



Número: **0816847-52.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCINALDO BARROS DOS SANTOS (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46152 870	23/07/2021 11:11	<u>Petição</u>	Petição
46152 873	23/07/2021 11:11	<u>2760283_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
46152 881	23/07/2021 11:11	<u>2760283_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115213500000043850569>
Número do documento: 21072311115213500000043850569

Num. 46152870 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200151890 Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15716321



Pag 00059/00060 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107231111531790000043850571>
Número do documento: 2107231111531790000043850571

Num. 46152873 Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200151890 Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/01/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12.50%

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

Recebedor: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000449478-0

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0118243-00	108.411.184-50	Lucinaldo Barros dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF: 108.411.184-50
Profissão: Retiro	Endereço: Rua Maria Manoel	Número: 45	Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Lagoa de Poca	Estado: PB	CEP: 58119-000
E-mail:	Tel.(DDD) (83) 98805-6654		

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 449478	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: São Peters, 20/09/20
Nome: Lucinaldo B. Santos
CPF: 108.411.184-50

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Impresso
digitalizado
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115317900000043850571

Número do documento: 21072311115317900000043850571

Num. 46152873 - Pág. 3



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115317900000043850571>
Número do documento: 21072311115317900000043850571

Num. 46152873 - Pág. 4

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº05598.01.2019.2.00.401



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 07/01/2019

Hora: 12:03:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Br Duzentos e Trinta, São José da Mata, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Em Frente Ao Quinta da Colina

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Lucinaldo Barros dos Santos
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria de Barros Santos e Adauto Jose dos Santos
	Idade: 33 Data de Nascimento: 13/01/1986 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Olivedos
	Estado Civil: solteiro(a)
	Escolaridade: Ensino fundamental completo Profissão: Agreicultor
	Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: RG nº 2965786 SSDS/PB, CPF nº 108.411.184-50
TESTEMUNHA	Endereço: Vila Ipuarana, s/n, [indeterminado], Lagoa Seca, PB
	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Lar do Garoto
	Telefone: (83) 99830-9642
	Nome: Dayane Martins da Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria da Penha Matins Costa e Jose Inácio da Silva
	Idade: 18 Data de Nascimento: 06/09/2000 Identidade de Gênero: feminino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Lagoa Seca

Procedimento Policial: 05598.01.2019.2.00.401

1/3

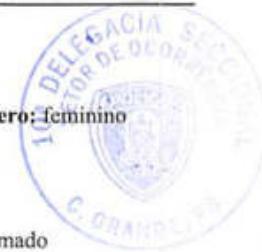


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115317900000043850571>
Número do documento: 21072311115317900000043850571

Num. 46152873 - Pág. 5

TESTEMUNHA

Nome: Marines Ferreira Brito
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Nazaré Ferreira Brito e Jose Ferreira Brito
Idade: 38 **Data de Nascimento:** 27/10/1980 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Pocinhos
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino fundamental completo **Profissão:** Agricultora
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CNH nº 03713539200, CPF nº 050.379.364-70
Endereço: Sítio Barro Vermelho, [indeterminado], Puxinanã, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Antiga Casa de Show For Hall
Telefone: (83) 98670-7243



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda/Cg, modelo 150 titan, tipo de veículo particular, cor cinza, ano 2008, placa MNV-1054, chassi 9c2kc08108r172358, renavam 00961323337, características gerais: Licenciado Em Nome de Matheus Ewerton da Cruz Alves

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o Ciclomotor Honda/CG modelo 150 titan, cor cinza, ano 2008, placa MNV-1054/PB, chassi 9c2kc08108r172358, renavam 00961323337, licenciado em nome de Matheus Ewerton da Cruz Alves, quando trafegava na BR 230, bairro São Jose da Mata, nesta cidade, momento em que o condutor de um Veículo de Sinais e condutor não identificado, vinha na mesma mão da via colidiu na traseira do ciclomotor em que o comunicante trafegava; que com o impacto a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Politrauma: Fratura Bimaleolar no tornozelo esquerdo, conforme prontuário, em anexo e Atestado Médico CID S82-5 + S82-6 + T93, em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade, conforme Declaração de Atendimento. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

ADENDOS:

Usuário: Junia Barbosa Luz do Rêgo

Data e Hora: 21/05/2019 14:00

Delegacia: Central de Polícia Civil de Campina Grande - Setor de Boletim de Ocorrência

Descrição: LEIA-SE A DATA DE NASCIMENTO 14/01/2019 E A PROFISSÃO AGRICULTOR

Usuário: Avelina Maria de Oliveira Mello

Data e Hora: 22/05/2019 14:38

Descrição: INFORMAR QUE A DATA DE SEU ANIVERSÁRIO ESTÁ DIGITADA ERRADA; QUE NASCEU, EM 14/01/1986.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



Campina Grande/PB, 20 de maio de 2019.

joaer
JOSEFA ALVES DE ASSIS
Delegado(a) de Polícia Civil

lucinaldo Barros dos Santos
LUCINALDO BARROS DOS SANTOS
Noticiante

avelinamaria
VELINA MARIA DE OLIVEIRA MELLO
Técnico de Nível Médio



Procedimento Policial: 05598.01.2019.2.00.401

3/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115317900000043850571>
Número do documento: 21072311115317900000043850571

Num. 46152873 - Pág. 7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0358293-00	CPF da vítima: 108.911.184-50	Nome completo da vítima: Lucinaldo Ramos do Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: Lucinaldo Ramos dos Santos		CPF: 108.911.184-50		
Profissão: Ricardo	Endereço: Rua Maria Moran	Número: 65	Complemento:	
Bairro: Centro	Cidade: Lagoinha do Poco	Estado: PB	CEP: 58119-000	Tel.(DDD): (83) 98805-6654
E-mail:				

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **449478** 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: **João Pessoa, 20/09/20**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000449478-0

Nr. da Autenticação 499BD8459831B9A9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115317900000043850571>
Número do documento: 21072311115317900000043850571

Num. 46152873 - Pág. 9



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

ATO Declaratório

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 7/1/2019	HORA: 12:03 HRS	ID Nº: 1748714
NOME: LUCINALDO BARROS SANTOS		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: BR 230 - SÃO JOSE DA MATA		
COMPLEMENTO: EM FRENTE AO QUINTA DA COLINA		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 25 de janeiro de 2019.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



11. The amount of carbon dioxide, as per cent, remains almost constant throughout the entire combustion, but the rate of evolution of carbon dioxide is a function of the oxygen content.

