



28/07/2021

Número: **0002888-52.2016.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **23/05/2017**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Indenização por Dano Moral, Indenização por Dano Moral**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEUSDALIO DIAS (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46358247	28/07/2021 13:54	<a href="#">Petição</a>	Petição
46358801	28/07/2021 13:54	<a href="#">2754103_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
46358803	28/07/2021 13:54	<a href="#">2754103_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
2ª Superintendência Regional de Polícia  
13ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PICUI



## C E R T I D ã O

Nº.Cont.: 040/2014

**CERTIFICO**, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 02/2014, nele encontrei as folhas de N.º 02, o Registro n.º 040/2014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos 26 dias do mês de Junho do ano de 2014, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) Bel(ª). Dianni Regina de Barros Silva, Delegada de Polícia Civil, comigo, Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 15h30 horas, compareceu: **DEUSDALIO DIAS**, brasileiro, união estável, agricultor, natural de Picuí/PB, nascido aos 29/03/1985, filho(a) de Geraldo Luis Dias e Cicera Julia Dias, residente na Rua Manoel Dionisio da Silva, nº 9, Bairro Limeira, Picuí/PB, CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE. ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 23 de Janeiro de 2014, por volta das 10h e 30 min., o comunicante deslocava-se do Bairro Limeira para o centro da cidade e ao chegar de frente ao Colégio do Lordão passou em um quebra molas e perdeu o controle da moto que conduzia caindo ao solo; moto marca Honda CG 125 FAN KS, cor preta, placa OGE-7610-PB, chassi nº 9C2JC4110DR7110712; Que devido o acidente fraturou o pé esquerdo; Que o comunicante foi socorrido pela viatura da polícia para o Hospital Regional de Picuí em seguida foi transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes da cidade de Campina Grande/PB, conforme documentação em anexos; Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.

Picuí/PB, 26 de Junho de 2014.

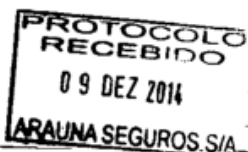
*Deusdalis Dias*  
COMUNICANTE:

*Cícero Fernandes de Araújo*  
CÍCERO FERNANDES DE ARAÚJO

TESTEMUNHA 1 RG nº 2.143.174- SSP/PB Rua Manoel Oliveira Chagas, S/nº, Bairro Limeira, Picuí/PB.

*Antônia Júlia dos Santos*  
ANTÔNIA JÚLIA DOS SANTOS

TESTEMUNHA 2 RG nº 1.516.049- SSP/PB Rua Bela Vista, nº 174, Bairro Limeira, Picuí/PB.



Delegacia Regional de Polícia Civil - Picuí - PB  
Rua Cel. Manoel Lucas, nº 02, Bairro Centro, CEP: 58.187-000 - Picuí - PB - Fone: (83) 3371-2324

01





(1)



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPrensaTRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3140114189 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DEUSDALIO DIAS

COBERTURA Invalidez




PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO DEUSDALIO DIAS

CPF/CNPJ: 01562023365

Posição em 22-09-2020 10:55:19

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/01/2015	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/LFqE2FzV88VGby8s7n6A3gapi_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OgzaC+DMqtPWejh+PPB3HkY=)
29/12/2014	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1B7k5s+P3D__MckjdACapi_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OgzaC+DMqtPWejh+PPB3HkY=)
12/12/2014	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/jiyor3ejWAI9hQLQd1e8api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OgzaC+DMqtPWejh+PPB3HkY=)

Chat





(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

### ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicadas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

### PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true>)

Chat

[www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true](https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true)

2/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2021 13:54:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072813545578100000044042346>

Número do documento: 21072813545578100000044042346

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)

Chat



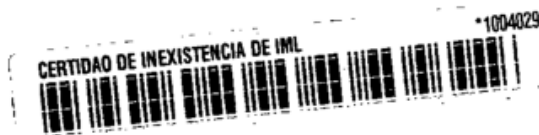
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Deusdolio Dias, portador da carteira de identidade nº 200.300.300.609 e inscrito no CPF/MF sob o nº 015620233-65, residente e domiciliado na Mamelonópolis da Silva, Cidade Picui, Estado PB, 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 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.



