



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
46358 247	28/07/2021 13:54	<u>Petição</u>	Petição
46358 801	28/07/2021 13:54	<u>2754103_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
46358 803	28/07/2021 13:54	<u>2754103_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2021 13:54:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072813545485600000044042343>
Número do documento: 21072813545485600000044042343

Num. 46358247 - Pág. 1

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 PICUÍ



C E R T I D Ó 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(®). 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 ESTÁ 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 anexo; Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.

Picuí/PB, 26 de Junho de 2014.

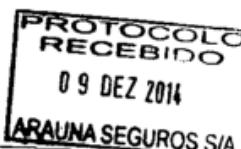
Deusdálio Dias
COMUNICANTE:

Cícero Fernandes de Araújo
CICERO FERNANDES DE ARAÚJO

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

Antonia Júlia dos Santos
ANTONIA 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



()



Buscar no site



A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE 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 contando 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	Download
29/12/2014	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	Download
12/12/2014	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	Download

[Chat](#)


Serviços

- › Acompanhe seu Processo ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))
- › Consulta a Pagamentos ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.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, Deusdália Dias, portador da carteira de identidade nº 200300300609 e inscrito no CPF/MF sob o nº 015620233-65, residente e domiciliado na Manoel Brônisio da Silva, Cidade Picuí, 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.



Deusdália Dias

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Picuí-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 Cicatriz cirúrgica em dorso do pé esquerdo de cerca de 3 cm. Sem déficit de movimentos. Sem lesão neurológica ou **médico pericial:** 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 PICUÍ
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



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

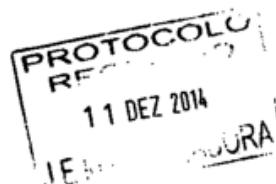


DECLARAÇÃO

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 Limeirá, 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 LÚCIA 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.set.apleng@uol.com.br



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

Num. 46358801 - Pág. 7

**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



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

Num. 46358801 - Pág. 8

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Suelio Dias

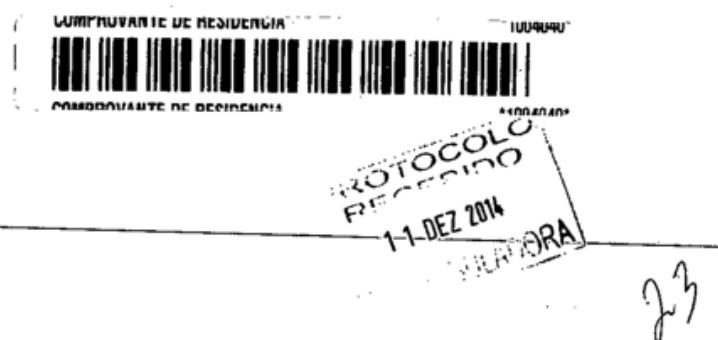
RG nº 2003003006099 data de expedição 26/01/2011 Órgão
SSP-CE, CPF nº 055620233-65, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<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: Suelio Dias



**PROTÓCOLO
REFRIDO**
11 DEZ 2014
CARTIFEGULADORA



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 Cicatriz cirúrgica em dorso do pé esquerdo de cerca de 3 cm. Sem déficit de movimentos. Sem lesão neurológica ou **médico pericial:** 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, 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, 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 inicio 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



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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

AZA DA CONSULTA

*10040

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

Num. 46358801 - Pág. 15

MÉDICO ASSISTENTE / CRM

DATA: 25/11/2014

União - São Paulo
Trabalho - São Paulo
São Paulo - São Paulo

Residência e trabalho

CONDUTA: Normal + mentira

EXAMES REALIZADOS:

Exame de sangue

Exame de urina

Exame de sangue

HDA

ESTADO CIVIL

PROFESSÃO: Administrador

CEP: 58030-000

CIDADE: Porto Alegre

ENDERECO: S/ N° Guarujá

DATA DE NASCIMENTO: 09/103/1985

SEXO: Masculino

DOCUMENTO N°: 9003M3

DATA: 98/AMOS

NOME: Suelio Moreira Torres

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

HOSPITAL REGIONAL DE PICU "Felicídio Tavares Góes"

