



20/01/2022

Número: **0801153-59.2019.8.15.0201**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **13/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.050,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Sucumbência, Honorários Advocatícios**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA (AUTOR)		RAPHAEL DE LIMA MARTINS (ADVOGADO)	
ITAU SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53432199	20/01/2022 12:35	Petição	Petição
53432200	20/01/2022 12:35	2764686_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
53432201	20/01/2022 12:35	2764686_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2017

Carta nº: 11554896

A/C: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170459827 ASL-0322171/17
Vitima: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
Data Acidente: 21/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

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. 00687/00688 - carta_01



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2017

Carta nº: 11580351

A/C: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

Sinistro: 3170459827 ASL-0322171/17
Vítima: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
Data Acidente: 21/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01439/01440 - carta_02



Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2017

Carta nº: 11655568

A/C: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

Sinistro: 3170459827 ASL-0322171/17
Vitima: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
Data Acidente: 21/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000733

Conta: 0000028569-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01381/01382 - carta_15R



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO

Autorização de pagamento



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, JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.206.988 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 19/03/2004
CPF 08197850402 /CNPI 000000000000000000, PROFISSÃO RECUSOU
E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA, 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 ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.800,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura da conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0733 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00028569-0

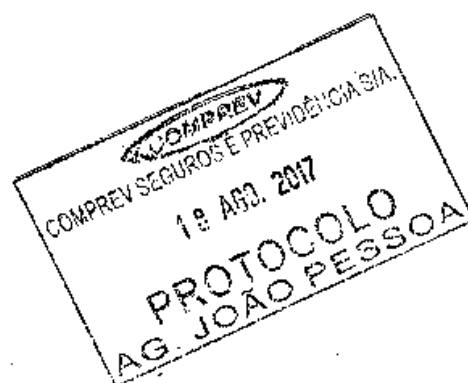
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

INGÁ 15 de AGOSTO de 2017 JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

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





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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jose do Nascimento Almeida
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Cha dos Pereiras, S/N
Zona Rural Inga PB CEP: 58380-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3206988
Data local do exame: [04/09/2017] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**TCE E FRATURA DE FACE (ALVÉOLO DENTÁRIA). PERDA DE QUATRO DENTES INCISIVOS SUPERIORES.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS, REFERE TONTURA, CEFALÉIA, DOR E DIFICULDADE PARA
MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**EVOLUI COM PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS, REFERE QUEIXAS DE TONTURA E CEFALÉIA, DOR E DIFICULDADE PARA
MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.
Data da alta: 10/01/2017.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM SUTURA DOS FERIMENTOS, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA FRATURA DA FACE,
RESULTADO INSATISFATORIO.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
APRESENTA PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS, DOR E DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo
Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



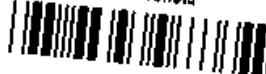
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DO ESTADO
9ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SEDE ITABAIANA
32ª DELEGACIA INTEGRADA DE POLÍCIA CIVIL INGÁ

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

ACIDENTE

Nº222/2017

Boletim de ocorrência



CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, encontramos a ocorrência de nº **222/2017**, que passamos a transcrever na íntegra: Aos TREZE de Abril de 2017, nesta cidade de Ingá, Estado da Paraíba, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Bel. **RICARDO ROLIM RAMALHO**, Delegado de Polícia Civil Plantonista, comigo Policial Civil, por volta das **12h: 05min.**, compareceu o Sr(a). **JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA**, Brasileiro (a), casado, encanador, Ensino Médio Completo, natural de Ingá-PB, nascido (a) em 17/11/1987 com 29 anos de idade, filho(a) de Silvando de Andrade Almeida e de Severina Romão do Nascimento, Carteira de identidade nº 3.206.988 SSP-PB, CPF de número 081.978.504-02, residente no(a) no Sítio Chã dos Pereiras, Zona Rural de Ingá-PB, telefone 83 9 8712 5798. O qual noticiou:

Que o (a) **NOTICIANTE** compareceu a esta Delegacia para relatar que no dia 21/10/2016, por volta das 19h00min, estava entrando na via que dá acesso ao Sítio Chã dos Pereiras, Zona Rural de Ingá/PB em sua motocicleta HONDA/NX 200, ano 1998/1998, de cor verde, placa MNS 1066/PB, Chassi 9C2MD270WWR003829, em nome do noticiante, quando colidiu com dois transeuntes que estavam no meio da via; QUE com a colisão, o noticiante e os dois transeuntes saíram bastantes machucados; QUE o noticiante diz que foi socorrido pelo SAMU da cidade de Ingá/PB, para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, ficando aproximadamente 05 dias internado; QUE fraturou o maxilar, quebrou 04 dentes superiores, cortou o lábio superior, lesões no joelho e varias escoriações por todo o corpo; QUE ficou com sequelas no joelho e nos dentes. Nada mais disse nem foi lhe perguntado.

O signatário ficou ciente nesta DISP que qualquer declaração falsa implicará nas normas do art. 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica). O referido é verdade e dou FÉ. Essa Certidão de Ocorrência Policial tem a validade de 30 a partir da data abaixo citada.

Ingá-PB, 13 de Abril de 2017

JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA
Noticiante

Vitor Prado Freire
Agente de Investigação
Mat. 155.700-9 SEDS/PB

Delegacia de Polícia Civil de INGÁ
Endereço: Rua Getúlio Vargas, nº. 69, Bairro: Centro – Ingá-PB
CEP: 58.300-000, Fones : (83)3394-2301



DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML



Eu, **JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA**, brasileiro, casado, portador do RG. 2.206.988-SSP/PB, e CPF. 081.978.504-02, residente no sítio Chã dos Pereiras, s/nº – na Areia Rural da cidade do Inga-PB..

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Medico Legal p IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ (X) Não há estabelecimento do IML no Município da minha residência; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza pericias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza pericias com um 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 cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, dessa forma, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Medico Legal – IML, concordando, desde de já, em me submeter a pericia medica a custa da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do inciso 1º do art. 3º da Lei 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa pericia não siguenifica previa concordância com a futura avaliação medica ou renuncia do direito de impugna-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do Declarante

Conforme documentação de identificação

INGA-PB, 19 DE JULHO DE 2017.

Local e data





**SAMU
192**



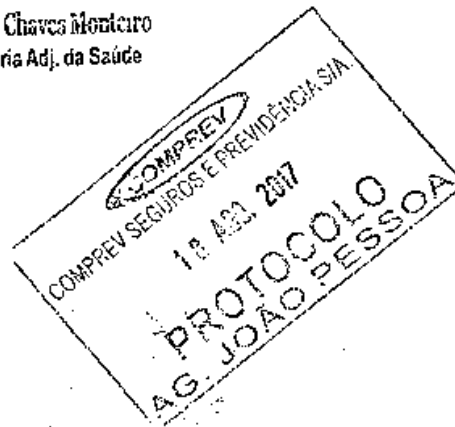
**SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
INGÁ-PB**

Declaramos para devidos fins que o paciente José do Nascimento Almeida, 28 anos, vítima de acidente motociclistico, foi socorrido pelo serviço de Urgência e Emergência 192 Ingá, na data 21 de Outubro de 2016 às 18h 50min e levado ao Hospital de Trauma de Campina Grande.