Deusdolio Dias

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Picui - PB, 03/09/14

Local e data



02



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140114189

**Cidade:** Picuí

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** DEUSDALIO DIAS

**Data do acidente:** 23/01/2014

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta não especificada do pé esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** Cicatriz cirúrgica em dorso do pé esquerdo de cerca de 3 cm. Sem déficit de movimentos. Sem lesão neurológica ou vascular. Sem queixas.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico sendo realizada limpeza e fixação das fraturas com dois fios de Kirschner intramedulares. Recebeu alta em 25/01/2014. Fez fisioterapia (2 sessões).

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 06/01/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Ricardo Amorim Guedes Filho

**CRM do médico:** 5628

**UF do CRM do médico:** PB

### DANOS

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

### PRESTADOR

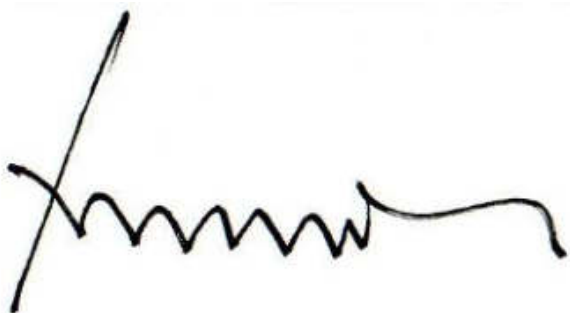
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**







ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUI  
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73  
Home Page: <http://picui.pb.gov.br>  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
C.N.P.J. 08.619.650/0001-21



PREFEITURA MUNICIPAL DE

**Picuí**

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o Senhor **DEUSDÁLIO DIAS**, brasileiro, portador do RG: 03808736810 – SSP-CE e CPF: 015.620.233-65, residente à Rua Manoel Dionísio da Silva, 09, Bairro Limeira, neste município, foi transferido para o Hospital de Trauma de Campina Grande no veículo da Secretaria Municipal de Saúde (modelo Ranger), no dia 23 de janeiro de 2014, após ter sofrido um acidente na Rua Getúlio Vargas, Centro, deste município, por não haver ambulância disponível no momento do ocorrido.

Picuí, 23 de junho de 2014.

  
**MARIA LUCIA DANTAS XAVIER**  
Secretária Municipal de Saúde



Rua: Galdino Pinheiro, 26 – Bairro: Centro/ CEP: 58 187 - 000 - Picuí - PB  
Fone/fax: (83) 3371-2374 – e-mail: [mpicui@estapiens@uol.com.br](mailto:mpicui@estapiens@uol.com.br)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **DEUSDALIO DIAS** Sinistro: **3140114189** Data: **23/01/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL DIONISIO DA SILVA, 9 - LIMEIRA - Picuí - PB - CEP 58187-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /CE** ] **2003003006099**

Data local do exame: [ **06/01/2015** ] **Campina Grande** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **Fratura exposta não especificada do pé esquerdo. Cicatriz cirúrgica em dorso do pé esquerdo de cerca de 3 cm. Sem déficit de movimentos. Sem lesão neurológica ou vascular. Sem queixas.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **Submetido a tratamento cirúrgico sendo realizada limpeza e fixação das fraturas com dois fios de Kirschner intramedulares. Recebeu alta em 25/01/2014. Fez fisioterapia (2 sessões).**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ ] Sim [ **X** ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( **X** ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

