



06/11/2020

Número: **0801090-48.2019.8.15.0261**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **01/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO PEREIRA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36343148	06/11/2020 11:23	Petição	Petição
36343655	06/11/2020 11:23	2757139_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
36343659	06/11/2020 11:23	2757139_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



DOCUMENTO 1 "T196"



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, JOÃO PEREIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 354.810 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 18/12/1916 ECPF 029956348-09 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO APOSENTADOE RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOÃO PEREIRA

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

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.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 284 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5778 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0601363-5

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

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

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

FRANCISCO 10 de MAIO de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 11:23:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110611230460500000034698268>

Número do documento: 20110611230460500000034698268

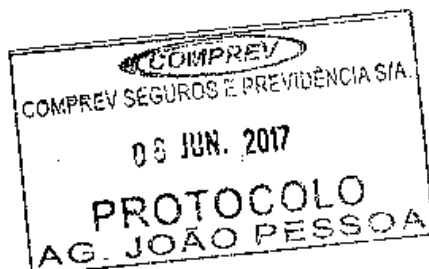
Num. 36343655 - Pág. 1



COMPANHIA BRASILEIRA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
BANCO BRASILEIRO S.A.
BANCO BRASILEIRO S.A.
BANCO BRASILEIRO S.A.
BANCO BRASILEIRO S.A.
BANCO BRASILEIRO S.A.

EXTRATO DE CONTAS CORRENTES

ANO 1998
AGÊNCIA 5778 CTA 0001262 E 20-ABR-2017





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 274 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 24 / ABRIL / 2017. . HORAS - 12h40min.

Sob a responsabilidade do Del.Pol: GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante/Vítima:

JOÃO PEREIRA, brasileiro, natural de Aguiar/PB, Casado, Agricultor, nascido no dia 14/06/1945, filho de Antonio Pereira de Lacerda e Joana de Araújo Fonseca, RG 357.810/SSP/PB e CPF Nº. 029.956.348-09, residente no Sítio Pau Amarelo s/n área rural de Igaracy/PB.

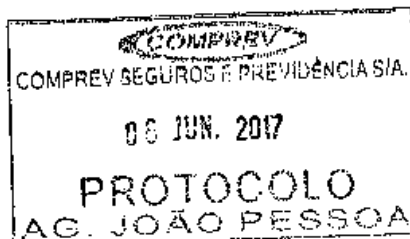
DOCUMENTO 1 "TTP"



HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, saiu da sua residência, sentido a cidade de Igaracy/PB, pilotando a motocicleta HONDA/CG 150 FANESI, COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA OFG4536/PB E CHASSI 9C2KC1670CR599386, licenciada em nome de notificante e em um setor da cidade Rodovia (que liga o referido Sítio à Igaracy/PB), deparou-se com vários animais na estrada e ao tentar desviar dos mesmo, perdeu o controle e caiu no acostamento, sendo socorrido pelo SAMU.



Itaporanga (PB), 05 / Maio / 2017.

João Pereira
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Flavio Rodrigues
ESC. POLÍCIA / MAT. 60155
CHEFE DE CARTÓRIO





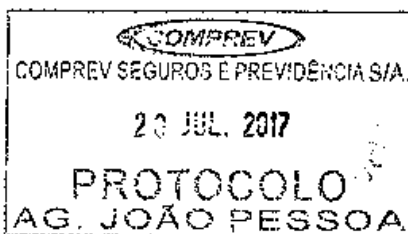
Aditamento ao Boletim de Ocorrência nº.274/2017.

Vitima: JOÃO PEREIRA.

Certifico para os devidos fins, que no ato da lavratura do citado Boletim de Ocorrência, escrevi como data do acidente 24/ABRIL/2017, porém a data correta é 22/ABRIL/ 2017. Dou fé.

Itaporanga/PB, 07 de Julho de 2017.