RECEIVED SEARCHED INDEXED FILED

1. *Chlorophytum comosum* (L.) Willd. ex Schult. & Schult. f. (Asparagaceae)

20102-20103-20104-20105-20106-20107





TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente Jucimilde Barros dos Santos
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Ident. 2.826.855-
SSP-PB

Em, 09 de Janeiro de 2019

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: S. Mariana F. Brito

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	LUCINALDO BARROS DOS SANTOS
DATA DO EXAME:	07/01/2019 (13:11)

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e visceras ocos, assim como de hemorretoperitoneo, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada do abdômen com contraste, ficando a necessidade da sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. Péricles Almeida da Costa
Médico Radiologista
CRM-PB: 8620





GOVERNO DA PARANÁ		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMENES									
NOME:	L U	RA:	MALHO BARROS DOS SANTOS	SEXO:	M	PESO:	65	ALTURA:	170	CLÍNICA:		PRONTUÁRIO:	
IDADE:		SEXO:		COR:	B	PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:	
DADOS CLÍNICOS:		RAIO X REALIZADO EM: 07/07/19											
MATERIAL A EXAMINAR:													
EXAMES SOLICITADOS:		<ul style="list-style-type: none"> - nôvo x torax ap - nôvo x peito (AP) P. - nôvo x abdômen (AP) 											
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>	DATA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:		 Dr. SUELIO DANIEL MÉDICO ORTOPEDISTA GERAL CRM/PR - 0549					



J1/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

(13:57) Pauart. corrente, orientado, sem queixas no Tórax
ou abdome; não urinou, dentes, ou outros sintomas. Receso USG
fazt sem astenias.

Até! Até de amanha, Grl.

Dr. Jango Sales Corby
Data: 21/09/09
Sociedade Geral

ontopedi: Paciente vindo de
descolhe de moto com
torso exposto no
fouzido

Radiografia mostra fractura
diminutiva de fôrum e
contusão grave da
mão esquerda

Contusão grave da
mão esquerda

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

- Centro cirúrgico
- Alta hospitalar / /
- Internação (setor) _____
- Decesso Médica
- Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL
- Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Data da Internação: 07/01/2019 Hora: 14:01:25

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE LUCINALDO BARROS DOS SANTOS (1)			6 - N° DO PRONTUÁRIO 1808691		
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 31/12/1969		9 - SESSÃO Matutina <input checked="" type="checkbox"/> Noturna <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE ONGEME DDD <input type="text"/>		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, Bairro) B			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 0		
14 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO - 15 - UF - 0			16 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO - 17 - UF - 0		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E EVIDENCIAS CLÍNICAS <i>Pacote vitimado entre bala e acidente de moto</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Fractura fisionatural de fêmur</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRIMAS COADJUTORIAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Pad</i>					
20 - DESCRITIVO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Intendente para medicina de emergência</i>		24 - CÓDIGO DO PROcedimento		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA 02		27 - CARACTÉR DE INTERNACAO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS <input type="checkbox"/> CPF 203834510720009	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE BRUNO DA COSTA LIMA		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/01/2019		31 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL/ASSISTENTE/DO CONSELHO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
32 - () ACIDENTE DE TRANSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA		34 - N° DO ROLHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		36 - CNPJ EMPRESA		37 - CNPJ DA EMPRESA	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - N° DO ROLHETE		40 - CNPJ DO EMPREGADOR	
41 - VÍNCULO COM A PRÉVIA () EMPREGADO <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR		42 - AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> EMPREENDEDOR <input type="checkbox"/> EMPRESA <input type="checkbox"/> EMPRESA DE CONTA <input type="checkbox"/> EMPRESA DE CONTA DE CONTA		43 - NÃO SEGURODO	
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - N° DOCUMENTO (ENSCAÇA) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
46 - DOCUMENTO (X) CNS <input type="checkbox"/> CPF			47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			49 - 17 - LAURO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		



PACIENTE: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

DATA DO EXAME: 07.01.2019

RADIOGRAFIA DE Perna

- Fratura bimaleolar sem desvios significativos.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO

91

- Fratura bimaleolar sem desvios significativos.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

Dr. Raíff R Cavalcanti
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6560

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoné Miranda
CRM/PB: 8220

Dr Péricles A Costa
CRM/PB 8620

Re: JATO
Pecete comende
Brumado em
Vereador Marcelo
Furacão preente
Assume os encarregos
de governador

Abraços
Jair Bolsonaro

Caro Jair Bolsonaro
Nós os apoiamos sempre

Jair Bolsonaro
Vai ser um grande presidente
Tudo o que ele fizer é de Deus





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Leônidas Pinto dos Sá Alojamento Leito Convênio União de favelas





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Lucimundo Barros dos Santos		
End:	Bairro: São José da Mata		
Data de Nascimento:	14.01.86	Documento de Identificação:	Mata
Queixa:	Queda	Data do Atend.:	04.01.19
Acidente de trabalho?	() Sim	(x) Não	de moto

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:				Frequência cardíaca:			
Pressão arterial:				Temperatura axilar:			
Dosagem de HGT:				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca				

Estratificação

MOD. 110

- Circunção*
- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Herló Hananha & Cavalli
Assinatura e carimbo do profissional



Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191
SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)

SA MU REGIONAL CG - 192
Coordenador Administrativa
Delegado Fazendário
Delegado de Nascimentos

Campina Grande, 25 de janeiro de 2019.