  
Ricardo Amorim Guedes Filho - CRM: 5628 - PB

Ricardo Amorim Guedes Filho - CRM: 5628 - PB



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Deusdalis Dias

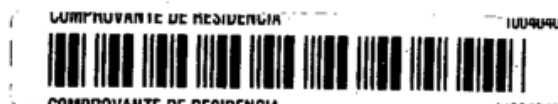
RG nº 2003003006099 data de expedição 26/01/2011 Órgão  
SSP-CE, CPF nº 015620233-65, venho perante a este  
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em  
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo  
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Manoel Dionísio da Silva</u>
Número	<u>nº 9</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Limeira</u>
Cidade	<u>Picuí</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58197-000</u>
Telefone de Contato	<u>83) 3371-2274/ 9912-5490/ 9104-9190/ 8852-4690</u>
E-mail	<u>nilotdantas@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí - PB, 03/09/14

Assinatura do Declarante: Deusdalis Dias

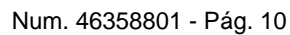


23



PROTOKOLO  
RECERINO  
11-DEZ-2014  
COMUNICADORA

24



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3140114189

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DEUSDALIO DIAS

Data do acidente: 23/01/2014

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PÉ 50%

Documentos complementares:

Observações:

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50%	25 %	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140114189 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEUSDALIO DIAS **Data do acidente:** 23/01/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta não especificada do pé esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** Cicatriz cirúrgica em dorso do pé esquerdo de cerca de 3 cm. Sem déficit de movimentos. Sem lesão neurológica ou vascular. Sem queixas.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico sendo realizada limpeza e fixação das fraturas com dois fios de Kirschner intramedulares. Recebeu alta em 25/01/2014. Fez fisioterapia (2 sessões).

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 06/01/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Ricardo Amorim Guedes Filho

**CRM do médico:** 5628

**UF do CRM do médico:** PB

### DANOS

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

### PRESTADOR

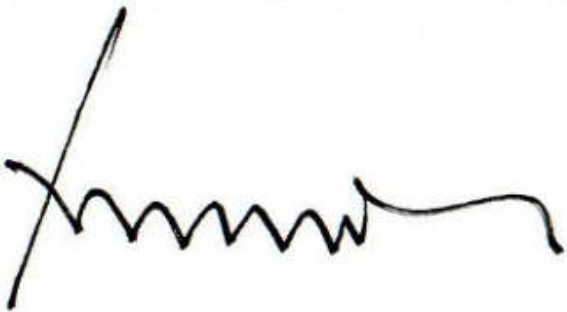
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5906213

A/C: DEUSDALIO DIAS

Sinistro: 3140114189  
Vitima: DEUSDALIO DIAS  
Data Acidente: 23/01/2014  
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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00929/00930 - carta\_01



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5971928

A/C: DEUSDALIO DIAS

Sinistro: 3140114189  
Vítima: DEUSDALIO DIAS  
Data Acidente: 23/01/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**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!


Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00717/00718 - carta\_02







SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DA UNIDADE: 0022671

CNPJ/CPF: 08.778.286/0001-60

NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

END.: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4290 - MALVINAS

MUNICÍPIO: CAMARÁ - PERNAMBUCO

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

DEUSDALIO DIAS

PACIENTE:

MASCULINO

28 8

NOME: AGRICULTOR LEI

SEXO: 6020897421009085

PROFISSIONAL(A) ATUANTE

DOCUMENTO: 2. FURIAL

END.: PICHU

PB

BAIRRO:

MUNICÍPIO: 23-11-014

ESTADO: 43

CEP: 22114-0

DATA ATENDIMENTO: 23-11-014

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 231140

RAÇA / COR:

( ) 1 - BRANCA

( ) 2 - PRETA

( ) 3 - PARDA

( ) 4 - AMARELA

( ) 5 - INDÍGENA

( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Taxa de vida - contendo para o futuro

24h

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Diver. 200 gr 20 000.

2. 250 gr. 100 gr 10 000.

3. 250 gr. 100 gr 10 000.

4. 250 gr. 100 gr 10 000.

5. 250 gr. 100 gr 10 000.

DIAGNÓSTICO / CID:

1. 250 gr. 100 gr 10 000.

