - Superintendência Executiva Regional Nordeste
Sucursal 871 João Pessoa - PB Mercado
Sonia Maria Gomes Cabral
Tel.:(83)3222-3799 / Fax (83)3222-4552



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11139488

A/C: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170315367 ASL-0217459/17

Vitima: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Data Acidente: 18/11/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01591/01592 - carta_01



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11140024

A/C: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170315367 ASL-0217459/17

Vítima: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Data Acidente: 18/11/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/11/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01321/01322 - carta_03



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**

Nº Sinistro: **3170315367**
Vitima: **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**
Data do Acidente: **18/11/2014**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170315367**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12083451

Pag. 00961/00962 - carta_16 - INVALIDEZ

00020481





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T196*



Nº DO SINISTRO _____

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Júmor da Silva MEIRELES,PORTADOR(A) DO RG Nº 3436-381EXPEDIDO POR SSDSEM 24 / 10 / 2014CPF 09221900494-06 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO DESEMPREGADO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECEITA NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JÚMOR DA SILVA MEIRELES. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados.

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado. Recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT, pois aquele que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTES: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou o verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 52878-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOÃO PESSOA, 20 de MARÇO

de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 1.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022120.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:24:32

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012243175500000038525076>

Número do documento: 21031012243175500000038525076





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

AS

Nº DO SINISTRO

DOCUMENTO 1



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Júlio da Silva MEIRELES

PORTADOR(A) DO RG Nº 3436-331

EXPEDIDO POR

SSDS

44

11

EM

24

10

2014

CPF 092490494-06 CNPJ

PROFISSÃO

DESEMPREGADO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSADA NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JÚLIO DA SILVA MEIRELES. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF, aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a Consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT, que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários em imagem digitalizada/scaneada, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO

Nº da AGENCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRAPESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO

Nº da AGENCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ASL-0140836/17
natalia silva
11/34-45

ASL-0140836/17
natalia silva
11/34-45

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente, na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 1.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022120.



ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45

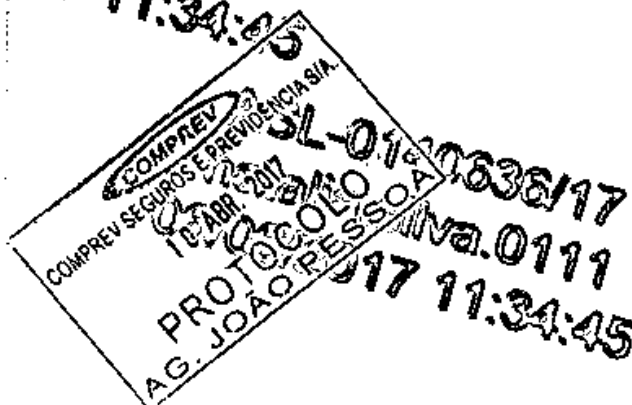


ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:45





GOVERNO
DA PARAÍBA

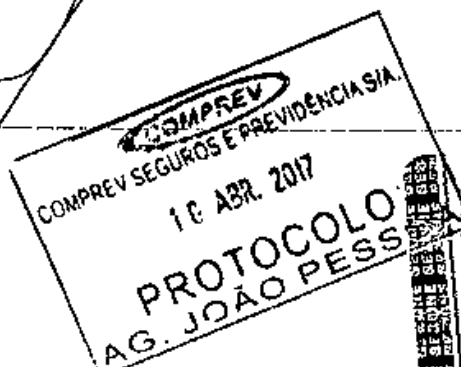
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
14ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 644 /2015, na mesma continha o seguinte teor: **Ao primeiro dia do mês de abril do ano de dois mil e quinze**, nesta cidade de Santa Rita e na 14ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **Maria Solidade de Sousa**, às 09:00 horas, compareceu o Sr. **Júnior da Silva Meireles**, brasileira, União Estável, natural de João Pessoa/PB, com 23 anos de idade, filho de José Cipriano Meireles Filho e de Maria José da Silva, residente à (na) rua projetada, quadra 180, lote 491, Colinas do Sul, João Pessoa/PB, o qual notificou que, no dia 18 de novembro do ano próximo passado, se conduzia em sua moto Honda Twister CBX 250, ano e modelo 2006, cor prata e de placa MNN 6043/PB e, no término da rua Anísio Salatiel no centro da capital, precisamente em frente a Oficina São, o Notificante colidiu na lateral de um veículo que dali saía, tendo este em razão da gravidade do acidente, evadido-se do local, consequentemente, o notificante ficou socorrido por seu genitor ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Contusão da mão esquerda + amputação traumática antiga do Quíquadrão esquerdo, identificada pelo CID 10 S 60.2 + S 68.1, conforme Laudo Médico apresentado. **Diante o exposto, solicita providências.** O referido é verdade. Dou fé. Eu **Everaldo Martins da Costa**, Escrivão que o digitei.