Ingá, 28 de Março de 2017

EZILÃENE CHAVES MONTEIRO SANTOS
SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE

Ezilãene Chaves Monteiro
Secretária Adj. da Saúde



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:	11/09/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000028569-0

Nr. da Autenticação F1C283EBC4712ACA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

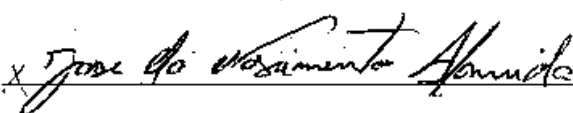
Comprovante de residência

Eu, JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDARG nº 3.206.988, data de expedição 19/03/2004 Órgão SSP-PB

CPF nº 081.978.504-02 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>SITIO CHÁ DOS PEREIRAS</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>AREA RURAL</u>
Cidade	<u>INGA'</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.380-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8889-3447 (83) 9.9976-8160</u>
E-mail	<u>RECUSOU</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: INGA' - 15/08/2017Assinatura do Declarante: X 

ANÁLISE DO NASCIMENTO DEBIBIO
SIT CHA DOS PEREIRAS, S/N - ÁREA RURAL
NGA/PB CEP: 58380000 (AO: 113)

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA TENSÃO QUA MONOPOLIZADA, Km 25 - Canto Verde - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
Ratário: 18 - 88 - 783 - 5005 Referência: Jun/2017 CTP 09085 1830001-40 Insc Est 10010 623-0
Nº medidor 000095531R2 Emissão: 28/06/2017 Nota Fiscal/Conta de Energia (Energia NDI) 428.209
Código para DÍgitos Automáticos: 00018216454

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1626645-4

Jun / 2017

Canal de contato

Apresentação

Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE (a cada 12 meses)
R\$ 10,439, de 28 de Junho de 2007

28/06/2017

Data prevista da próxima leitura

28/07/2017

CPF/CNPJ/RANI

1027087411

Insc. Est. 10010 623-0

Faturas em atraso Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 500Wh-BP	50	0,00000	0,00
Consumo - 51 a 1000Wh-BP	50	0,25007	12,54
Consumo - 101 a 2200Wh-BP	10	0,37021	3,70
Adc. B. Vermecha			0,05
Substão			31,66
ICMS			16,78
PIS			0,73
COFINS			3,39

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA 6,37
Devolução Substão -31,66

Histórico de Consumo (kWh)

Mai/17	113
Abr/17	134
Mar/17	123
Fev/17	100
Jan/17	109
Dez/16	89
Nov/16	87
Out/16	88
Set/16	74
Ago/16	67
Jul/16	98
Jun/16	104

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	71,40	27,00	19,28
PIS	71,40	1,6518	0,72
COFINS	71,40	4,7428	3,39

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

06/07/2017 R\$ 48,11

Mais dos últimos meses

RESERVAÇÃO FISCAL

4296.0b42.9278.e36f.7e7c.015f.2874.efdb.

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Recife

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI MENSAL	11,59	0,00	NONAVAL 270
DI TRIMESTRAL	23,19		
DI ANUAL	46,39		
DI MENSAL	7,87	0,00	CONFIRMAÇÃO LIMITE INFERIOR 202
DI TRIMESTRAL	15,34		
DI ANUAL	30,68	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
DI MENSAL	8,20		
DI TRIMESTRAL	16,40		

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Cda da Energisa PB	8,29	13,01
Compra de Energia	7,35	15,30
Serviços de Transmissão	0,43	0,89
Entregas de Energia	2,27	4,72
Impostos, Oneros e Encargos	31,78	66,02
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	48,11	100,00

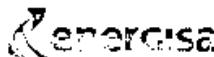
Valor de EUSD (Ref 4/2017) R\$ 13,95

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Baixa Tensão, tendo um desconto de R\$31,68



ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES
RUA DR SEBASTIAO PEDROSA, 251A - INFANTE
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100-000 (A3: 401)



Energisa BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Emissão: 09/08/2017 Referência: Ago/2017 B1220 - KM 151 - Alta Sade - Tds Imob - Campina Grande / PB - CEP 58420-700
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO CNPJ 08.826.695/0001-65 Ins. Est 18.003.838-1
Roteiro: 3 - 401 - 125 - 0250 Nº medidor: 0006071234

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 038 774
Cód. plant. Gás. Autenticação: 0000242018

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Ago / 2017	09/08/2017	06/09/2017	2784903443
UC (Unidade Consumidora):			4/242066-9
Canal de contato			