SUELIO MOREIRA TORRES
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOÃO PEREIRA, portador da carteira de identidade nº 357.810 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029.956.348-09 residente e domiciliado na SITIO AMARCO, SN, ÁREA RURAL Cidade IGARACY Estado PARAIBA, 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.

DOCUMENTO 3 *T3%*



x João Pereira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

TRAPORANGA/PB, 04 DE MAIO DE 2017

Local e data



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARACY

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB -05

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

14:00h

DATA 22/04/17	OCORRÊNCIA Nº 012	PACIENTE / USUÁRIO Luís Pereira	IDADE 64	SEXO ☒ MASC. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA Sítio Varzea do Saco		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR Dra. Key	
APOIO NO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SITTRANS ☐ OUTRO				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO				

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRANSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DRUGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R. Franco *Transferido para H.R. Pitor* RESPONSÁVEL: *Dr. V. V. Pitor* FUNÇÃO: MÉDICO

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS)

Por uma região de MT (1) após queda de moto (segundo relato verbal da vítima).

DADOS VITAIS

VVA: ☐ LIVRE ☐ OBTURADA / RESPIRAÇÃO ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE / PAS ☐ >80mmHg ☐ <80mmHg
PA 90 x 60 mmHg FC 73 bpm FC 26 bpm TEMP: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade	☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	☐ Comunicação Verbal Prejudicada	☐ Confusão Aguda	☐ Desamblição Prejudicada	☐ Débito Cardíaco Diminuído	☐ Desobstrução Ineficaz das VVA	☐ Disreflexia Autônoma	☐ Dor Aguda	☐ Hipertensão	☐ Hipotensão	☐ Integridade da Pele Prejudicada
☐ Integridade Tissular Prejudicada	☐ Medo	☐ Intolerância a Atividade	☐ Mucosa Oral Prejudicada	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular
☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular
☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular	☐ Perda de Integridade Tissular

INTERVENÇÕES

Remoção do local com imobilização do MT (1), foi realizada S.S.V. realizada A.V.8 + S.F.O.5 + T. lateral + AD - EV e condução ao H.R. Pitor

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente consciente, orientado, querendo-se deitar na região da Torção (2), foi imobilizado e conduzido ao H.R. Pitor, foi realizado RX com tala de fixação do fêmur e realizado a transferência para H.R. Pitor.

MEDICAMENTOS PRESCRITO POR TELEMEDICINA	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 500ML	01	FITA DE GLICEMIA CAPILAR	01
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5% 500ML	—	ATADURA DE CREPON 15cm	04
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO 500ML	—	GAZE ESTERIL (PACOTE)	—
GLICOSE 50%	—	SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	—
ÁGUA DESTILADA 10ml	02	JELCO N° 20	01
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)	—	SCALPE N°	01
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)	—	EQUIPO MAGROGOTAS	01
PARACETAMOL GOTAS	—	SÉRINGA N° 20	03
DICLOFENACO 75mg	—	MASCARA DESCARTAVEL	03
FUROSEMIDA	—	LUVAS	03
CAPTOPRIL 25mg	—	CATETER TIPO OCULOS	—
AAS 100mg	—	OUTROS	—
ISORDIL 5mg	—		
METOCLOPRAMIDA	—		
HIDROCORTISONA 100mg	—		
HIDROCORTISONA 500mg	—		
DEXAMETASOANA	—		
DIPIRONA	—		
PLASIL	—		
OUTROS TETRAZOL 40mg	03		

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALASSOTRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS:

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO _____ CRN _____ MAT _____

ENFERMEIRO(A) Dionísio Vasquez COREN 253.226 MAT _____

AUX.TEC. DE ENFERMAGEM William Dantas COREN 809.693 MAT _____

CONDUTOR Guilherme Rodrigues MAT _____



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARACY-PB
BASE DESCENTRALIZADA DO SAMU-192
REGIONAL DE PIANCÓ

SAMU
192

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER -
HOSPITALAR/INTERMUNICIPAL