Santa Rita, 1º de abril de 2015



República
Federativa
do Brasil



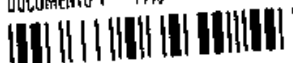
Ofício de Registro Civil e
Tribunal de Notas de Santa Rita
Delegado: Carlos Ulysses de Carvalho Neto
Av. Trautmann, 100 - Centro - Santa Rita - PB
João Pessoa - PB - CEP 55000-000 - Fone: (33) 3204-1000

AUTENTICACAO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.
(Art. 365 - III do CC)
03/04/2017
João Pessoa - PB
Selo Digital: 0E485896-7F0J
Pesque o selo: <https://scticondigital.tjbh.jus.br>
Crie o selo: 1A 155 A50 11 64999 A50 25 C94 A50 51 44



Elaine Maria da Silva Lima
Escrivã Substituta





GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL

14ª DELEGACIA DISTRITAL

SL-0140836/17



11:34:35

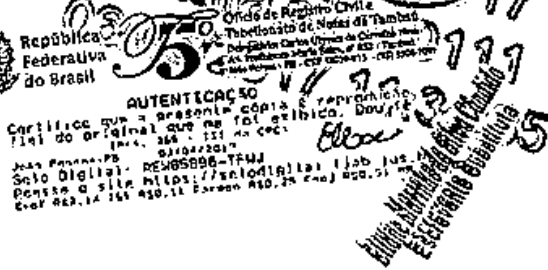
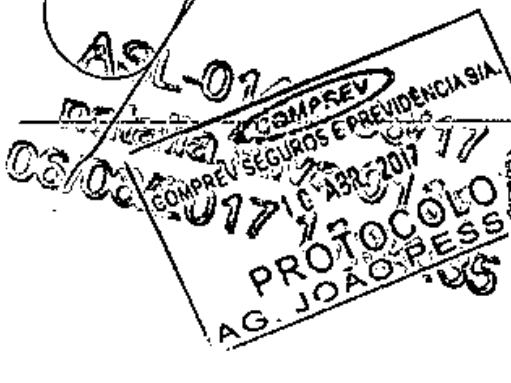
11:34:35

CERTIDÃO

SL-0140836/17

NOTIFICADO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 644/2015, a mesma continha o seguinte teor: Ao primeiro dia do mês de abril do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de Santa Rita e na 14ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Maria Solidade de Sousa, às 09:00 horas, compareceu o Sr. Júnior da Silva Meireles, brasileiro, União Estável, natural de João Pessoa/PB, com 23 anos de idade, filho de José Cipriano Meireles Filho e de Maria José da Silva, residente e (na) rua projetada quadra 180, lote 491, Colinas do Sul, João Pessoa/PB, o qual notificou que no dia 18 de novembro do ano próximo passado, se conduziu em sua moto Honda Twister CBX 250, ano e modelo 2006, cor prata e de placa VNN 6043/PB e, no término da rua Anísio Salatiel, no centro da capital, precisamente em frente a Oficina São, o Notificante colidiu na lateral de um veículo que dali saía, tendo este em razão da gravidade do acidente, evadido-se do local, consequentemente, o notificante foi socorrido por seu genitor ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Contusão da mão esquerda + amputação traumática antiga do Ombro direito esquerdo, identificada pelo CID 10 S 60.2 + S 68.1, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu, Generaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

Santa Rita, 1º de abril de 2015





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JUNIOR DA SILVA MEIRELES,
portador da carteira de identidade nº 3436.331 e inscrito no
CPF nº 092.190.494-06, residente e domiciliado na
Rua Severino José do Nascimento nº 157,
Cidade João Pessoa,
Estado Paraíba, 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:

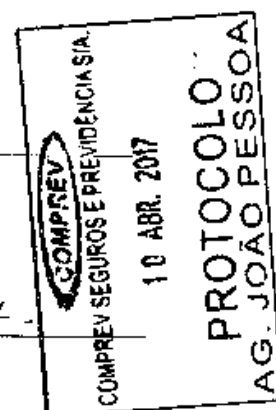
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior 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 a
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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

* Junior da Silva Meireles
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 20 de março de 2017
Local e data





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
portador da carteira de identidade nº 3438235D e inscrito no CPF nº 17092190494-06, residente e domiciliado na Rua Severino Gonçalves de Aguiar nº 157, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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:

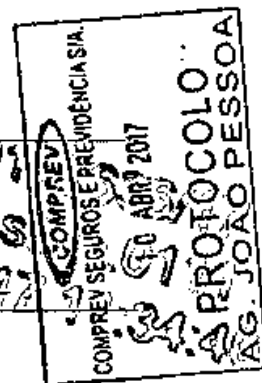
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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.

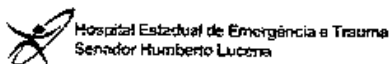
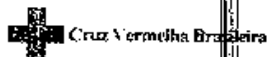
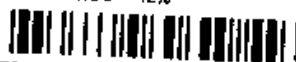
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discordo do seu conteúdo.

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação.
João Pessoa, 20 de março de 2017.
Local e data



Ato declaratório

DOCUMENTO 2 "T2%"



Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593282 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 716679

Identificação do paciente				
ID 563248	Nome JUNIOR DA SILVA MEIRELES			Sexo Masculino
Data de nascimento 31/10/1991	Idade 21 Anos	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe MARIA JOSE DA SILVA	Pai JOSE CIPRIANO MEIRELES FILHO			
E escolaridade MEDIO INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) ESPOSA VITORIA ISABEL MACENA DO NASCIMENTO - ACOMPANHANTE			
DDO Móvel 83	Fone Móvel 87246847	DDO Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3436331	CNS 203181087870018		
Local de procedência ROGER		Tipo BAIRRO	UF PB	
Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R			
Endereço				
CEP 58020300	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Rua Ivo Soares		
Número 85	Complemento	Bairro Roger		
Admissão				
Data e Hora Prevista 04/10/2013 20:51:32	Número da pulseira 2289205	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA MEDICA	Clínica CLINICA MEDICA E NEURO			
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RESIDENCIA			
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou TAXI			
Sinais Vitais				
PA mmHg	X	Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []				
Ultrassom []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por ELIZÂNGELA CAVALCANTE DE PINHO				
Tempo 02min/28seg				

Imprimir

COMPREV
COMPREV SEGREDO PREVIDENCIARIA
16 ABR 2017
PROTOCOLO
DE JOAO PESSOA

4/10/2013 21:09

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:24:32

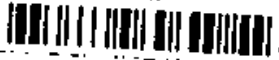
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012243175500000038525076