2. 250 gr. 100 gr 10 000.

3. 250 gr. 100 gr 10 000.

4. 250 gr. 100 gr 10 000.

5. 250 gr. 100 gr 10 000.

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

NATUREZA DA CONSULTA

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

01 - URGÊNCIA:

02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

QBO

IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

PROTÓTIPO

11 DEZ 2014



MEDICO ASSISTENTE / CRM

DATA: 25 / 01 / 2014

RECIBO  
2014/01/25  
MEDICO  
SUELIO MOREIRA TORRES

540,9 - 3 anos  
1400 - 1 ano  
1500 - 1 ano

Presença e interpretação

CONDIÇÃO: de saúde e ausência de sintomas

EXAMES REALIZADOS:

segundo

em um teste de gravidez 4.8 por

H.D.A. exames de sangue e urina

PROFISSÃO: Agente de saúde

CIDADE: Picuí

ENDEREÇO: Sítio Guaratã

DATA DE NASCIMENTO: 29 / 03 / 1985

SEXO: masculino

DOCUMENTO Nº: 800303

IDADE: 38 anos

NOME: Osmundo dos

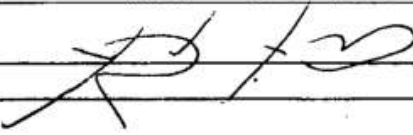
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI "Felipe Tiago Gomes"



50



MOD. 002		DATA: 24/07/2024		HORA DA SOLICITAÇÃO:		Carimbo e Assinatura do Médico	
URGÊNCIA <input type="checkbox"/>		ROTINA <input type="checkbox"/>					
EXAMES SOLICITADOS: RX do joelho AP e Oblíquo <i>segundo</i>							
MATERIAL A EXAMINAR:							
DADOS CLÍNICOS: Fratura de metacarpo (3º metacarpo - 2º dedo)							
IDADE:		SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A		PESO:	
ALTURA:		CLÍNICA:		ENF: 6		LEITO: 3	
NOME: D E V S D A L I O		PRONTUÁRIO: 517					
GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			
REQUISICIONAMENTO		REQUISICIONAMENTO DE EXAMES					



GOVERNO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISICÃO DE EXAMES	
NOME: D E S D A L I C		PRONTUÁRIO: 419	
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR: A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	PESO: ALTURA: CLÍNICA: ENF: LEITO:
DADOS CLÍNICOS:			
MATERIAL A EXAMINAR:			
EXAMES SOLICITADOS: <i>ex - pr e ac / obliqua</i>			
URGENCIA <input type="checkbox"/>		HORA DA SOLICITAÇÃO: <i>23/07/14</i>	
Carimbo e Assinatura do Médico		<i>[Assinatura]</i>	





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANDALAO Blog

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

218.627

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

161017019191912110101916

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/03/85

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Luciana Silva Dias

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

St. Cristóvão

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picui

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

175818101010

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor abdominal e náusea

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença aguda

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença aguda de intestino

21 - CID 10 PRINCIPAL

592.3

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Doença aguda de intestino

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0498050462

26 - CLÍNICA

021-

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0341216181015

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/11/2014

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Alexandre CRIM

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PROTÓCOLO RECEBIDO  
11 DEZ 2014  
JEM REGULADORA

MOD. 009



## Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	VERONICA D.A.S
----------	----------------

**Alojamento**

Leito

3

**Convênio**

۱۷۱

<b>Data</b>
07/10/20

**Prescrição Médica**

**Horário**

### Evolução Médica

2981197 2410 511 157

(2) 1776 - 500 - 21/21 City  
(3) 1787 - 200 - 21/21 City

Oct 9, 1911

11/11/2021/4:51 PM

Edmund Booth

4) Explain if it is

67.7 Mm 70.9 Mm 72.1 Mm

17 April

27011520

18) ~~Don't~~ Don't

Dear Will

2996 2996

*D. J. [Signature]*

**Café Albeiro**  
Café - P.B.  
5792

[illegible][illegible]