Ocorrência Nº: 032Data: 22/06/2017Hora: 14:30Nome da vítima: João Pessoa

Idade: _____

Evento:

☒ Traumática () clínico () Pediátrico () Gine-Obstétrico () Psiquiátrico () Cirúrgico
Solicitante: Dr. Allan DreyerDestino: HRP (Piancó)

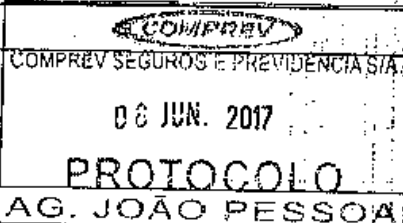
Contato: _____

Circunstância da transferência:

Identifique quais as incidências deste hospital para a manutenção da vida do paciente:

Serviço especializado

Procedimentos realizados no hospital:

RX

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:

Análise e conduta do oncoepidemiologista

Médico: _____

Dr. Allan Dreyer P. Lucena
Médico
CRM/PB - 10578

CRM: _____

Enfermeiro: _____

COREN: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARACY
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB -05

Comprovação de ato declaratório



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: 12/04/17 OCORRÊNCIA Nº: 012 PACIENTE / USUÁRIO: João Pereira IDADE: 64 SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Sítio Varzea do Saco BAIRRO: MEDICO REGULADOR: Dra. Key
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ OUTRO
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRANSITO	☐ PEDIATRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIATRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTETRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CAEDIADA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R. Franco RESPONSÁVEL: Dr. Vitor F. Silva FUNÇÃO: MÉDICO

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS)

Por uma região do MTD queimado de 1m² (segundo relato verbal da vítima).

DADOS VITAIS

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBTURADA / RESPIRAÇÃO: ☒ >30lpm ☐ <30lpm / PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE / PRESSÃO ARTERIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
PA: 90 x 60 mmHg FC: 73 bpm PC: 26 lpm TEMP: °C GLICEMIA: 96 mg/dl SOD: 97%

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

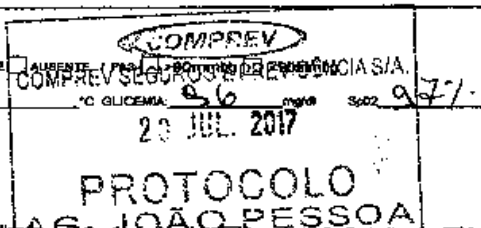
☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Condição Aguda ☐ Desconforto Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotensão ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorrespiratória Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

INTERVENÇÕES

Remoção do local com imobilização do MTD, foi realizada S.S.V.V. realizada A.V.P + S.F.O.B + Titul + A.O - EV e conduzido ao H.R. Franco.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente consciente, orientado, queixando-se de dor na região do tornozelo, foi imobilizado e conduzido ao H.R. Franco, foi realizado RX sem fratura de fêmur e realizado o encaminhamento para H.R. Vitor.



IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

ASSINATURA: _____

NOME: _____ RG: _____

MEDICO _____

ENFERMEIRO(A) _____

AUX.TEC. DE ENFERMAGEM _____

CONDUCTOR _____

RECUSA

ENCAMINHAMENTO

LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO ☐

POSICÃO DE TRANSPORTE

DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA (CABEÇA) ☐

PROCEDIMENTOS

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OTORRINAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOSTOMIA ☐

VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - AMBU) ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐

MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO ☐

PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda Vesical ☐ SEDACÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL ☐