Número do documento: 21031012243175500000038525076

Num. 40446540 - Pág. 12

Ato declaratório

DOCUMENTO 2 12%



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

Av. Orestes Lisboa, S/N, Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-450 / CNES: 2593282 - FONE: (33) 3216-5738 / 3216-6775

Boletim de Atendimento Emergencial: 716679

natália.silva

natália.silva

Identificação do paciente	
ID 563248	Nome JUNIOR DA SILVA MEIRELES
Data de nascimento 21/10/1991	Idade 21 Anos
Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Sexo Masculino	Promotorio
Mãe MARIA JOSE DA SILVA	Pai JOSE CIPRIANO MEIRELES FILHO
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) ESPOSA VITORIA ISABEL MACENA DO NASCIMENTO - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 67245947
DDD Fijo	Fone Fijo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3438331
CNS 203157087870018	Tipo BAIRRO
Local de procedência ROGER	UF PB
Neurologia	CBOR
Endereço	
CEP 58020-320	Município da residência JOAO PESSOA
Logradouro Rua Ivo Soares	Bairro Roger
Admissão	Número da pulseira 2289205
Data e Hora Prevista 04/10/2013 20:51:39	Convênio SUS
Especialidade CLINICA MEDICA	Clinica CLINICA MEDICA E NEURO
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RESIDENCIA
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA
Destino do endereço VERGULO X MOTO	
Indicadores e Transporte	
Circ. policial Não	Pirotecnia Não
Via de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou TAXI
Sinais Vitais	
PA	Pulso
mmHg	Temperatura
Exames complementares	
Rolo X []	Sangue []
Urina []	TC []
Liquor []	ECG []
Ultrassom []	
Dados clínicos	
Diagnóstico	
Atendida por ELIZANGELA CAVALCANTE DE FARIAS	

Imprimir





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JUNIOR DA SILVA MEIRELES,

RG nº 3436-331, data de expedição 24 / 10 / 2014,
 Órgão SSDS, CPF nº 092.190.494-06, venho perante a este
 instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
 nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua. Severino José do Nascimento</u>
Número	<u>157</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Roger</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.020-395</u>
Telefone de contato	<u>(83) 99921-9283 / (83) 3032-1329.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA / 20 / 03 / 2017

[Assinatura]

Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ASL-0140636/17
 natalia.silva.0111
 08/06/2017 11:34:48

RG nº 34361331-1, data de expedição 24/10/2012
 Órgão SSDS CPF nº 092.190.494-06, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

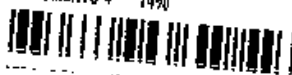
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua. Severino José do Nascimento
Número	157
Aptº / Complemento	
Bairro	Roger
Cidade	JOÃO PESSOA
Estado	PB Paraíba
CEP	58.020-395
Telefone de contato	(83) 99921-9283 / (83) 3032-1329.
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: JOÃO PESSOA 03/2017



DOCUMENTO 4 *74%



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JÚNIOR DA SILVA MEIRELES

DATA DE NASCIMENTO 31/10/91

NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 795.232

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 18/11/14

HORA DO ATENDIMENTO 13:46

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) CONTUSÃO DA MÃO E + AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA ANTIGA DO 4º QUIRODÁCTILO E

CID 10 S 60.2 + S 68.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada nesta hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando dor forte na mão E. Apresenta amputação antiga do 4º quirodáctilo E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da mão E - AP e P

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 ABR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

Sem alterações + presença de amputação antiga da 3ª falange do 4º quirodáctilo E aos RX. Realizado atendimento, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 18/11/14

DATA DA EMISSÃO: 10/04/15

Dr. Ewerton Nogueira Teixeira
CRM: 2516/PB

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





MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

VIAS ☐ Péricas ☐ Obstruídas

VIAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA-MEDIANA: ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ Sem dificuldade ☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

HTE: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2- RUIDOS

☐ Sim ☐ Não

HTD: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

HTE: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR: ☐ Imp ☐ SaO₂ %

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotoreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = mm)

Escala de Glasgow.

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pletórica ☐ Metórica

TEMPERATURA DA PELE:

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO:

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RITMO:

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BÚLIAS

☐ Normotônicas ☐ Hipotônicas

☐ Hipertônicas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4

☐ Sim ☐ Não

FC: bpm PA: mmHg T: °C

ECG:

ABDOMEN:

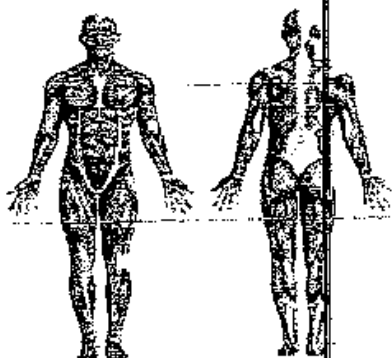


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- 1 Abrisão
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 Crepitação
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empalamento
- 9 Efisema subcutâneo
- 10 Emagamento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de Fogo
- 14 F. Contuso
- 15 F. Cortante
- 16 F. Corto-Contuso
- 17 F. Perfuro-Contuso
- 18 F. Perfuro-Cortante
- 19 Fratura Óssea Fechada
- 20 Fratura Óssea Aberta
- 21 Hematoma
- 22 Ingurgitamento Nervoso
- 23 Laceração
- 24 Lesão Tendinea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento Torácico paradoxal
- 28 Objeto Encravado
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Paresia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sinais de Isquemia

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma) _____ % Grau de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☐ Radiografias ☐ Lavado peritoneal
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUZAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Dr. Carlos F. Franca
 ASSINATURA E CARIMBO
 100 003792
 Hospital Unimed JP

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicitto parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

☐ Centro Cirúrgico ☐ Transf. (unidade de saúde) _____
☐ Internado (setor) _____
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ IML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN



F(NG).CC.001.1



21:45

FCC m mnd
Sui-an pnt aul Tracenta m

4. ad @

col. ad Cebex mngco aforal

Dr. Sávio Brand S. Barros
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PO: 5515 CREMEPE: 18315
RPP: 11340





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



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

DATA

HORA

06

10

13

paciente foi submetido
a tratamento
comprimidos de paracetamol
e 1500 ml de soro fisiológico
proximal do doente
de 15 minutos

06

10

17

paciente não foi
submetido a nenhum
tratamento, já que
está estável e tolera
a dieta normal

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 ABR. 2017

PROTOCOLO

IAG. JOÃO PESSOA.