DADOS DA PESSOA	
DATA: 7/1/2019	HORA: 12:03 HRS
NOME: LUCINALDO BARROS SANTOS	ID No.: 1748714
QUEIXA: ACIDENTE DE TRANSITO	
LOCAL: BR 230 - SÃO JOSE DA MATA	
COMPLIMENTO: EM FRENTE AO QUINTA DA COLINA	
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB	
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma	

REGIONAL CG - 192 foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:
Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO



Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Estado da Paraíba
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



1.º DEPARTAMENTO
DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARANÁ

Processo nº 00000000000000000000000000000000

DEPARTAMENTO DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARANÁ

Processo nº 00000000000000000000000000000000
DEPARTAMENTO DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARANÁ

Processo nº 00000000000000000000000000000000
DEPARTAMENTO DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARANÁ

Processo nº 00000000000000000000000000000000
DEPARTAMENTO DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARANÁ



Data: 08/05/29
Hora: 8:00

PA
120X60

Paciente consultado oriundo
município contemporâneo a Presente
medicamento que não possui
de enjamborgão Rose



 Centro Hospitalar João XXIII SAS <small>Sistema de Assistência Social e de Saúde</small>		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: <i>Lucenaldo Barros Santos</i> CONVÊNIO: <i>Paticenter</i>			
SOLICITAÇÃO PROVISÓRIA ENFERMAGEM		Nº DO ATENDIMENTO			
DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA ANTERIOR Nº					
Nº	DATA	HORA:	QUARTO/LEITO:		
QUANT	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO		
(1)	Duta dura à parte da 26h.	100			
(2)	IF 0,9% 1000 ml ev, 24h	24			
	RE 1000 ml	10			
(3)	Refentim 1g + AD, ev, 6/6h	10/10 06:30			
(4)	Tx peroxime 2g + AD, ev, 6/6h	24			
(5)	Nanidetox 400mg + AD, ev, 8/8h	24			
(6)	Ticamal 100ml + IF 0,9% 100ml, ev	10			
(7)	Tytatu 40mg + AD, ev, 12/12h	12			
(8)	SHV + CCG 60	10			
<i>12/01/19 - AMA Hospital</i>					
ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO (A)		DESTINO: <i>100</i> RECEBIDO POR:			

 PRESCRIÇÃO MÉDICA		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: <i>Lucenaldo Barros Santos</i> CONVÊNIO: <i>Paticenter</i> Nº PRONTUÁRIO: <i>38088</i>			
Nº:	DATA:	HORA:	QUARTO/LEITO:	HORÁRIO	
QUANTIDADE	PRESCRIÇÃO				
12/01/19	(1) Duta por VO Libre				
	(2) Sfogr. 500ml ev adib.	06			
	(3) Dpoxim 1g + AD ev 6/6h				
	(4) Tizatu 40mg + AD ev 1x/dia				
	(5) Nanidetox 250mg + AD ev 12/12h				
	(6) SHV + CCG 60				
ASS. E CARIMBO DO MÉDICO: <i>Carmo</i>		DESTINO: RECEBIDO POR:			

1ª VIA - PRONTUÁRIO

2ª VIA - FARMÁCIA





**SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAÚDE HOSPITAL JOÃO XXIII
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNACAO**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sra LUCINALDO BARROS SANTOS , assim declarado, já plena autorização ao seu médico assistente CRM _____, Estadão da(a) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e exegutar tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue, outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como contronallando-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a implicações orfundas da eventualidade que da neoplasia e/ou endometriose ovariana que tenha se manifestado, e ao ciôninco abafado.

CAMPINA GRANDE - PB de junho de 2019

CAMPINA GRANDE - 09 de Janeiro de 2019
FRANCIANE ARAÚJO PEREIRA
Praça da Fábrica nº 01, Aprendizagem

de Jesus F. Bento
LUCIANO BARROS SANTOS
Responsável pelo Paciente

Responsável: LUCINALDO BARROS SANTOS
Endereço: R. MARIA MOARES, 45 Bairro LAGOA DE ROCA, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 9867327243



DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

SISTEMA DE TRATAMIENTO E INVESTIGACIÓN



12/03/19

MATERIAL DESCARTAVEIS POSTO 100				
PACIENTE	CONVÉNIO	APTO		
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para diente				
Aiguha de Insulina				
Aiguha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bursta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)				
Espadrapo 30cm	0.2			
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm) 30cm	0.1			
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)	0.6			
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento	0.2			
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de Insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)	100ml	0.1		
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				