TALASSOTRAÇÃO ☐ OTORRINAL ☐ OUTROS: _____

E.C.G. ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE ☐

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL ☐

SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO ☐

MEDICAMENTOS PRESCRITO POR TELEMEDICINA	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 500ML	01	FAIXA DE GLECEMA CAPILAR	01
SOLUÇÃO DE GLICOSE 5% 500ML	01	ATADURA DE CREPON 15cm	01
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO 500ML	01	GAZE ESTÉRIL (PACOTE)	01
GLICOSE 80%	01	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	01
ÁGUA DESTILADA 10ml	01	JELCO Nº 20	01
ESCOLPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)	01	SCALPE Nº	01
ESCOLPOLAMINA (HIOSCINA)	01	EQUIPO MAGROGOTAS	01
PARACETAMOL GOTAS	01	SERINGA Nº 20	01
DICLOFENACO 75mg	01	MASCARA DESCARTAVEL	01
FUROSEMIDA	01	LUVAS	01
CAPTOPRIL 25mg	01	CATETER TIPO OCULOS	01
AAS 100mg	01	OUTROS	01
ISORDIL 5mg	01		
METOCLOPRAMIDA	01		
HIDROCODISONA 100mg	01		
HIDROCODISONA 50mg	01		
DEXAMETASONA	01		
DIPIRONA	01		
PLASIL	01		
OUTROS	01		



DOCUMENTO 2 *T24*



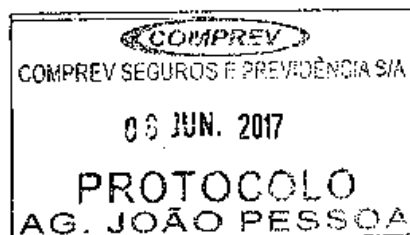
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO PEREIRARG nº 354.810, data de expedição 18/12/1950 Órgão SSP/PB

CPF nº 029.956.348-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Amarelo</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>IGARACY</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.445-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999471520 / 996978811</u>
E-mail	<u>SECRETAO.ASSESSORIA@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: IGARACY/PB, 04 DE MAIO DE 2014Assinatura do Declarante: JOÃO PEREIRA

JOAO PEREIRA
SIT FARMARELO, S/A - AREA RURAL
MARACAY / PB CEP: 5875000 (AG 144)

Class/Subcl: RESIDENCIAL/BARRA RENCA MONOFASICA B-230, Km 25 - Cid. Pombal - PB - CEP: 58911-680
Roteiro: 1 - 148 - 087 - 2760
Nº de fatura: 00008395741
Referência: Abr/2017
Emissão: 03/04/2017

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 03.035.183/0001-40 Ins. Est. 15.115.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 030.021.268
Código para DÍvida Automática: 0001283241

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/136324-1

Canal de contato

Abr/2017

Apresentação

03/04/2017

Data prevista da próxima leitura

04/05/2017

CPF/CNPJ/RANI

299634809

Ins. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 08/03/17	Letura: 5070	Data: 03/04/17	Letura: 5151	1
				61
				30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh - BR	30	0,14059	4,29
Consumo - 31 a 100 kWh - BR	51	0,25126	12,81
Adc. B. Amarelo			0,72
Adc. B. Verde/Amarelo			0,14
Substituição			10,80
KMS			13,24
PS			0,46
COFINS			2,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
Devolução Substituição			-18,90

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/17	101
Fev/17	06
Jan/17	06
Out/16	104
Nov/16	09
Out/16	06
Set/16	06
Agv/16	06
Jul/16	74
Jun/16	72
Maio/16	71
Abr/16	56

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
KMS	52,95	25,00	13,24
PS	52,95	0,8230	0,46
COFINS	52,95	4,2412	2,24

Média dos últimos meses

04

VENCIMENTO
01/05/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 34,02

RESERVADO AO FISCO

e207.3621.fc7a.63ed.88b6.3f26.fe70.5d5b.

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Paraná

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de tensão (V)
DIC MENSAL	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	0,00	CONTRATADA
DIC ANUAL	0,00	LIMITE ATÉ 100% DE TENSÃO
FIC MENSAL	0,00	LIMITE ATÉ 100% DE TENSÃO
FIC TRIMESTRAL	0,00	LIMITE ATÉ 100% DE TENSÃO
FIC ANUAL	0,00	LIMITE ATÉ 100% DE TENSÃO
DNCR	0,00	LIMITE ATÉ 100% DE TENSÃO
DNCR	0,00	LIMITE ATÉ 100% DE TENSÃO