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 41170 TEST 6115
Ortopedia Traumatologia



ANEXO II

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
------------	------------------------	---------------------	---	-----------

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2593262	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA		4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
H.E.T. S.M. 2			

Identificação do Paciente		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		716675	
6 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
31/10/91		Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
maria joia da Silva			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - COD. REG. MUNICÍPIO	
		18 - UF	
		19 - CEP	
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL		26 - CID 10 PRINCIPAL	27 - CID 10 SECUNDÁRIO
		28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI TIPO I DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		DIÁRIA DE UTI TIPO I	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
40 - QTD.			
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
Fio de Kirschner 1,5 - 03			
			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
		05/10/13	
44 - DOCUMENTO		45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
() CNS () CPP			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
() CNS () CPP			
		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

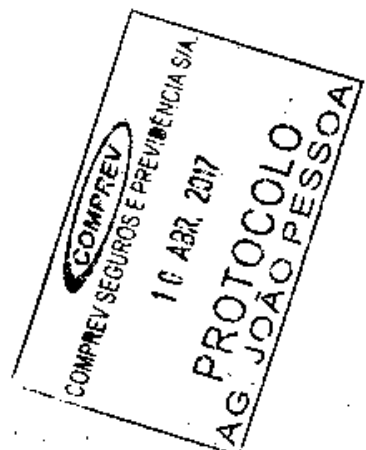


SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 2/2
------------	------------------------	---------------------	---	-----------

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - CTOE
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - CTOE
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - CTOE
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - CTOE
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - CTOE
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - CTOE
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - CTOE
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - CTOE
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - CTOE
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - CTOE
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - CTOE
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - CTOE
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - CTOE
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - CTOE
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - CTOE
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - CTOE

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)



PROFISSIONAL SOLICITANTE

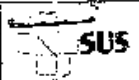
99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



ANEXO II

 SUS		Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde					2 - CNES 2593262
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA					3 - CNES 2593262
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE H.E.E.T.S.H.L.					4 - CNES _____
Identificação do Paciente					6 - NOME DO PACIENTE JUNIA DA SILVA MENEZES
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____					8 - DATA DE NASCIMENTO 31/10/91
9 - SEXO Masc ☒ 1 Fem ☐ 3					10 - RAÇA/COR _____
11 - NOME DA MÃE MARIA JOSE DA SILVA					12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____
13 - NOME DO RESPONSÁVEL _____					14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____					16 - CID 10 PRINCIPAL _____
17 - CID 10 SECUNDÁRIO _____					18 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____
18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____					19 - CÓD. RGSE MUNICÍPIO _____
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH) _____					21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR _____
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA _____
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR _____					24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA _____
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA _____					26 - CID 10 PRINCIPAL _____
27 - CID 10 SECUNDÁRIO _____					28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)					29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____					31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____					33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____					35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____					37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____					39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____
40 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO Fio de Kirschner 1,5 - 03					41 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10/03/2021
PROFISSIONAL SOLICITANTE					42 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10/03/2021
43 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____					44 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10/03/2021
45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____					46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____					48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR _____
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____					50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____
51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____					52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

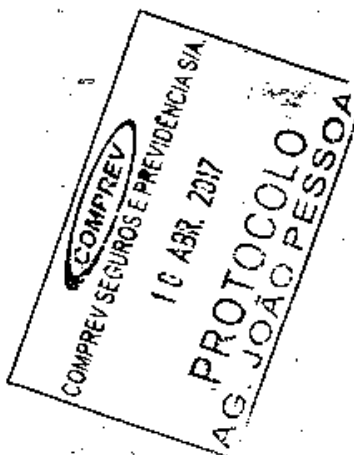


 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha
			2/2

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - CTDE
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - CTDE
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - CTDE
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	59 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - CTDE
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - CTDE
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - CTDE
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - CTDE
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - CTDE
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	74 - CTDE
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CTDE
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - CTDE
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - CTDE
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	89 - CTDE
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - CTDE
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - CTDE
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - CTDE

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)



PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>João do Filho Almeida</u>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>B. Almeida</u>		1º Assistente: <u>A. Reis</u>		
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista: <u>Dr. P. Reis</u>	Tipo de Anestesia:		Hora Início:	Hora término:	

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
<u>FURCULA EXPASTA NA</u>	
<u>EM LIG. COMPLESSIVA</u>	
<u>DE FIBROSAS</u>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<u>TRAT. CIR. FURCULA EXPASTA</u>	
<u>E TRANSFEREN. DOS</u>	
<u>FIBROSAS NA</u>	

Acidente durante ato cirúrgico	Descreva:	
1º sim	2º não	
Biopsia de congelação:	1º sim	2º não
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1º enfermaria	2º terapia intensiva
	3º residência	4º óbito durante ato cirúrgico

25.10.13
João Pessoa - Data

Dr. Carlos Fabrício de S. Santos
ORÇONIA DE TRAUMATOLOGIA
CRM 13376



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Inclusão:

Achados:

Conduta:

① Paciente submetido a cirurgia de

② artroscopia de quadril

③ desbridamento e limpeza
 da articulação do S.F. do
 fêmur de pessoa de
 42 anos e diagnóstico de
 osteoartrite da art. (E)

Realizada a prova
 e curado.