•

--	--

[illegible]

--	--

MON 02E	
---------	--

MOD. 035

2000

08

to Signate & Middelburg

PROTOCOLLO  
REFERENDARIO

11 DEZ 2014

11 DEZ 2011  
F M REGULADORA

Nome do Paciente <i>Durvalino Dias</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>23/11/14</i>	Enf.		Leito
Operador <i>Dr. Edimar</i>		1.º Auxiliar <i>Dr. Jonh</i>	
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia <i>Bl. Durgo</i>	Tipo de Anestesia <i>Roguei</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Ext. esquerda 3' a 4' metatars</i>			
Tipo de Operação <i>Exocip. ca. fo K entomodela</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>9</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>9</i>			
Acidente Durante a Operação <i>9</i>			

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

Desenho basal  
Ampliação e conformação T Corporal  
Ligadura e sutura com ST  
Radiação e f. radiação dos potes com 2 pa K N° 2 interdentado  
Sutura de pele  
Gentileza  
Tob. lista

1

PROTÓCOLO  
CERINHO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PROTOCOLO  
RECIBIDO  
11 DEZ 2014  
F.M. REGULADORA





SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

<b>HUECG</b>		<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIS GONZAGA FERNANDES</b>			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME: <i>Desidério Dias</i>				IDADE: <i>28</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i>B</i>
DATA: <i>23.1.14</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura exposta pé E</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO		

AGENTE ANESTÉSICO	LÍQUIDOS	CÓDIGOS VP. ARTERIAL - O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	<p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</p> <p>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p><i>N.A.</i></p> <p>ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____</p> <p>Não, por quê?: _____</p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: _____</p> <p>Obstr.: _____ CO<sub>2</sub>: _____ Excit.: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Com cânula: _____</p> <p>Paro o leito: Sim _____ Não _____</p> <p>CONDIÇÕES:</p>
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				
POSIÇÃO				
AGENTES				
TÉCNICA				
OPERAÇÃO				
CIRURGIÕES				
ANESTESISTAS				
OBSERVAÇÕES				

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

PERDA SANGÜÍNEA

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB







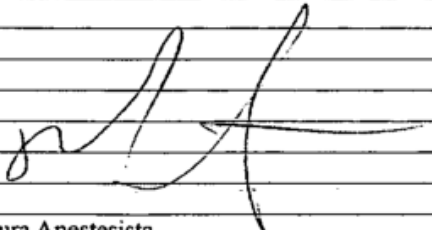
**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes**

## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Demetrio Dias</u>	Idade: <u>28</u>
Convênio: <u>Sus</u>	Data: <u>23/01/14</u>
Procedimento: <u>Redução cirurgica e/ fixação de fratura de pé eq.</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Gudiman</u>	Auxiliar: <u></u>
	Anestesista: <u>Dr. Aluisio</u>
Início: <u>15:00</u>	Término: <u>16:00</u>
	Anestesia: <u>Raque</u>