Discriminação	Valor (R\$)	%
Grupos de Dts da Energia - PB	6,43	18,80
Consumo de Energia	6,67	19,59
Serviço de Transmissão	0,44	1,29
Encargos Setoriais	2,22	6,41
Impostos Oritais e Encargos	15,08	44,31
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	34,02	100,00

Valor do ENDS (R\$) 1/2017 R\$ 11,34

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 JUN. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO 1 *71%



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CARA, 58 - CENTRO
ITAPORANDA / PB CEP: 56780000 (AQ: 154)

energisa
ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Cidade Recôncavo - João Pessoa / PB - CEP 56071-030
CHPJOS 095 103 0001-40 - Insc. EM 15.015.823-0

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO In 230, Km 25 - Canto Recôncavo - João Pessoa / PB - CEP 56071-030
Pólo: 7 - 154 - 25 - 2780 Referência: Mar / 2017
Nº medidor: 00002205001 Emissão: 14/03/2017 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 479 043
Código para Bônus Automático: 00000271434

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/27683-4**

Canal de contato

Mar / 2017

Apresentação

14/03/2017

Data prevista da próxima leitura

11/04/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

0974708408

Inscr. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dígitos
09/02/17	14/03/17	6308	1	74

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	74	0,44028	32,57
Adic. B. Amarela			0,54
ICMS			12,21
PS			0,83
CORRIS			2,88
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO LUMIN. PÚBLICA			7,28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 11:23:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110611230460500000034698268>

Número do documento: 20110611230460500000034698268

Num. 36343655 - Pág. 13



DECLARAÇÃO

Circular SUSEP nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Suelio Rodrigues dos Santos, portador(a) do RG nº 5652 101, expedido por SSP/PE, em 30/04/96, CPF/CNPJ nº 039 274 064 09, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) João Pessoa, do sinistro de DPVAT da natureza incendio da vítima João Pessoa, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: resenou Renda Mensal: R\$ resenou

Documentos comprobatórios: nao possui

Suelio Rodrigues dos Santos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS	
<i>Cetazolina 4 + AD (C)</i> <i>Dinoprostal + AD (C) (suspenso)</i> <i>Vasodilador - D5 - C</i>	<i>78</i>

CARÁTER DO ATENDIMENTO	
☐ 01 - ELETIVO	
☐ 02 - URGÊNCIA	
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA	
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO	
☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS	

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO	

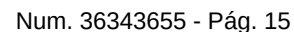
ENCAMINHAMENTO		CID-10
☐ OBSERVAÇÃO	☐ RESIDÊNCIA	☐ INTERNAÇA
☐ OUTRO HOSPITAL	☐ ÓBITO	☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO											
1-	0	4	V	I	V	I	V	V	J	S	8
2-	Q	3	0	9	0	2	7				

ASS. DOB: GISELE MARIA APARECIDA PEREIRA Médico / Cm / Cns	ASS. DOS: CRISTIANE APARECIDA PEREIRA Enfermeira / Cms
---	---

FRANCISCA SONALLE MELO SANTOS - 7124 - 123-4567-8912-3456	CBO
---	-----

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL <i>X</i> <i>Maria da Graça Silva N. Pereira</i>	ASS. REVISOR TÉCNICO - Câmbio ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - câmbio
--	---





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISICÃO DE PARECER

NOME:

João Pessoa

DA CLÍNICA:

Clínica

A CLÍNICA:

Bela

ENFERMARIA:

LEITO:

MOTIVO DA CONSULTA:

ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESTA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO

Tram em 40 cm

16/06/17

DATA

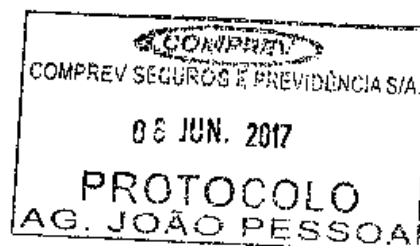
ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Ant

Tram de face
Parecer de face
em: Justine
M. G. N.