Observação:

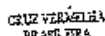
Data, João Pessoa

de 10 de 13

Assinatura/carimbo

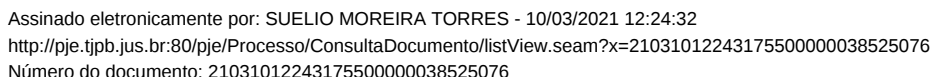
Dr. Carlos Fabrício de S. Santos
 ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
 CRM: 4676





REFERENCES

FOUO LAS CR-021-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

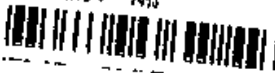
FICHA DE ANESTESIA

DATA: 05/10/13	PACIENTE: JUNIOR DA SILVA MEIRELES	SEXO: M	COR: A	IDADE: 27	REGISTRO:
HOSPITAL: HECTM	CATEGORIA: SUS	ACOMODACÃO:	ENDEREÇO DO PACIENTE - FONE:		
PRESSÃO ARTERIAL: 120 x 80	PULSO: 100	RESPIRAÇÃO: EUPNEICO	TEMPERATURA: 36,5	PESO: 70 kg	GRUPO SANGÜÍNEO:
ESTADO GERAL: BOM ☐ REGULAR ☒ MAU ☐ PESSIMO ☐	RISCO CIRÚRGICO: BOM ☐ REGULAR ☒ MAU ☐ PESSIMO ☐				
EXAMES COMPLEMENTARES: JPM					
AP. RESPIRATÓRIO: RDN			AP. CIRCULATÓRIO: RDN		
AP. DIGESTIVO: ESTÔMAGO CHEIO			ESTADO MENTAL: ORIENTADO		
PRÉ-ANESTÉSICO: DOSE/HORA:			DROGAS EM USO: JPM		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE 4 DEDOS DA MÃO ESQ.					
CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA					
CIRURGIÃO: DR. OSMILDO			AUXILIARES:		
INÍCIO DA ANESTESIA: 00:15		TÉRMINO DA ANESTESIA: 01:45		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 90 min.	
GO DO PROCEDIMENTO:		QUANT. DE OH:		VALOR R\$:	
JTESTISTA: DR. RÔMULO + MARCI (M) CPF: 204171364-04				CRM 98: 25809	
AGENTE: HORA: 00:15 01:00 02:00					
SETORIZAÇÃO: ☒ P. ARTERIAL ☐ E.C.G. ☐ OX. PULSO					
ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐					
TÉCNICA: Bloqueio Axilar com (1)					
LÍQUIDOS: VOLUME EM ML		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ANESTESIO			
GLICOSE	1	GLUCOSE 100 mg - 30	5		
NaCl	1	CLORURO DE SÓDIO - 2g	2		
SANGUE	3	HEPARINA - 10g	8		
RINGER	4	RINGER - 2g	9		
TOTAL	5	HEPARINA - 40g	10		
DESTINO DO PACIENTE: APT ☐ ENFERM. ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS ☐					
ASSINATURA DO ANESTESISTA:					

COMPREV
11-ABR-2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DOCUMENTO 4 "T495"



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JÚNIOR DA SILVA MEIRELES

DATA DE NASCIMENTO 31/10/91

NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 795.232

N.º PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 18/11/14

HORA DO ATENDIMENTO 13:46

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) CONTUSÃO DA MÃO E + AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA ANTIGA DO 4º QUIRODÁCTILO E

CID 10 S 60.2 + S 68.1

AVALIAÇÃO INICIAL

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando dor forte na mão e apresenta amputação antiga do 4º quirodáctilo E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS

RX da mão E - AP e P

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 ABR. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

Sem alterações + presença de amputação antiga da 3ª falange do 4º quirodáctilo E aos RX. Realizado atendimento, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 18/11/14

DATA DA EMISSÃO: 10/04/15

Dr. Ewerton Noronha Teixeira

CRM: 2816/PB

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





Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: **Natalia Silva**

IDADE: **03 anos**

ASL-0140636/17
Natalia Silva.0117

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Qtd. lúctea e colé
Qtd. lúctea e colé
Qtd. lúctea e colé

EXAME PRIMÁRIO

AS

AÉREAS

CERVICAL (MOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não)

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA-MEIANA ☐ Sim ☒ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade ☒ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal ☒ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

HTE: ☐ Presente e normal ☒ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2 - RUÍDOS

☐ Sim ☒ Não

HTD: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

HTE: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR: ☐ Normal ☒ SBC

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotoconsgente ☐ P. isocóricas ☐ P. anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR

MELHOR RESPOSTA VERBAL: ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)

MELHOR RESPOSTA MOTORA

Espondeas

A solicitação verbal

Ao contínuo estímulo

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

AUSCUTA CARDÍACA

RIJUDO

BULHA

SOPRO

BE OU 4

FC: bpm PA: mmHg T: °C

ECG:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

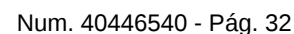
ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



21:45

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

Dr. Sívio Barros S. Barros
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PB: 5515 CREMEPE: 18315
RFO: 1134

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

COMPREV
COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06/06/2017 11:34:41
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA



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



ASL-014
natalia silva
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

ASL-014
natalia silva
PRONTUÁRIO

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
05/10/17		Paciente foi submetida a cirurgia de emergência para fratura de fêmur direito.
06/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
07/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
08/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
09/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
10/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
11/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
12/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
13/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
14/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
15/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
16/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
17/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
18/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
19/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
20/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
21/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
22/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
23/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
24/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
25/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
26/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
27/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
28/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
29/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
30/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
31/10/17		Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 17.150-6
Ortopedia e Traumatologia