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante

Assinatura Anestesista

**Circulante**

## Relatório de Operação





GOVERNO  
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes


**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
(Critérios para altas da SRPA)

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		

Assinatura do anestesista



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		Dias		DN 29-03-85	
QI	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		SUS	28	1077967	
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
Red. cirurg. e fixação		Dr. Budiman/URL Joub			
ANESTESIA		ANESTESIA			
Rafael		De Afuzia			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
Thiago		22-01-14	15:00	16:00	
<div style="text-align: right;">  <p>GOVERNO DA PARAÍBA</p> <p>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</p> <p>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes</p> </div>					
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxi.		Catgut Cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. de Urinar Sist. Fech.		Catgut Cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut Cromado Sertix
01	Dimorf amp. 0,2		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
01	Fegtanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inoval ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
01	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina 5 % ml		Equipo de Microgotas		Ethibond
	Nubahim amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.		Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protosido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Queficon ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila Cardíaca
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	01	Mononylon 2-0
	Thionembital ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrüm amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
02	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Fiebo cortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Garamicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		T.C. Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Polifex		
	Haemacel ml.		PVPI Degermante ml		
	Heparina ml.		PVPI Tópico ml.		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco Coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Metrodinazol.		Seringa Desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa Desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Protamina		Seringa Desc. 5 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuptanon amp.		Sonda Foley		
02	Cefazolin		Sonda Nasogátrica	02	
01	Fomepizol		Sonda Uretral nº		
02	Fomepizol		Steridrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
01	Agulha desc. 25x2		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Latesa		
01	Agulha desc. 3 x 4,5		Eletrólito		
01	Agulha p/ Raque nº				
	Alcool da Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
01	Ataduras de Crepon				
02	Ataduras de Gaseada				
	Azul Metileno amp.				
	Benzina ml				
				<p>ORTOSE E PRÓTESE</p>	
				<p>EQUIPAMENTOS</p>	
				<p>(X) Oxímetro de Pulso ( ) Foco Auxiliar</p> <p>( ) Serra ( ) Eletrocautério</p> <p>( ) Desfibrilador ( ) Oxímetro</p> <p>(X) Foco Frontal (X) Cardiomonitor</p> <p>( ) Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico</p>	
				<p>CIRCUITANTE RESPONSÁVEL</p> <p><i>Adalberto</i></p>	

MOD. 066

Diagnóstico

15

Folha de Tratamento e Evolução

Evolução de medicação

Paciente) Davidson Dias Alojamento) 6 Leito) 3 Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/07/14	<p>1) Dado limo</p> <p>2) SC Sin. 500 - L, EV, 12h</p> <p>3) ST 0,9% 500 - L, EV, 12h</p> <p>4) Kefzol 1g, EV, 8/18h</p> <p>5) Difenidramina 1g, EV, 6/6h</p> <p>6) Tetraciclina 200mg, EV, 12/12h</p> <p>7) Omeprazol 40mg, EV, 1x/dia</p> <p>8) SS VV + CCEG</p>	<p>12</p> <p>14</p> <p>18</p> <p>20</p> <p>22</p> <p>24</p> <p>26</p> <p>28</p> <p>30</p> <p>31</p> <p>01</p> <p>02</p> <p>03</p> <p>04</p> <p>05</p> <p>06</p> <p>07</p> <p>08</p> <p>09</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p> <p>25</p> <p>26</p> <p>27</p> <p>28</p> <p>29</p> <p>30</p> <p>31</p> <p>01</p> <p>02</p> <p>03</p> <p>04</p> <p>05</p> <p>06</p> <p>07</p> <p>08</p> <p>09</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p> <p>25</p> <p>26</p> <p>27</p> <p>28</p> <p>29</p> <p>30</p> <p>31</p>	<p>Secretaria de Saúde</p> <p>Ass. Vera</p> <p>Botina L. da</p> <p>St. da</p> <p>Dr. GUSTAVO RIBEIRO DA SILVA MEDICO CRM 3335</p> <p>Dr. GUSTAVO RIBEIRO DA SILVA MEDICO CRM 3335</p>



## Folha de Tratamento e Evolução

1. nature of motivation

Paciente) <i>Pedro Luis Dias</i>	Alojamento	6	Letto	3	Convênio
----------------------------------	------------	---	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/01/14	<p>① DILU Lmo</p> <p>② SG 5% 500-L, EV, 2-24h</p> <p>③ Dióxido 0.1E41A D, EV, 6/6h</p> <p>④ TILU 20-21A, EV, 12/12h</p> <p>⑤ SF 0.9% 500-L, EV, 2-24h</p> <p>⑥ Kupro 1g, EV, 8/8h</p> <p>⑦ Oxypro 40-4g, EV, 1x dia</p> <p>⑧ SSV + CC GG</p>	<p>12</p> <p>12 18 24 06</p> <p>12 24</p> <p>24</p> <p>24 06</p> <p>06</p> <p>Atenção</p>	<p>25/01/14 Ontem</p> <p>Paciente sob os 1<sup>os</sup> e 2<sup>os</sup> exames de laboratório, com boa evolução da quimioterapia. Esgotação metabólica sob os 1<sup>os</sup>.</p> <p>Refeição adequada e hidratado, acordando, bem como a aplicação de Tg e 1<sup>o</sup> exame.</p> <p>Dr. Alberto Mendonça</p>