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias		
Data 07/07/17	Leitura 4942	Data 09/08/17	Leitura 4943	1	101	33		
Demonstrativo								
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa de Tabela (R\$)	Valor Base Cál. (R\$)	Atq. (R\$)	Base Cál. Fio (R\$)	Coef. (R\$)	
0801	Consumo em kWh	101,000 0,842146	64,85	64,85 27	17,51	64,85	0,70	3,45
0801	Adc. B Amarela		2,18	2,18 27	0,58	2,18	0,02	0,12
0801	Adc. B Vermelha		1,28	1,28 27	0,34	1,28	0,01	0,07
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0801	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA		6,18	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	JUROS DE MORA 07/2017		0,09	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 07/2017		1,52	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC Código de Classificação do Item TOTAL: 75,08 63,30 19,44 69,30 0,70 3,64

Média últimos meses (kWh) 147
VENCIMENTO 16/08/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 78,09

Histórico do Consumo (kWh)
124 | 149 | 154 | 151 | 173 | 181 | 148 | 179 | 142 | 121 | 111 | 85
Jul17 | Jun17 | Mai17 | Abr17 | Mar17 | Fev17 | Jan17 | Dez16 | Nov16 | Out16 | Set16 | Ago16

CPF: 000.000.000-00
b707.24ab.489f.f9bd.095d.ec6d.623d.18b6

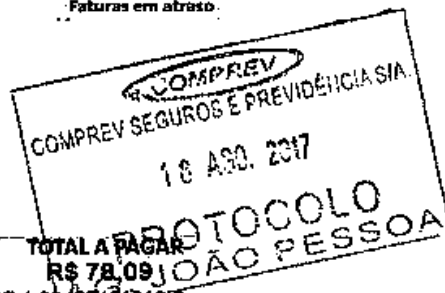
Indicadores de Qualidade			Comprovante do Consumo		
8/2017 - Campina Grande 1			Discriminação		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Valor (R\$)	%
DIVERSAL	0,00	NOMINAL 220	Serviço de Dist. de Energia	15,13	19,37
ENC. TRIMESTRAL	10,02		Consumo de Energia	22,28	28,54
ENC. ANUAL	21,25	CONTRATADA LIMITE SUPERIOR 202	Serviço de Transmissão	0,04	1,06
ENC. MENSAL	3,39		Energias Geradas	0,09	2,78
ENC. TRIMESTRAL	6,60	LIMITE SUPERIOR 231	Impostos, Oneros e Encargos	32,85	41,92
ENC. ANUAL	13,20		Outros Serviços	0,00	0,00
ENC. MENSAL	3,02		Total	78,09	100,00
ENC. TRIMESTRAL	12,27				

Valor do EUSD (R\$) 8/2017 R\$ 21,17

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Leitura confirmada



Energisa BORBOREMA
Póximo: 3 - 401 - 190 - 3990
Métricas: 242066-2017-03-4

VENCIMENTO 16/08/2017

TOTAL A PAGAR R\$ 78,09

Comprovante de residência



**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.

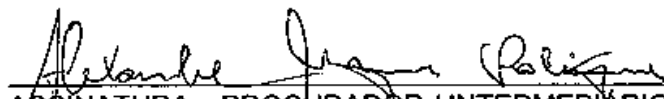
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

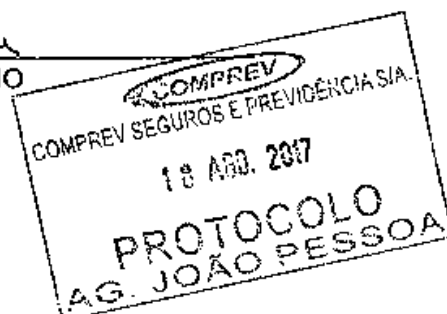
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES, portador(a) do RG nº 2.039.345, expedido por SSP/PB, em 26 / 11 / 2013, CPF/CNPJ nº 027.849.034-43, na qualidade de procurador(a) / intermediário (a) do beneficiário (a) JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