Centro Hospitalar João XXIII Sistema de Assistência Social e da Saúde			
NOTA DE SALA RST 154			
Paciente:	Lúcio Maldo Barros Sant'Ana		
Lote:	103-1	Convênio:	Particular
Unidade:	32	Registro:	380.88
Clínica:	Oftalmologista Dr. Lúcio Maldo Barros Sant'Ana		
Cirurgião:	Dr. José Felipe Guidin	Anestesista:	Dr. Vaneira
Instrumentador(a):	André		
Data:	11-01-19	Inicio:	16:30h
QTD	MED. ANESTÉSICAS	QTD	MEDICAÇÕES
01	ALPENTANILA 5ML #		NEOSTIGMINA 5MG/ML
	ATRACURIO 10MG 2,5ML #		NITROGLICERINA 25MG
	BUPIVACAÍNA+GLICOSE 0,5% PESADA 4ML		OMEPRAZOL 40MG
	CETAMINA 50MG 10ML #	01	ONDANSETRONA 4MG 2ML
	CISATRICURIO 10MG 5ML		PROTAMINA 100UIU/ML 5ML
	CLONIDINA 150MCG/1ML		RANITIDINA 50MG/ML 2ML
	ETOMIDATO 2MG 10ML #		SOLUÇÃO CARDIOPLEGICA 10ML
01	FENTANILA 50MCG 2ML #		SULFATO DE MAGNÉSIO 10G 10ML
	FENTANILA 50MCG 10ML #		SUXAMETONIO 10MG 5ML
	FENTANILA+DROPERÍDOL 2ML(NITROPUDOL) #	02	TENOKICAM 20MC
04	MIDA201AM 15MG 3ML #		TROMETAMOL 30MG/ML
	MIDA201AM 50MG 10ML #	000	CLORHEXIDINA ALCOÓLICA
01	MORFINA 1MG 2ML #	000	CLORHEXIDINA DEGERMANTE 4%
	MORFINA 0,2MG 1ML #	02	MATERIAL
	NALOXONA 0,4MG 1ML #	02	AGULHA DESC.13X4,5
	PANCURONIO 2MG 2ML #		AGULHA DESC.25X7,0
	PROPOVAN 199 20ML #	02	AGULHA DESC.40X12
	ROCURONIO 10MG 5ML #		AGULHA PERIDURAL Nº
	SEVOFLURANO 100% 250ML #		AGULHA RAQUE N°
	TRAMADOL 100MG 2ML #	03	ATADURA DE CREPOM Nº 15111
	TRAMADOL 50MG 1ML #		ATADURA GESSADA Nº
QTD	MEDICAÇÕES		BOLSA COLOSTOMIA 30MM
	ACIDO TRANEXAMICO 250MG 5ML		BORRACHA SILICONE Nº204 MT
	AMINOFILINA 24MG/ML 10ML	01	CATETER P/02
03	ÁGUA DESTILADA 10ML		CATETER PEKIUDHAL Nº
	ATROFINA 0,25MG/ML 1ML	02	CAMPО OPERATORIO GRANDE UND.
	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 10ML	04	COMPRESA DE GAZE ENV.C/10UNDOS
	ESMOLOL 10MG/10ML		COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO
02	CEFAZOLINA 1GR		DRENO Nº
	CEPALOTINA 1GR	05	ELETRODO DESCARTÁVEL
	CEFTRIAXONA 1GR		EQUIPO MACRO GOTAS C/INJETOR
	CLORETO DE CÁLCIO 10%10ML		EQUIPO MICRO GOTAS C/INJETOR
	CLORETO DE POTASSIO 19,1% 10ML		SOROS
	CLORIDRATO DE PAPAVERINA 100MG 2ML	02	EQUIPO P/ARTROSCOPIA 4 VIAS
	CETOTROPENOL 100MG IV		ESPARADRIFO
01	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML	02	FILTRO P/RESPIRADOR C/TRAQUEIA
02	DIPRORONA SÓDICA 2ML 500MG/ML	02	FITA MICROPORÉ
	DIMENID+PIRIDOX+GLICOSE+FRUT B6 EV DL		GELCO Nº
	EFSCORINA 50MG 1ML		INTRACATH ADULTO Nº
	ESCORPOLAMINA SIMPLES 20MG 1ML		LAMINA DE DISTU. Nº11
	ESCORPOLAMINA+DIPRORONA 5ML	01	LAMINA DE DISTU. Nº15
	EPINEFRINA 1MG/ML 1ML	03	LAMINA DE DISTU. Nº23
	FITOMONEDIONA 10MG/1ML EV	01	LUVA DE PROCEDIMENTO TAN.º
	FUROSEMIDA 20MG 2ML		LUVA ESTÉRIL Nº6
	GENTAMICINA 80MG 2ML	02	LUVA ESTÉRIL Nº7
	GLICOSE 50% 10ML	02	LUVA ESTÉRIL Nº8
	HEPARINA 500UI 5ML		LUVA ESTÉRIL Nº9
	HIDROCORTISONA 100MG		SERINGA DESC.C/AG 1ML
	HIDROCORTISONA 500MG		SERINGA DESC.C/AG 3ML
	HISOCYL SOL DE CELATINA 3,5% 500ML	03	SERINGA DESC.C/AG 5ML
	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% C/VASO	01	SERINGA DESC.C/AG 10ML
	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% S/VASO		SERINGA DESC.C/AG 20ML
	LIDOCAINA COM VASO 2% 20ML		SERINGA DESC.60ML BICO LONGO
	LIDOCAINA SEM VASO 2% 20ML		SONDA FOLEY 22F
	METRONIDAZOL 500MG 0,5%		SONDA FOLEY 22F
	METOCLOPRAMIDA 10MG 2ML	02	Algodão
			Tempo de Drogante: 01 p/min.
			EQUIPAMENTOS
			() Sondas pulso () Foco Auxiliar
			() Serra () Eletrocautério
			() Desfibrilador () Oxiapneumogálico
			() Foco Fibrilar () Cardiomonitor
			() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico
			Circulações () Resuscitador () Corenplus () I.A.T.O.



Centro Hospitalar João XXII



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:

RONIE BOTIA
JUVENTUS/FITOS

DATA ADMISSIBILITY:

CONVENIO

TOPONIMIA

CONTROLE DE OXIGÉNIO

CONTROLE DE CARGO															
CONTÍNUO ()			CONTÍNUO ()			CONTÍNUO ()			CONTÍNUO ()						
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			



		Evolução (Ass. do Téc. de Enfermagem + Carimbo)
DATA:	HORAS:	
		Doutor orientado para subir mto suave - rea lizar (vermelho direito) Mesa elevada
08-01	20:00	Paciente q. circunsc. taurin. p/ Dr. Felipe Gomes Universidade Santa Ir. Enfermagem. Atendido a consulta. Obs: Coxa R: 10cm L: 12,62
10-01	08:00	Pac. fratur. concerto fechado, espessura apertur. p/ fechar litoral e membrana dura provavelmente p/ hir. o osso, que em testicular + reporta dolores dor, inflamação.
10-01	20:00	Paciente evoluindo: Circunsc. nega. comandante normal (antiguedade) movimento (LH ou RH) quando paciente mantendo braço normalizado, nega. negue os resultados da fratura de encontro
11-03	08:00	Paciente evoluindo orientado ss. salvador, supino, no- moxromo abduz, flexão direita na escápula ordem, elimina- ções presentes, quando cirurgia operativa, com quei- xos e segue os cuidados da enfermagem. Nogueira - 1100545
11-03	14:00	Paciente sentiu sentimento de mal estar, a febre, segue em medicina em farmácia desde ontem às 21:00hs com pre-Operatório que não queria ate o momento a visita obsservar, não se pode seguir os cuidados de enfermagem.
13-03	22:00	paciente proibido de ir ao BE p/ exame de Tomografia Experi- ciencia de dor. Paciente evoluindo, entre os, meus sintomas est. mep. das 06:00hs. Refuso, acha que é Vidente of. H. Valente, presente.