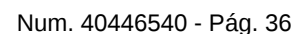
COMPREV
COMPANHIA PARANAENSE DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
10/03/2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

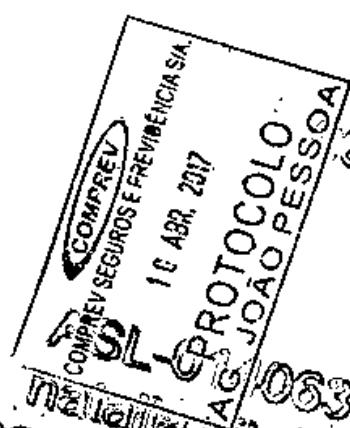


[illegible]

ANEXO II

SUS	Sistema Ministério Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA			
3 - CINES 2593262		4 - CINES 435111	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE JENIA DA SILVA MENEZES			
6 - DATA DE NASCIMENTO 03/10/91		7 - SEXO FEM	
8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 123456789		9 - Nº DO PRONTUÁRIO 746678	
10 - NOME DA MÃE MARIA ROSA DA SILVA		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 000	
12 - NOME DO RESPONSÁVEL JENIA DA SILVA MENEZES		13 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 000	
14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA JOÃO DE ALMEIDA, 123 - BARRA D'ÁGUA		15 - CID, ISEN MUNICÍPIO - 16 - UF - 17 - CEP 01000-000 - SP - 01000-000	
18 - Nº DO PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHI) 1119			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR ALTA			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 1119		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 1119	
22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 1119		23 - CID 10 PRINCIPAL 1119	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO 1119		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 1119	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 1119			
27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 1119		28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 1119	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 1119		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 1119	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 1119		32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 1119	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 1119		34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 1119	
35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO Fio de Kirschner 1,5 - 03.30.			
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE DR. JOÃO DE ALMEIDA			
37 - DOCUMENTO 1119		38 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 1119	
39 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/10/2017			
40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Ortopedia e Traumatologia TEQ 5803 / CRM 4309 Grupo de João - Artroscopia			
AUTORIZAÇÃO 41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR DR. JOÃO DE ALMEIDA			
42 - DOCUMENTO 1119		43 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 1119	
44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 1119			



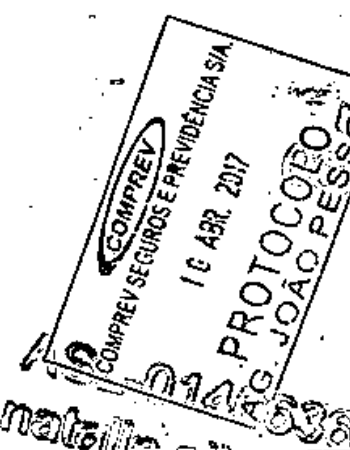
SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 2/2	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO							
50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)							
 ASL-0140636/17 natalia.silva.0111 3/06/2017 11:34:41 ASL-0140636/17 natalia							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
AUTORIZAÇÃO							
100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							



ANEXO II

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA						2 - CNES 2593262	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA						4 - CNES 2593262	
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE JÚLIO CESAR DA SILVA						6 - DATA DE NASCIMENTO 31/10/91	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 111111111111111111						8 - SEXO Masculino	
9 - NOME DA MÃE MARIA DA SILVA						10 - TELEFONE DE CONTATO 2593262	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL MARIA DA SILVA						12 - TELEFONE DE CONTATO 2593262	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA DA PAZ, Nº 123, BAIRRO NOVO						14 - TELEFONE DE CONTATO 2593262	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA COIMBRA						16 - UF GO	
17 - CID, BASE MUNICIPAL 001						18 - CID 001	
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 111111111111111111							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR ASL-01						22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 001	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA ASL-01						24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 001	
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL FIO DE KANDARI 1,5 - 03.37						26 - CID 10 PRINCIPAL 001	
27 - CID 10 SECUNDÁRIO 001						28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 001	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)							
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL ASL-01						30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 001	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE						32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 001	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL ASL-01						34 - CID 001	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL ASL-01						36 - CID 001	
37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL ASL-01						38 - CID 001	
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO FIO DE KANDARI 1,5 - 03.37							
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE SUELIO MOREIRA TORRES							
43 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10/03/2021						44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 111111111111111111	
45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 111111111111111111						46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 111111111111111111	
AUTORIZAÇÃO							
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR SUELIO MOREIRA TORRES						48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 001	
49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 111111111111111111						50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 10/03/2021	



SUS Sistema Único da Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 2/2	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO							
50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		52 - CTRB.	
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		55 - CTRB.	
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		58 - CTRB.	
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		61 - CTRB.	
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		64 - CTRB.	
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		67 - CTRB.	
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		70 - CTRB.	
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		73 - CTRB.	
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		76 - CTRB.	
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		79 - CTRB.	
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		82 - CTRB.	
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		85 - CTRB.	
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		88 - CTRB.	
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		91 - CTRB.	
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		94 - CTRB.	
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		97 - CTRB.	
98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)							
 ASL-01406336/17 natalia.silva.0111 06/2017 11:34:41 ASL-01406336/17 natalia							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							



Num. 40446540 - Pág. 41



CRUZ VERDE
CLÁSSICA

Nota de Sala Cirúrgica

HEE TSHL

Nome do Paciente: Operação da Glândula Níveles

Idade: 21 Sexo: M Contorno: Branco Enfermaria: 014 Leito: 014

Cirurgião: Dr. Roberto Anestesia: Block Anestesista: Dr. Roberto

Instrumentador: Dr. Roberto

Data: 05/10/13 Tempo Cirúrgico: 00 Anestesia: 00 Cirurgia: 00

Índice de Risco de Cirurgia - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