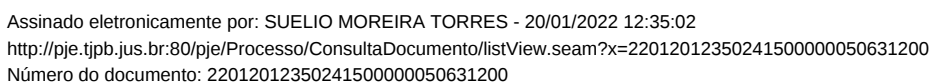

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



11/11/77

[illegible]

COMPREV
18 AGO 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Jose do Nascimento Almeida</u>	
End: <u>St - Choi das Faveiras</u>	Bairro: <u>Zona quiza</u>
Data de Nascimento: <u>7/11/87</u>	Documento de Identificação: <u>11001 PPS</u>
Queixa: <u>Acd. do</u>	Data do Atend.: <u>01/10/16</u> Hora: <u>01:30</u> Documento:
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não	

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

cinquenta
☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

21/10 23:59

TCB EV 511

PD 3PB fnt p fegora

p wntos p cont

a urindo = non

et ee = non

AUA rec 8

DESTINO DO PACIENTE: 1 1 3s 1 hs.

☐ Centro cirúrgico: ☐ Alta hospitalar ☐ A reavali
☐ Informação (setor): ☐ Decisão médica

☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL: ☐ Óbito

Suelio Moreira Torres

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

22/10/16

Parecer de Ortopedia

ORTOPEDIA

Paciente com história de

trauma no joelho

- Trauma no joelho

- Trauma no joelho

(d. R. 51 mm x 1 fnt)

 Dr. Carlos Amado Filho
 Ortopedia - Hospital São João
 Rua Adalberto de
 1411 - 13113-110
 João

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

 [] [] [] [] [] []
 [] [] [] [] [] []
 [] [] [] [] [] []
 [] [] [] [] [] []

 [] [] [] [] [] []
 [] [] [] [] [] []
 [] [] [] [] [] []
 [] [] [] [] [] []

 [] [] [] [] [] []
 [] [] [] [] [] []
 [] [] [] [] [] []
 [] [] [] [] [] []




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 LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

254 237

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

17 / 11 / 1987

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Imperatriz

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

MA

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fractura do osso do antebraço

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

condições clínicas / estado geral

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

análise clínica

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fractura do osso do antebraço

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

laferase

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CUNIA

Bat

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

urgente

28 - DOCUMENTO

1 - CNES 1 - OFCP

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

03091879114-03

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Sérgio Carlos de F. Almeida

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/10/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Sérgio Carlos de F. Almeida
Geografia e Topografia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CIDA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

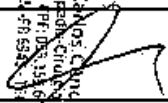
() CNES () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

José Nascimento Almeida

 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				REQUISIÇÃO DE EXAMES									
NOME:		<i>José Nascimento Almeida</i>						PRONTUÁRIO:							
IDADE:		SEXO: M ☒ F ☐		COR: B ☒ P ☐ A ☐		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEITO:	
DADOS CLÍNICOS:															
MATERIAL A EXAMINAR:															
EXAMES SOLICITADOS: <i>RX joelho e perfil</i>															
URGÊNCIA: ☐				ROTINA: ☐				 Dr. Carlos Augusto Oftalmologista CRM: 135.674 R-123							
DATA:				HORA DA SOLICITAÇÃO:											
Carimbo e Assinatura do Médico															

MOD. 002



 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME: JOSE DO NASCIMENTO		PRONTUÁRIO:			
ALNOME: DA					
IDADE:	SEXO: M ☐ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:
					ENF.:
					LEITO:
DADOS CLÍNICOS: Trauma de face					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: RA de face. T.D. Perfil.					
URGÊNCIA: ☐		ROTINA: ☐			
DATA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:			
Carimbo e Assinatura do Médico					

RAIO X
REALIZADO EM:
22/10/16

MOD. 002





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	José do Nascimento Almeida										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:			
	M ☒ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐									