FICHA DE ANESTESIA

ANESTESIOLOGISTA: <i>Damira Silveira G. Nunes</i>	HOSPITAL: <i>0000 XXX</i>	DATA: <i>11/10/19</i>
CPF: <input type="text"/> CRM: 6536		
ANESTESIOLOGISTA AUXILIAR:	CONVÊNIO: <i>Pacto Unico</i>	
CPF: <input type="text"/> CRM: <input type="text"/>	NÚMERO DA CARTEIRA: <input type="text"/>	
PACIENTE: <i>Luzemildo Batista Santos</i>	GUIA DE INTERNACÃO: <input type="text"/>	
IDADE: 32 SEXO: <input type="checkbox"/> MAS <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> ENF <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/>	SENHA: <input type="text"/>	
IMC: <input type="text"/> PESO: <input type="text"/> ALTURA: <input type="text"/> ASA: E-I-II-III-IV-V-VI	INÍCIO: 18:30 TÉRMINO: 19:20	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fistula de Tumozes E</i>	HORÁRIO ESPECIAL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

CIRURGÃO: Dr. Felipe Guedes AUX.: DR. aux.		PROCEDIMENTOS	VIA%
CÓDIGOS			
1	2	<i>Orto no intre de tumozes</i>	
3	4		
5	6		
7	8		
HORA:			
AG. O2 21%	INAL.	MONITORIZAÇÃO	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> PAM	
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> PANI	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ECG	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> PVC	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> TNM	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Esteto. Esofágico	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Esteto. Precordial	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> BIS	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> AN. Gases	
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> SpO2	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
LÍQUIDOS			
S. Glicosado 5%: <input type="checkbox"/>	230 220 210		
S. Fisiológico 0,9%: <input checked="" type="checkbox"/>	200 190 180		
Ringer Lactato: <input type="checkbox"/>	170 160 150		
Conc. de Hemácias: <input type="checkbox"/>	140 130 120 110 100 90 80		
TOTAL = ECG = RS	70 60 50 40 30		
OXIMETRIA: 100 - 100 - 100			
CAPNOGRAFIA			
DIURESE	1 ^ª HORA =	2 ^ª HORA =	3 ^ª HORA =
			4 ^ª HORA =
			T =

DROGAS UTILIZADAS	
1. Midazolam 6mg	9. Refacetina 2g
2.	10.
3. Fentanyl 60mcg	11. Tylose 40mcg
4.	12.
5. Dexmedef 80mcg	13. Tecacosan 10mcg
6.	14.
7. Rocainas p. 18mg	15. Epinefrina 2g
8.	16.
17. Neuraxxim 4mg	25.
	26.
	27.
	28.
	29.
	30.
	31.
	32.

Transferido para: <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> APTO. <input type="checkbox"/> ENF. <input type="checkbox"/>	Técnica/ Observações: <i>SpO2 100% - Caudal</i>	
INDUÇÃO: <input type="checkbox"/> Endovenosa <input type="checkbox"/> Inalatória	M. LARINGEA: <input type="checkbox"/>	BLOQUEIOS: <input type="checkbox"/> Raquianestesia <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Simples <input type="checkbox"/> Contínua <input type="checkbox"/> Caudal
INTUBAÇÃO: <input type="checkbox"/> Traqueal <input type="checkbox"/> Iugular	Nº.: <input type="text"/>	Aguila N° <input type="text"/> Local de Puncão <input type="checkbox"/> Plevra
	SISTEMA: <input type="checkbox"/> Aberto <input type="checkbox"/> Fechado <input type="checkbox"/> C/ Absorção	Nível da Anestesia: <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Superficial