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ESTADO DA PARAÍBA

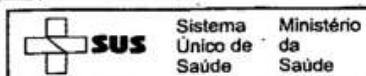
05



REQUISITOS DA PARCERIA		SECRETERIA DE ESTADO DA SAÚDE		HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA Dom Luiz GONZAGA FERNANDES	
NOME:		SEXO:		IDADE:	
DEUSDALIO DIAS		COR:		51/4	
PRONTUARIO:		PESO:		CLINICA:	
51/4		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> ENE:		LEITO:	
DADOS CLÍNICOS:					
Frotura de metatarso (pele operada - control)					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS:					
RX de pélvis e ofláquio					
URGÊNCIA <input type="checkbox"/> ROTINA <input type="checkbox"/>					
DATA: 24/07/2014					
Carimbo e Assinatura do Médico					







Sistema
Único de
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
Eduardo Elias

6 - N° DO PRONTUÁRIO
218-627

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
N6101891Y1912110101916

8 - DATA DE NASCIMENTO
29/03/85

9 - SEXO
Masculino [] Fem []

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Eucera Leila Elias

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Sítio Cachoeira

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Picuí 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF
P 17351811870000 16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dor de fêmur e no pé

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Agudo na perna

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

Exame de tutano

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

592.3

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tração de fémur e tutano 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0908050462

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

021-

02

() CNS () CPF

0341214619015

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

23/11/2014

Dr. Alvaro

CRM 144

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOD. 009

*PROTÓCOLO
RECEBIDO
11 DEZ 2014
JEM REGULADORA*





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Folha de Tratamento e Evolução

16.12.2021

Nº

Diagnóstico

09

218.627

Paciente) VENDRUE DAS

Alojamento) Leito) 6 Convênio) 3

Data Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

23/11/2021 Medo oral severo

14:

Medo oral severo

Protocolo

11/12/2021

PROTÓCOLO

REF.

DR. JOSÉ RICARDO

CRM-PB

5.03

23/11/2021

Medo oral severo

14:

Medo oral severo

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente <i>José Lemos</i>		Nº Prontário
Data da Operação 23/11/14	Enf.	Leito
Operador <i>D. Edmara</i>	1.º Auxiliar <i>D. Jonath</i>	
2.º Auxiliar <i>M</i>	3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <i>BL. Mariza</i>	Tipo de Anestesia <i>Rogel</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fistula recto-uterina</i>		
Tipo de Operação <i>Exérise com feto K enhombrada</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>9</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>0</i>		
Acidente Durante a Operação <i>0</i>		

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Direita lateral
Anatomia: con hiperemia + coagula.
Língua vermelha com SF.
Radiação: f. resto das fraturas com 2 fm K n°2 imobilizadas.
Sutura de pélvica
Centro
Tela dura

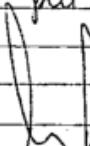


FOTO COLO
Scaino

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

**PROTOCOLO
FCCRPINO
11 DEZ 2014
F.M REGULADORA**



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

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

AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂	INDUÇÃO	
		Satisf.: _____	Excit.: _____
LÍQUIDOS		Laringo espasmo: _____	Tosse: _____
		Náuseas: _____	Vômitos: _____
CÓDIGOS VP. ARTERIAIS - O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	260	MANUTENÇÃO	
	240	<i>At. At</i>	
	220		
	200		
	180		
	160		
	140		
	120		
	100		
	80		
	60		
	40		
	20		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê?: _____		
POSIÇÃO	DESPERTAR		
AGENTES	Reflexos na SO: _____		
TÉCNICA	Obstr.: _____ CO ₂ : _____ Excit.: _____		
OPERAÇÃO	Náuseas: _____ Vômitos: _____		
CIRURGIÕES	Outros: _____		
ANESTESISTAS	Com cânula: Para o leito: Sim. _____ Não _____		
OBSERVAÇÕES	CONDIÇÕES:		
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS		PERDA SANGUÍNEA	