Assinatura do Médico Consultante



DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>pe. Pexoso</u>	
DA CLÍNICA: <u>geral</u>	ENFERMARIA: <u> </u>
A CLÍNICA: <u>patologia</u>	LEITO: <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>fratura ?</u>	
ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E EXTERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO	
DATA: <u> </u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE: <u>[assinatura]</u>
PARECER: <u>Vitima de acidente de moto leve</u> <u>trauma em pé e mão</u> <u>Apresenta feridas de 4º momento</u> <u>feridas abertas de 1º grau de profundidade</u> <u>essenciais</u> <u>a sala de sutura</u>	
DATA: <u> </u>	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: <u>[assinatura]</u>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 JUN. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



TEKIP

53095

PROCEDIMENTO Descrição

CID-10

INTERNAÇÃO

SERVIÇOS REALIZADOS: CODIGO / PROCEDIMENTO

As dos telefones são: 4611-4612 e 4613-4614

672508070

Podungar District

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - c/finco

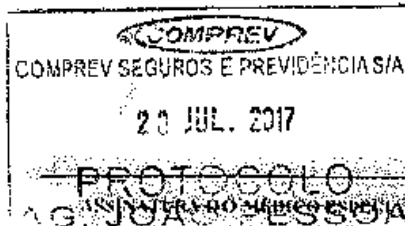


GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>pe. Serrão</u>	
DA CLINICA <u>geral</u>	ENFERMARIA <u> </u>
A CLINICA <u>protopia</u>	LEITO <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA:	ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO
<u>fratura?</u>	
DATA: <u> </u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE: <u>[assinatura]</u>
PARECER:	
<u>Vítima de acidente de moto em</u> <u>Tram em R. 10 e mão 10</u> <u>Apresenta fratura de 4º metacarpo</u> <u>e falange distal de 1º dedo da mão</u> <u>esquerda</u> - a sala de sutura	
DATA: <u> </u>	





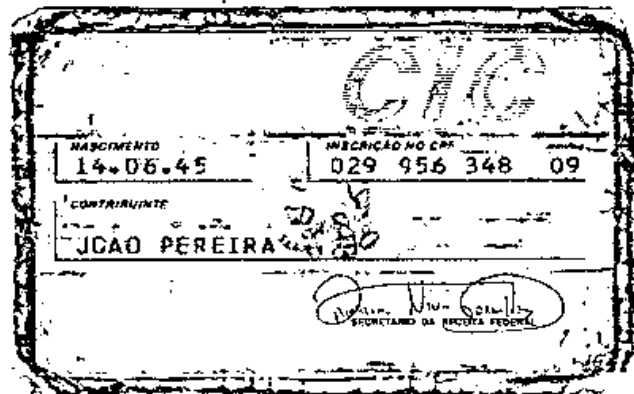
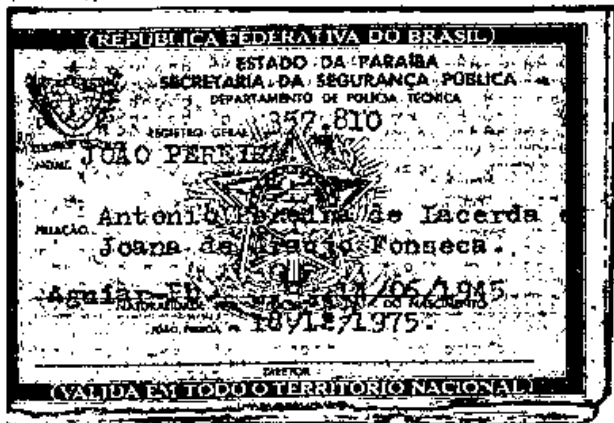
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