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma na Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Ficha de Acolhimento

Nome:	Demetrio Wias		
End.:	Sítio Gravata	Bairro:	Z. Rural
Data de Nascimento:	29/03/1985	Documento de Identificação:	Picui - PB
Queixa:	Ac. mão	Data do Atend.:	23/01/14
		Hora:	13:15
		Documento:	

Classificação de Risco *Fome 9957-8452*

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo ( ) Fácies de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: ( ) Livre <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas ( ) Maca	

Estratificação *infante*

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| ( ) Vermelho - atendimento imediato                                 | ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verde - atendimento até 4 horas | ( ) Azul - atendimento ambulatorial  |

*Assinatura*  
Assinatura e carimbo do profissional

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
11 DEZ 2014  
F. M. REGULADOR

18



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6087479

A/C: DEUSDALIO DIAS

Sinistro: 3140114189  
Vítima: DEUSDALIO DIAS  
Data Acidente: 23/01/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00313/00314 - carta\_04







INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO	
<p>JOSE MARCIO JUL</p> <p>2013</p> <p>OGE7610</p> <p>PASSA / MOTOCICLET</p> <p>HONDA/CG 125 FAN KS</p> <p>GASOLINA</p> <p>2012 2013</p> <p>PARTICULAR PRETA</p> <p>31/10/2014</p> <p>CUITE</p> <p>08/12/2014</p>	<p><b>OGE7610</b></p> <p><a href="#">Imprimir Consulta</a></p> <p>Último Licenciamento: 2013</p> <p>Proprietário: JOSE MARCIO JUL</p> <p>Placa: OGE7610</p> <p>Combustível: GASOLINA</p> <p>Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS</p> <p>Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET</p> <p>Ano de Fabricação: 2012</p> <p>Ano Modelo: 2013</p> <p>Categoria: PARTICULAR</p> <p>Cor Predominante: PRETA</p> <p>Vencimento Licenciamento: 31/10/2014</p> <p>Observação:</p> <p>Restrição:</p> <p>Financeira:</p> <p>Município: CUI TE</p> <p>Situação: EM CIRCULACAO</p> <p>Data da Consulta: 08/12/2014</p>

UUI

1004032



PROTOCOLO  
11-DEZ-2014  
REGULADORA

20

08/12/2014 16:09



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, Deusdolio Dias  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2003003006099 EXPEDIDO POR SSR/GE EM 20/01/2011 E  
 CPF 015620233-65 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Agricultor  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Deusdolio Dias, 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da FAZENDA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTE:** 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 cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

## 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, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0048 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 03294-0

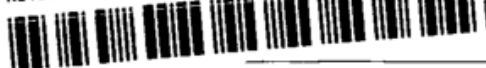
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Picui-SP 01 de 12 de 14 Deusdolio Dias  
 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 pagamento na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez e tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,0
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



\*1004039\*

o vigente  
do com a  
204.





AUTO-ATENDIMENTO - AG. PICUI

DATA: 15/09/2014

HORA: 17:33:45

TERMINAL: 49161005

CONTROLE: 491610050164

CONTA CREDITADA:

NOME:

DEUSDALIO DIAS

0048.013.00023294-0





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PICUI/PB**

Processo n.º 00028885220168150271

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **DEUSDALIO DIAS**, 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:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexos de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexos causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexos entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

**PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXOS DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.**

**Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços**



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

PICUI, 26 de julho de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