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

11



Secretaria de Estado da Saúde

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Durvalo Dias Idade: 28
Convênio: SUS Data: 23/01/14
Procedimento: Redução cirúrgica e fixação de fratura de
pé esq.
Cirurgião: Dr. Gudimay Auxiliar: Anestesista: Dr. Mário
Inicio: 15:00 Término: 16:00 Anestesia: Rágis

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

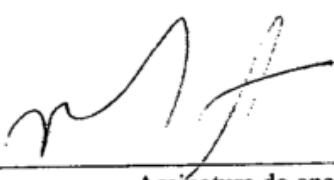




Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
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 02 < 90 com oxigênio = 0		
Sat 02 > 90 com oxigênio = 1		
Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		


Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Deusdálio Dias DN 29-03-85					GOVERNO DA PARAÍBA	
QI	LEITO	CONVÉNIO SUS	IDADE 28	REGISTRO 1077967	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
CIRURGIA	Red. limps e fixos		CIRURGÃO Dr. Buidinau/MRJ fourth			
ANESTESIA	Ravum		ANESTESIA DE Afiniz			
INSTRUMENTADORA	DATA 22-01-14	INÍCIO 15:00	FIM 16:00			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostofha	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
01	Adrenalina amp.	01	Catet. p/ Cxg.	Catgut Cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet. do Urinar Sist. Fech.	Catgut Cromado Sertix		
	Diazepam amp.	05	Compressa Grande	Catgut Cromado Sertix		
	Dimor. amp.	02	Compressa Pequena	Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Cotonóide	Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno	Catgut Simples Sertix		
	Fenégam amp.		Dreno Kerr n°	Catgut Simples Sertix		
	Fentanyl ml		Dreno Penrose n°	Cera p/ osso		
	Inoval ml		Dreno Pezzer n°	Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond		
	Mercalma 5 % ml	01	Equipo de Microgotas	Ethibond		
	Nubahim amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.	015	Espadrapo Larco cm	Fio de Algodão Sutupak		
	Protoxido l/m		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml	04	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fita Cardíaca		
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	Mononylon 2-0		
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Serfix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23	Prolene Serfix		
02	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11	Prolene Serfix		
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15	Prolene Serfix		
	Dipirona amp.		Luvas 7.0	Vicryl Serfix		
	Flaxidol amp.	014	Luvas 7.5	Vicryl Serfix		
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0	Vicryl Serfix		
	Garamicina amp.		Luvas 8.5	Vicryl Serfix		
	Glicose amp.	TC	Oxigênio l/m 2 L/min - f			
	Glucos de Cálcio amp.	01	Pellets Transferíveis de Soro			
	Haemacel ml.	015	PVPI Degermante ml			
	Heparame ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kenakion amp.		Sabão Antiséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml	1/1000ml
	Lasix amp.		Saco Coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Metrodinazol.	01	Seringa Desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa Desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa Desc. 5 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stupitanol amp.		Sonda Folley	Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE	
	Cefazolina		Sonda Nasogástrica	02	02 RIO R	
01	Domperidon		Sonda Uretral n°			
02	Tylenol		Steridrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaseline ml				
01	Aguila desc. 25x2 40x12	Gelcon 18				
	Aguila desc. 28 x 28	Latese				
	Aguila desc. 3 x 4,5	05 Electrol				
01	Aguila p/ Raque n° 25					
	Alcool da Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
01	Ataduras de Crepon 15					
02	Ataduras de Gaseada 15					
	Azul Metileno amp.					
	Benzina ml					
EQUIPAMENTOS						
<input checked="" type="checkbox"/> Oximetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxicapnôgrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico						
CIRURGANTE RESPONSÁVEL Adelice						

MOD 066





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Folha de Tratamento e Evolução

Fraternos de México.