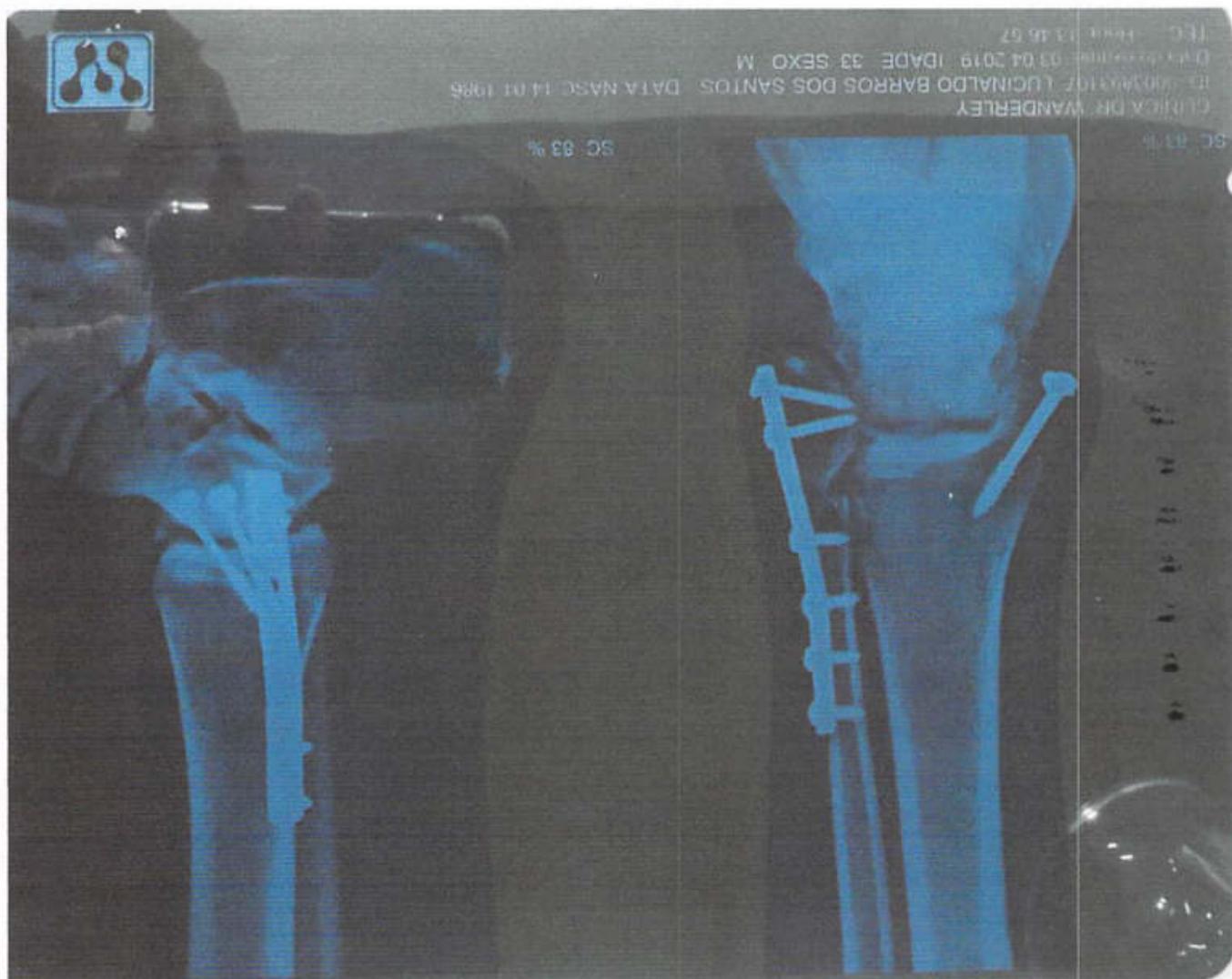


MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

10-01-18

PACIENTE	CONVÉNIO	APTO			
		MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
MATERIAIS					
Frasco para dínta					
Aguilha de Insulina					
Aguilha desc.p/glicemia					
Algodão Ortopédico					
Bolsa de colostomia					
Bureta (microfix)					
Cateter nasal					
Coletor de urina (sist. Fechado)					
Coletor de urina (para incont. Masculina)					
Equipo de Macrogotas					
Equipo de Microgotas					
Equipo de PVC (prvenofix)					
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)					
Espadrapo					
Faixa Crepon (10cm)					
Faixa Crepon (15cm)					
Tira p/glicemia Advantage II					
Gaze (pacote)					
Intracath					
Jelco (angiocath)					
Luva estéril					
Luva Procedimento	02	03	03		
Micropore					
Scalp 18,021 e 23					
Seringa descartável (3ml)					
Seringa descartável (5ml)					
Seringa descartável (10 ml)				06	
Seringa descartável (20 ml)					
Seringa de insulina					
Sonda Enteral					
Sonda Foley					
Sonda nasogástrica					
Sonda Retal					
Sonda uretral					
Torneira de 3 vias					
Água oxigenada (curativo/lavage n)					
Vaseline					
Soro fisiológico (para curativo)					
Xilocaina Gel (p/sonda)					
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)					
Tubo endotraqueal nº					
Fio de Sutura nº					
Fio para tubo					
Faixa p/tubo					
outros					