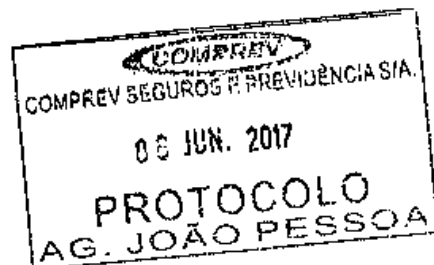
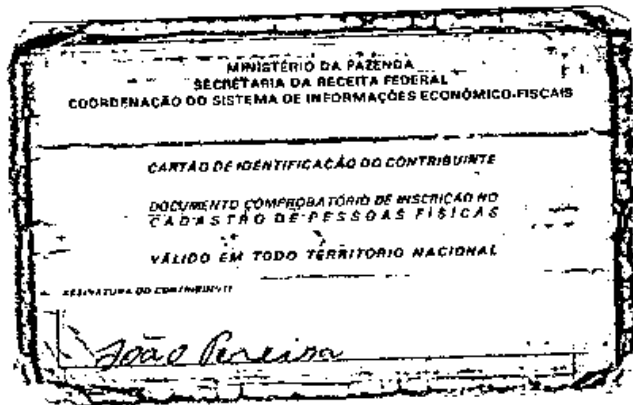
REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>João Pereira</u>	
DA CLÍNICA <u>Gerontologia</u>	ENFERMARIA <u> </u>
A CLÍNICA <u>Bela Vista</u>	LEITO <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Tram em fac</u>	
ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO	
<u>16/04/17</u>	<u>Sonalia Santos</u> Enfermeira CRP 118.888
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>Trama de face</u> <u>para o pto</u> <u>em: fuma</u> <u>Alto Brio</u> <u>7/10/17</u>	
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 23 JUL. 2017 PROTOCOLO DO PESSOAL	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





DOCUMENTO 5 "15%"



DOCUMENTO 3 'T3%'



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

FOTO

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
RG 552161 SSP DE

CPF
039.267.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1974

FUNÇÃO
AUTORISATION DOS SANTOS

OUTRO RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
A1

ACC
A2

CHT. Nº
A3

Nº REGISTRO
04119219971

VALIDADE
21/05/2017

VALIDADE
14/04/2007

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do titular

LOCAL
CERRA FALHADA - PE

DATA EMISSÃO
10/01/2013

Assinatura do emitente

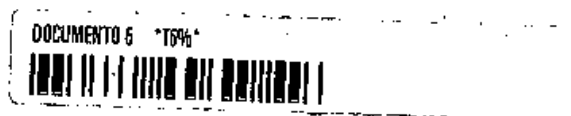
64716445137
72031655616

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

678638355



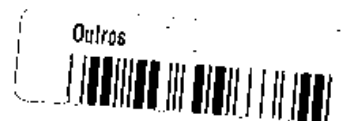
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SEGURANÇA	
DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO Nº 012507318289 00486397262-2 00700000000	SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APRESSADA TRANSPORTADAS QUINAVES SEGURO DPVAT
JOAO PEREIRA (NOME) 02995638809 (CPF) NOVO HAVANT / PB 9C2K01670CR999386 (VEICULO) PAS/MOTOCICLETA/NAO-REPLIC (TIPO) HONDA/CG-150-PAN-ESI (MARCA/MODELO) 2-DV-14-ACL-PARTELA-VERMELHA (COR) 00700000000 (COTACAO) 0 PARCELAMENTO/COTAS (PAGAMENTO) 10/05/2016 (DATA) REST. BEN. TRIBUTARIO (SITUAÇÃO) 408 (COTACAO) 40053 (COTACAO)	PB Nº 012507318289 BILHETE DE SEGURO DPVAT JOAO PEREIRA ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR SAC DPVAT 0800 024 1204 2016/10/06/2016 (EXERCÍCIO) JOAO PEREIRA (NOME) 02995638809 (CPF) 00486397262-2 (VEICULO) HONDA/CG-150-PAN-ESI (MARCA/MODELO) 2-DV-14-ACL-PARTELA-VERMELHA (COR) 00700000000 (COTACAO) 0 PARCELAMENTO/COTAS (PAGAMENTO) 10/05/2016 (DATA) REST. BEN. TRIBUTARIO (SITUAÇÃO) 408 (COTACAO) 40053 (COTACAO)



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 06 JUN. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Itaporanga, 11 de julho de 2017.