Diagnóstico

15

Paciente	Diretoria	Alojamento	Leito	3	Convenio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
24/01/14	① Diltz bruna	11	11		
	② SG Sir. 500 - L, EV	12	12		
	③ SF 0,9%, 500 mL, EV	13	13		
	④ Kefozel 24, EV, 8134	14	14		
	⑤ Diprikon 14, EV, 6164	15	15		
	⑥ Tizatis 20, EV, 12124	16	16		
	⑦ Captopril 40, EV, 1x1 dia	17	17		
	⑧ SS VIT CCG 6	18	18		
		19	19		
		20	20		
		21	21		
		22	22		
		23	23		
		24	24		
		25	25		
		26	26		
		27	27		
		28	28		
		29	29		
		30	30		
		31	31		
		32	32		
		33	33		
		34	34		
		35	35		
		36	36		
		37	37		
		38	38		
		39	39		
		40	40		
		41	41		
		42	42		
		43	43		
		44	44		
		45	45		
		46	46		
		47	47		
		48	48		
		49	49		
		50	50		
		51	51		
		52	52		
		53	53		
		54	54		
		55	55		
		56	56		
		57	57		
		58	58		
		59	59		
		60	60		
		61	61		
		62	62		
		63	63		
		64	64		
		65	65		
		66	66		
		67	67		
		68	68		
		69	69		
		70	70		
		71	71		
		72	72		
		73	73		
		74	74		
		75	75		
		76	76		
		77	77		
		78	78		
		79	79		
		80	80		
		81	81		
		82	82		
		83	83		
		84	84		
		85	85		
		86	86		
		87	87		
		88	88		
		89	89		
		90	90		
		91	91		
		92	92		
		93	93		
		94	94		
		95	95		
		96	96		
		97	97		
		98	98		
		99	99		
		100	100		
		101	101		
		102	102		
		103	103		
		104	104		
		105	105		
		106	106		
		107	107		
		108	108		
		109	109		
		110	110		
		111	111		
		112	112		
		113	113		
		114	114		
		115	115		
		116	116		
		117	117		
		118	118		
		119	119		
		120	120		
		121	121		
		122	122		
		123	123		
		124	124		
		125	125		
		126	126		
		127	127		
		128	128		
		129	129		
		130	130		
		131	131		
		132	132		
		133	133		
		134	134		
		135	135		
		136	136		
		137	137		
		138	138		
		139	139		
		140	140		
		141	141		
		142	142		
		143	143		
		144	144		
		145	145		
		146	146		
		147	147		
		148	148		
		149	149		
		150	150		
		151	151		
		152	152		
		153	153		
		154	154		
		155	155		
		156	156		
		157	157		
		158	158		
		159	159		
		160	160		
		161	161		
		162	162		
		163	163		
		164	164		
		165	165		
		166	166		
		167	167		
		168	168		
		169	169		
		170	170		
		171	171		
		172	172		
		173	173		
		174	174		
		175	175		
		176	176		
		177	177		
		178	178		
		179	179		
		180	180		
		181	181		
		182	182		
		183	183		
		184	184		
		185	185		
		186	186		
		187	187		
		188	188		
		189	189		
		190	190		
		191	191		
		192	192		
		193	193		
		194	194		
		195	195		
		196	196		
		197	197		
		198	198		
		199	199		
		200	200		
		201	201		
		202	202		
		203	203		
		204	204		
		205	205		
		206	206		
		207	207		
		208	208		
		209	209		
		210	210		
		211	211		
		212	212		
		213	213		
		214	214		
		215	215		
		216	216		
		217	217		
		218	218		
		219	219		
		220	220		
		221	221		
		222	222		
		223	223		
		224	224		
		225	225		
		226	226		
		227	227		
		228	228		
		229	229		
		230	230		
		231	231		
		232	232		
		233	233		
		234	234		
		235	235		
		236	236		
		237	237		
		238	238		
		239	239		
		240	240		
		241	241		
		242	242		
		243	243		
		244	244		
		245	245		
		246	246		
		247	247		
		248	248		
		249	249		
		250	250		
		251	251		
		252	252		
		253	253		
		254	254		
		255	255		
		256	256		
		257	257		
		258	258		
		259	259		
		260	260		
		261	261		
		262	262		
		263	263		
		264	264		
		265	265		
		266	266		
		267	267		
		268	268		
		269	269		
		270	270		
		271	271		
		272	272		
		273	273		
		274	274		
		275	275		
		276	276		
		277	277		
		278	278		
		279	279		
		280	280		
		281	281		
		282	282		
		283	283		
		284	284		
		285	285		
		286	286		
		287	287		
		288	288		
		289	289		
		290	290		
		291	291		
		292	292		
		293	293		
		294	294		
		295	295		
		296	296		
		297	297		
		298	298		
		299	299		
		300	300		
		301	301		
		302	302		
		303	303		
		304	304		
		305	305		
		306	306		
		307	307		
		308	308		
		309	309		
		310	310		
		311	311		
		312	312		
		313	313		
		314	314		
		315	315		
		316	316		
		317	317		
		318	318		
		319	319		
		320	320		
		321	321		
		322	322		
		323	323		
		324	324		
		325	325		
		326	326		
		327	327		
		328	328		
		329	329		
		330	330		
		331	331		
		332	332		
		333	333		
		334	334		
		335	335		
		336	336		
		337	337		
		338	338		
		339	339		
		340	340		
		341	341		
		342	342		
		343	343		
		344	344		