1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

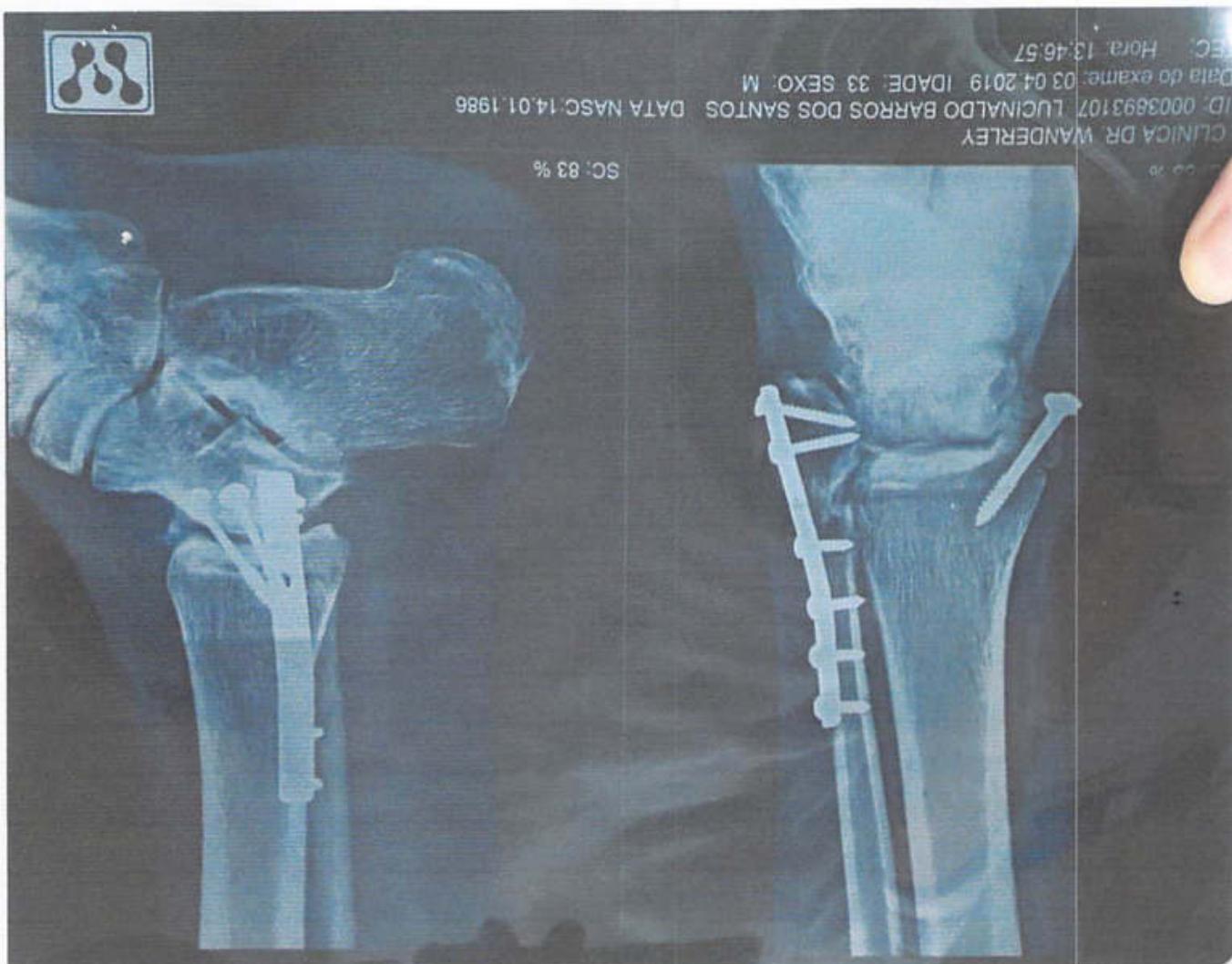
297

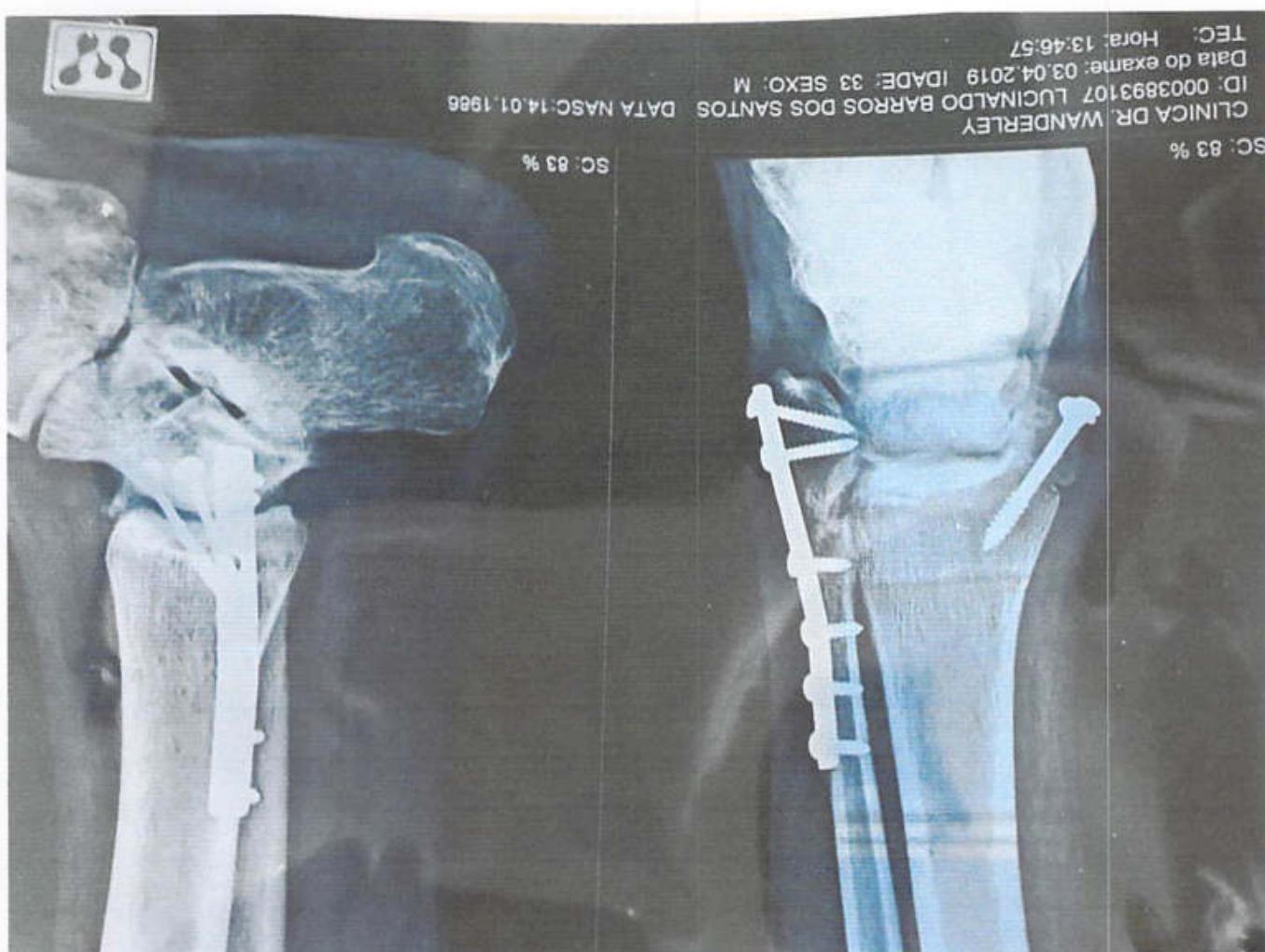
298

299

300

<







Evolução de Enfermagem

NOME:	LEITO:
Luzimil. Bento Soárez	403
06.03.19 Pac. admitido com quadro de entorse no joelho direito, com dor intensa, febre, náuseas, vômitos, alteração da consciência, alterações mentais e sonolência, negando uso de álcool e drogas de enfermagem.	Colmano Paine coren: 119390
09/03/19 Paciente em F.G.E, consciente, orientado, espontâneo, foi liberado de diete diferentes a nata. Pôde ordenar banheira e o mesmo fez um jejum pela manhã para realizar procedimento cirúrgico.	Morgado Enfermeira COREP 375.656
10.03.19 Paciente aguarda procedimento cirúrgico em HSE. Consciente, orientado. Diurese e fezes normais e espontâneas. AVP em HSE. Sem queixas, aos cuidados da enfermagem. Dieta (almoço) foi liberada por ordem médica, procedível cirurgia hoje à noite, aguarda resposta médica.	Renato Maia Brasil COREN PB 544.646-ENF
10.03.19 Pac. c/ EG regular, aguardando realizar cirurgia (ortopédica) HSE, segue consciente, orientado, espontâneo, espontâneo, normotensão, o mesmo manterá jejum após almoço, segue sob os cuidados da enfermagem.	Colmano Paine coren: 119390
15hs - Pac. c/ diete liberada pela anestesista, não realizou a cirurgia somente (11.03) pela manhã, fez jejum ás 22hs	Colmano Paine coren: 119390
11.03.19 Paciente aguarda procedimento cirúrgico, consciente, orientado, espontâneo, febre. Fim jejum ás 22hs. Eliminações vericais e fisiológicas presentes e espontâneas. Com AVP em HSE. Sem queixas, aos cuidados da equipe de enfermagem.	Renato Maia Brasil COREN PB 544.646-ENF



33103/18

MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

PACIENTE	CONVÉNIO	Pant.	APTO 103	
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para denta				
Aguilha de Insulina				
Aguilha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotosensível (branco/Laranja)				
Espanadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento	03	03		
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de Insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaseline				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				





Centro Hospitalar João XXIII
Sistemas de Assistência Social e da Saúde



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

PACIENTE	CONVÉNIO	RECA	APTO 403	
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para dente				
Ajuda de Insulina				
Ajuda desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)				
Espadrinho				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento				
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de Insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaseline				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				

**DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA**

PACIENTE:	Luanaldo Buxws	CONVÊNIO:	Particular AP/ENF:	LEITO:
DATA:	11.01.19	CIRURGIÃO:	D. Felipe Guedes	
1º AUXILIAR:		2º AUXILIAR:		
3º AUXILIAR:		INSTRUMENTADOR:	Anselmo	
ANESTESISTA:	Dra. Camila	TIPO DE ANESTESIA:	Rogini + midazolam	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fratura de Tymozelo			

TIPO DE CIRURGIA: Ortopedico da MIE

USO DO OPME: Nnn

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRICO: O nnn

ACIDENTE CIRÚRGICO: nnn

RELATÓRIO DE PATHOLOGIA:

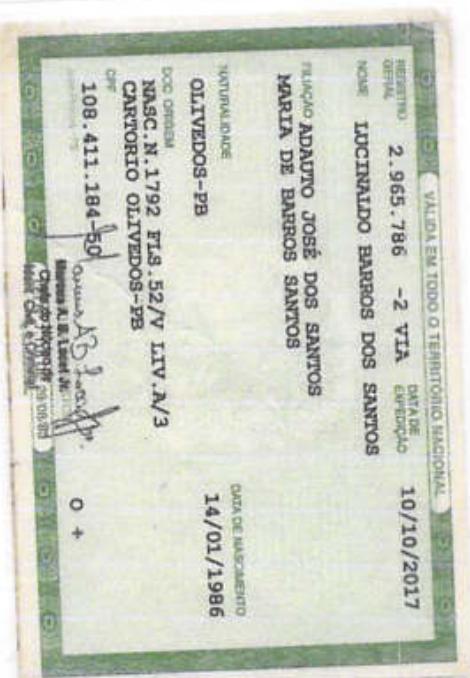
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: nnn

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

DESCRICAÇÃO OPME**DESCRICAÇÃO DOS ITENS UTILIZADOS E AS RESPECTIVAS QUANTIDADES**

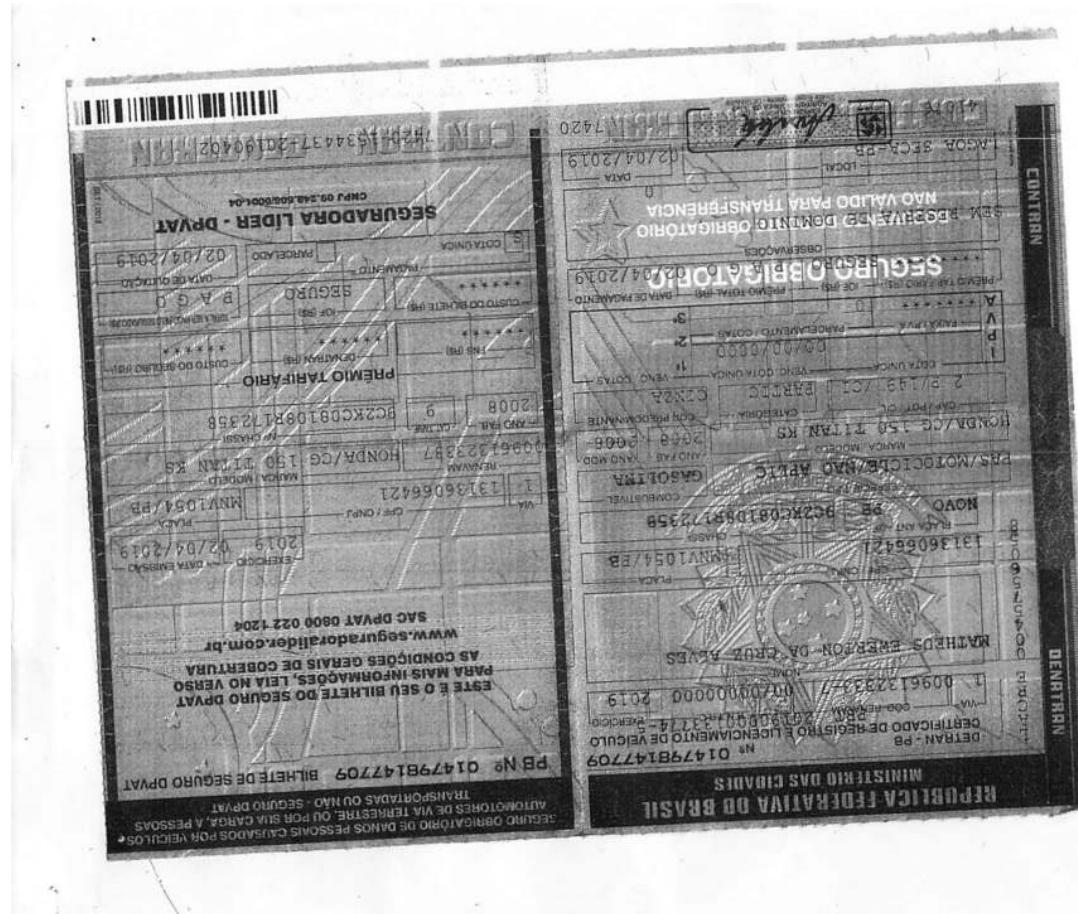
- 1) 100 ml de dextrose 5% em glicose
- 2) Anestesia tópica 10ml
- 3) Meio litro de soro fisiológico 30 mililitros
- 4) Drilito por cima + Redens de fibras coirinhas + fixador m
- 5) Incisivo dental + Redens de fibras + fixador m
- 6) Largura m JKOPX
- 7) Difusa + curva





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=210723111531790000043850571>
Número do documento: 210723111531790000043850571

Num. 46152873 - Pág. 44



Assinado eletronicamente por: SUELI MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?processId=2107231111153179000000043850571>

Número do documento: 21072311115317900000013850571

Num. 46152873 Pág. 45

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200151890 Cidade: Campina Grande Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS Data do acidente: 07/01/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118243/20

Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

CPF: 108.411.184-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/01/2019

Titular do CPF: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUCINALDO BARROS DOS SANTOS : 108.411.184-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020
Nome: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS
CPF: 108.411.184-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.^o 08168475220208150001

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 **LUCINALDO BARROS DOS SANTOS**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo expert, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 21 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.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115457300000043851029>
Número do documento: 21072311115457300000043851029

Num. 46152881 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115457300000043851029>
Número do documento: 21072311115457300000043851029

Num. 46152881 - Pág. 2