Gravidade da Contaminação: () Limpa () Contaminada () Infectada () Potencialmente Contaminada

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALPENTANIL		JELCO Nº 1		PRO CAT GUT CERMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº 2		PRO CAT GUT CERMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº 3		PRO DE ACO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº 4		PRO DE ACO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		PRO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº 11		PRO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº 12		PRO POLIGLACTINA Nº	
PENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº 13		PRO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº 14		PRO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATÓMICO		PRO POLIPROPILENO Nº	
LEVORUPIVACAÍNA 0,50		LÂMINA DE ENCORTO		PRO POLIPROPILENO Nº	
LEVORUPIVACAÍNA 0,75		LUA DE PROCEDIMENTO PAR		PRO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCADNA 0,50		AGULHA 15X4,3		PRO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCADNA 0,75		AGULHA 25X07		PRO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08		PRO POLIPROPILENO Nº	
MORFINA		AGULHA 40X11		PRO POLIPROPILENO Nº	
NEBULIN		AGULHA VERIDURAL Nº 16		PRO POLIPROPILENO Nº	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº 17		PRO POLIPROPILENO Nº	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº 18		PRO POLIPROPILENO Nº	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº 20		PRO POLIPROPILENO Nº	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUI Nº 20		PRO POLIPROPILENO Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº 22		PRO POLIPROPILENO Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTÓPÉDICO		PRO POLIPROPILENO Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		PRO POLIPROPILENO Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		PRO POLIPROPILENO Nº	
		BOLSA Nº COLOSTOMIA		PRO POLIPROPILENO Nº	
ADRENALINA		CÂNULA Nº TRAQUEOSTOMIA Nº		PRO POLIPROPILENO Nº	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRO POLIPROPILENO Nº	
ATROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL Nº		PRO POLIPROPILENO Nº	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº 16		PRO POLIPROPILENO Nº	
CEFALOSOLINA		CATETER EPIDURAL Nº 17		PRO POLIPROPILENO Nº	
DICLANETASONA		CATETER EPIDURAL Nº 18		PRO POLIPROPILENO Nº	
DIPRIMA SÓDICA		CERA PARA OSO		PRO POLIPROPILENO Nº	
ETEDRONA		COLET. URENA FECHADO		PRO POLIPROPILENO Nº	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PRO POLIPROPILENO Nº	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PRO POLIPROPILENO Nº	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PRO POLIPROPILENO Nº	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PRO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCADNA GELIA		ELETRODOS		PRO POLIPROPILENO Nº	
ONDASENTRONA		ESTRUT. TRANSF. SANGUE		PRO POLIPROPILENO Nº	
PLASBOL		ESTRUT. TRANSF. SANGUE		PRO POLIPROPILENO Nº	
PROSTIMIDE		ESTRUT. TRANSF. SANGUE		PRO POLIPROPILENO Nº	
PROTAMIDA		ESTRUT. TRANSF. SANGUE		PRO POLIPROPILENO Nº	
TEMOXICAN		ESTRUT. TRANSF. SANGUE		PRO POLIPROPILENO Nº	

Equipamentos:

- () BISTURI ELÉTRICO
- () CAPNÓGRAFO
- () CARDIOMONITOR
- () DESFIBRILADOR
- () FOCO AUXILIAR
- () FOCO CENTRAL
- () MICROSCÓPIO
- () OXÍMETRO DE PULSO
- () SERRA

SINGLASCR-021-1

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA		FICHA DE ANESTESIA	
DATA: 05/10/17	PACIENTE: NATÁLIA SILVA MARIANO	SEXO: F	COR: BR
HOSPITAL: H. ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA	CATEGORIA: SUS	ACOMODACÃO: 112	ENDEREÇO DO PACIENTE: FONE: 30417
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80	PULSO: 100	RESPIRAÇÃO: 18	TEMPERATURA: 36,5
ESTADO GERAL: BOM	MAU	PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO: BOM
EXAMES COMPLEMENTARES: JPM			
AP. RESPIRATÓRIO: ON	AP. CIRCULATÓRIO: ON	DROGAS EM USO: JPM	
AP. DIGESTIVO: ESTOMAGO CHEIO	ESTADO MENTAL: ORIENTADO	ESTADO FÍSICO (ASA): I	
PRÉ-ANESTÉSICO: DOSE/HORA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE 4º DEDO DA MÃO D.	CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXP. 4º	
CIRURGIÃO: DR. OSMIR	AUXILIARES: JPM	INÍCIO DA ANESTESIA: 00:15	
GO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE OX: 4,34	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 90 min.	
RESIST. DR. NATÁLIA MARIANO	CPF: 264171364-84	CRM PB: 2589	
AGENTE: JPM	01:00	02:00	
SETORIZAÇÃO: P. ARTERIAL, S.C.G., OX. PULSO ANESTESIA GERAL: ☒ RAQUIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOC. PLEXO: ☒ BLOC. NERVOS: ☐ TÉCNICA: BLOQUEIO DE 2º, 3º, 4º, 5º DEDOS DA MÃO D. LÍQUIDOS: VOLUME EM ML: 200 GLICOSE: 100 NACL: 1 SANGUE: 3 RINGER: 4 TOTAL: 5 DESTINO DO PACIENTE: APT: ☐ ENFERM.: ☐ OUT.: ☐ RESIDÊNCIA: ☐ OUTROS: ☐ ASSINATURA DO ANESTESISTA: _____			