16 -





GOVERNO
DA PARÁBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Diagnóstico

FATHERS WITHIN

Folha de Tratamento e Evolução

17





SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Ficha de Acolhimento

Nome:	Deusdália Wicas	Bairro:	Z. Rural)
End.:	Sítio Gravata	Documento de Identificação:	Picui - PB
Data de Nascimento:	29/03/1985	Data do Atend.:	23/01/24 Hora: 13:15 Documento:
Queixa:	AC. moto		

Classificação de Risco Fone 9957-8452

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

Estratificação

01

MOD 110

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Terezinha Torres
Enfermeira
COREN 297 537

Assinatura e carimbo do profissional

PROTOCOLO
RECERVO
11 DEZ 2014
F.M REGULADOR

18



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6087479

A/C: DEUSDALIO DIAS

Sinistro: 3140114189
Vitima: 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.

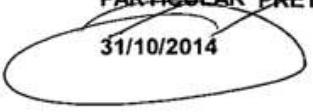
Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO	
	OGE7610
	Último Licenciamento: 2013
	Proprietário: JOSE MARCIO JUL
PASSA / MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN'KS	Placa: OGE7610
2012	Combustível: GASOLINA
2013	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
PARTICULAR PRETA	Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA
31/10/2014	Ano de Fabricação: 2012
CUIPE	Ano Modelo: 2013
	Categoria: PARTICULAR
	Cor Predominante: PRETA
	Vencimento Licenciamento: 31/10/2014
	Observação:
	Restrição:
	Financeira:
	Município: CUIPE
	Situação: EM CIRCULACAO
	Data da Consulta: 08/12/2014
	<input type="button" value="Imprimir Consulta"/>
08/12/2014	



PROTÓCOLO
11 DEZ 2014
REGULADORA

20

08/12/2014 16:09



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

Num. 46358801 - Pág. 32

Seguradora Líder - DPVAT

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, Deusdália Dias

PORTADOR(A) DO RG Nº 200 300 300 6099 EXPEDIDO POR SERICE EM 20/01/2011

CPF 0115620233-65 /CNPJ 00000000-0000-000, 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 Deusdália 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 limites de tempo 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 no site da FEDERAL 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

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) 032 94-0

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

Picuí - PB . 01 de 12 de 14
LOCAL E DATA

Deusdália pacs
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez (tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00
- Para acompanhar processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107281354557810000044042346](http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107281354557810000044042346)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

o vigente
do com a
204.





AUTO-ATENDIMENTO - AG. PICUI
DATA: 15/09/2014
TERMINAL: 49161005

HORA: 17:33:45

CONTROLE: 491610050164

CONTA CREDITADA:
NOME: 0048.013.00023294-0
DEUSDALIO DIAS





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 nexo 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 inexiste nexo 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 nexo 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.

POR TANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO 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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2021 13:54:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072813545873600000044042348>
Número do documento: 21072813545873600000044042348

Num. 46358803 - Pág. 1

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2021 13:54:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072813545873600000044042348>
Número do documento: 21072813545873600000044042348

Num. 46358803 - Pág. 2