À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT:

VÍTIMA: João Pereira

SINISTRO: 317032 2503

Prezados Senhores:

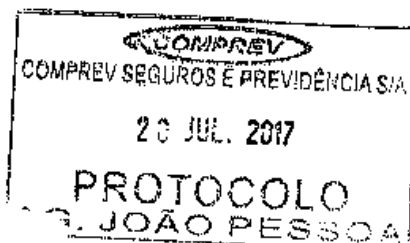
Venho respeitosamente, solicitar reavaliação do Sinistro acima citado. Pois na avaliação de vossos analistas onde os mesmos informam como documento não conforme. Haja vista não existir nenhuma outra documentação fora os já apresentados e que se encontram no Sinistro como sendo ficha do primeiro atendimento do hospital Região de Pombalhy Carneiro número de Prontuário 2605423, que é uma exigência desta Seguradora.

Sendo assim, e por acreditar não ser justo ser prejudicado (a) por não possuir mais documentos médicos, pois, não foi encontrado respaldo para tal exigência na Lei nº 6.194 de Dezembro de 1974 onde não consta nenhuma informação acerca da referida solicitação feita, por isso pode-se entender essa determinação abusiva, e ilegal, sendo porque é considerado pelo Ministério Público, fraude, fazer ou consultar Médico para emissão de laudo para comprovação de lesão ou sequelas.

Portanto, peço cordialmente, que dê continuidade no meu Sinistro para que eu possa ser avaliado (a) por um médico Perito nomeado por este consórcio, para que constate ou não minha debilidade.

Certo (a) de devidas providências desde já antecipo os meus agradecimentos.

Atenciosamente.



Suelio Moreira Torres

PROCURADOR



**PROCURAÇÃO PARTICULAR:****OUTORGANTE:**

Nome: JOÃO PEREIRA
 Nacionalidade: BRASILEIRO /Estado Civil: CASADO
 Profissão: ARRENTADO
 Identidade: 357.810 /CPF: 029.956.348-09
 Endereço: SÍTIO PAU AMARELO, S/N, ÁREA RURAL, ITAPORANGA/PB

OUTORGADO:

Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
 Nacionalidade: BRASILEIRO /Estado Civil: CASADO
 Profissão: AUTÔNOMO
 Identidade: 5.652.161 /CPF: 039.247.064-09
 Endereço: R. MANOEL PEREIRA CAIPIRA, Nº 58, CENTRO, ITAPORANGA/PB

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: JOÃO PEREIRA

Local e data: ITAPORANGA/PB, 03 DE MAIO DE 2017

X João Pereira



ASSINATURA DO OUTORGADO
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICAÇÃO)



CARTÓRIO JOSÉ BARRAS SOBRINHO
 SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR - OFÍCIO DE NOTAS
 Rua do Comércio, 100 - Centro - Itaporanga/PB - CEP: 56.000-000
 Fone: (33) 3333-1111
 Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de JAO FERREIRA.
 ITAPORANGA/PB, 03 de maio de 2017.
 Em test. Edilson Rodrigues dos Santos da verdade
 Mº do Sqrro Costa Barros (Tab. Substituto)
 Selo Digital: AEZ50903-HWR5
 Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2017

Carta nº: 11153976

A/C: JOAO PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170322503 ASL-0222285/17
Vitima: JOAO PEREIRA
Data Acidente: 24/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01929/01930 - carta_01



Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2017

Carta nº: 11154164

A/C: JOAO PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170322503 ASL-0222285/17

Vítima: JOAO PEREIRA

Data Acidente: 24/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00413/00414 - carta_03





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PIANCO/PB

Processo: 08010904820198150261

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 **JOAO PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

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

DO LAUDO

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

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



Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PIANCO, 4 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