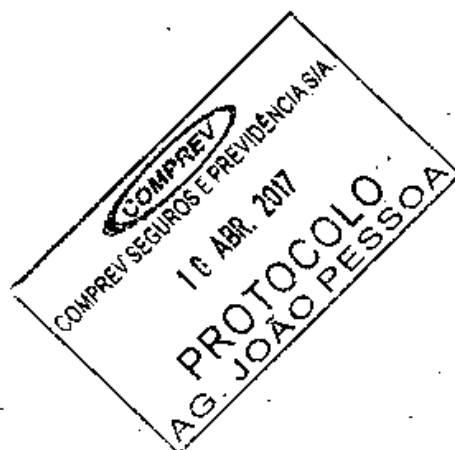


VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
RESERVA GERAL	3.436.331 - 2 VIA
NOME	JOÃO DA SILVA MEIRELES
DATA DE NASCIMENTO	24/10/2014
PAIS DE ORIGEM	BRASIL
NATURALIDADE	PARAÍBA
DATA DE NASCIMENTO	31/10/1991
LOCAL DE NASCIMENTO	JOÃO PESSOA - PB
CPF	082.190.494-06
ASSINATURA DO DETENTOR	

Entrada

18/11/14

DOCUMENTO 5 *T5*





SL-014063
Italia.silva.0
2017 11

DOCUMENTO 5
06/06/2017 11:34:44

ASL-0140836/17
natalia.silva.0111
08/08/2017 11:34:44

ASL-0140636/17
natalia.silva.0111
06/06/2017 11:34:44

17:34:44

7a

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

10 ABR 2017

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

417

0111

17:34:44



Abstract

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 APR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

[illegible]

COMPREV
COMPREV-SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

10-ABR-2017 0636
PROTOCOLO
AGUADA PESSOA

COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
AS 120170536/17
PROTOCOLO
AG 120170536/17

120

177

77

128

177

77

120

[illegible]



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE/DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JUNIOR DA SILVA MEIRELES
DATA DO ACIDENTE 10/11/2014 CPF DA VITIMA 092.190.494-06
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JUNIOR DA SILVA MEIRELES
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É JUNIOR DA SILVA MEIRELES.
ENDERECO DO PORTADOR Rua Severino José do Nascimento
Nº 157 COMPLEMENTO BAIRRO ROGER
CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58020-395
E-MAIL TELEFONE (83) 99921-9283

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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)

DOCUMENTO 7 *T76*



OBS: SE PRESENTANTE FOR MENOR DE 18 ANOS, PRECISA SER ASSINADO POR SEU PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - 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, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRABANHISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

POSTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/03/2017

Nº 3436-331

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA VITIMA

DATA 20/03/2017

Nº 3436-331

ASSINATURA Suelio Moreira Torres ASSINATURA



Seguradora LIDER DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE (DAMS)

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JÚNIORA DA SILVA MEIRELES

DATA DO ACIDENTE 28/03/2017 CPF DA VITIMA 092.140.499-06

PORTADOR DO DOCUMENTO SÔNIO DA SILVA MEIRELES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL (CUID PARANTESCO COM A VITIMA E SÔNIO DA SILVA MEIRELES)

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Severino José do Nascimento

Nº 157 COMPLETANDO 157 BARRO Rodv

CIDADE JOÃO PESSOA/PB UF PB CEP 58020-395

TELEFONE (83) 99921-9283

E-MAIL joao.pessoa@pb.gov.br

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXERCIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATUA DEFINITIVA)
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE HABILITAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais 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 CERTIDÃO DE TRABALHO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

OBS: SE PRESENTAR A CARTA QUEM REPR. SÊNTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXERCIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUILIBRIO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, OUTRINAS E OUTRAS NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, HARMONIZADAS NO RESPECTIVO RECEBUEIRO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE HABILITAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais 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 CERTIDÃO DE TRABALHO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPE 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: SE PRESENTAR A CARTA QUEM REPR. SÊNTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 11.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA L. 5.504/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).
- O PRATO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT.COM.BR OU LIGUE 0800 546 0800 022 1364.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 28/03/2017

DATA

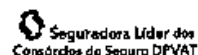
ASSINATURA Suelio Moreira Torres

ASSINATURA

ASSINATURA Suelio Moreira Torres

ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217459/17
Vítima: JUNIOR DA SILVA MEIRELES
CPF: 092.190.494-06

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/11/2014
Titular do CPF: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JUNIOR DA SILVA MEIRELES : 092.190.494-06

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.

Portador da documentação entregue

Data: 06/06/2017
Nome: JUNIOR DA SILVA MEIRELES
CPF : 092.190.494-06

JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 06/06/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 00119778420158152001

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendência, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

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



(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

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

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)”

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA AUSÊNCIA DE ASSINATURA NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Ocorre que, em detida análise do Boletim de Ocorrência verifica-se que não há qualquer assinatura do notificante.

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



Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA DA AUSÊNCIA DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial diante da ausência do boletim de atendimento médico.

Ressalta-se a importância da juntada dos documentos médicos já que é através deles que se confirmará a existência das lesões sofridas pela vítima, de modo que sua ausência impossibilita a apuração do nexo de causalidade.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados na exordial, bem como autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital onde foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA LESÃO APURADA NO LAUDO PERICIAL

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado judicialmente verba indenizatória DPVAT, cujo processo tramitou na 11ª VARA CÍVEL de JOÃO PESSOA/PB, sendo autuado sob o nº. **0008605-64.2014.815.2001**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 04/10/2013.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de MÃO ESQUERDA, **100%**, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.



DIANTE DO EXPOSTO, A IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO É A MEDIDA QUE SE IMPÕE.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 8 de março de 2021.

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 - 10/03/2021 12:24:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012243235800000038525081>
Número do documento: 21031012243235800000038525081

Num. 40446546 - Pág. 4