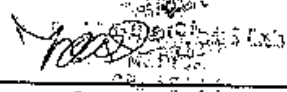
DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG Abdominal - FAST

ULTRASSOM
Realizada em: 21/10/16

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	 Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 21/10/2016	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>João do Nascimento Almeida</u>		23. 10. 16	
IDADE: <u>88</u>	SEXO: ☒ M ☐ F	DATA DE NASCIMENTO: <u>23. 10. 16</u> às <u>8:50</u> h	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u>8</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐ NORMOPOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ EUPNEICO ☒ BRADIPNEICO ☐		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐		
	DEÂMBULA ☒ DEÂMBULA C/ APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐		
	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VOM ☒ SNG ☐ SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐		
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM:			
☒ RISCO DE QUEDA		CD/FR: <u>Risco de queda</u>	
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:	
☒ RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR: <u>Processo infeccioso</u>	
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		CD/FR:	
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR:	
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA		CD/FR:	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR:	
☐ NÁUSEA		CD/FR:	
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA		CD/FR:	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:	
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ FICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO		CD/FR:	
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD/FR:	
		CD/FR:	
		CD/FR:	
		CD/FR:	
Eliete da Silva		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
ENFERMEIRA		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		<u>10 18</u>	
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>continua</u>	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>"</u>	
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE		<u>"</u>	
☒ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>"</u>	







BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:	<u>José do Nascimento Almeida</u>				
IDADE:	<u>928</u>	SEXO:	M ☐ F ☒	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às h
SETOR:	<u>Amanhecer</u>			LEITO:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☒	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐	TAQUIPNEICO ☐	EUPNEICO ☒	BRADIPNEICO ☐	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐	SVD ☐	
MOBILIDADE:	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐		
	DEÂMBULA ☒	DEÂMBULA C/APOIO ☐	ACAMADO ☐	S/ DEFICITE MOTOR ☐	
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐	RESTRITO NO PEITO ☐	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VG ☒	SNG ☐	SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐	CAQUÉTICO ☐	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
☒ RISCO DE QUEDA			CD/FR:		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO			CD/FR:		
☒ RISCO DE INFECÇÃO			CD/FR:		
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal			CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL			CD/FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA			CD/FR:		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO			CD/FR:		
☐ Náusea			CD/FR:		
☐ Dor aguda ☐ Dor crônica			CD/FR:		
☐ Padrão respiratório ineficaz			CD/FR:		
☐ Mobilidade no leito prejudicada			CD/FR:		
☐ Déficit no auto cuidado ☐ Alimentar-se ☐ Para banho			CD/FR:		
☒ Integridade da pele prejudicada			CD/FR: <u>Resposta</u>		
☐ Risco para int. pele prejudicada			CD/FR:		
☐ Risco de síndrome do desuso			CD/FR:		
☐			CD/FR:		
☐			CD/FR:		
☐			CD/FR:		
☐			CD/FR:		
Eliete da Silva ENFERMEIRA COREN-PR 368265			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			10 18		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			contínuo		
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			"		
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
☒ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS RESPOSTAS DO PACIENTE.					





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

PACIENTE:	José do Nascimento Almeida
DATA DO EXAME:	21/10/16

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

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

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
Radiologia e Diag. por Imagem
CRM 6933



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FLYERS ALSO RENTALS

[illegible]



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:	João da Vassilagem A Almeida				
IDADE:	08	SEXO:	M [X] F []	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às h
SETOR:	Amanha / Sala 5 / BHF	LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Paralisação de Lado.				
ALERGIAS:	SIM [] NÃO [X]	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM [] NÃO [X]	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM [] NÃO [X]	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM [] NÃO [X]	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO [] NORMOPOTENSO [X] HIPERTENSO []				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE [X] INCONSCIENTE [] ORIENTADO [X]				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO [] TAQUIPÉNICO [] EUPNEÚCO [X] BRADIPNEÚCO []				
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL [X] POLÚRIA [] OLIGÚRIA [] SVD []				
MOBILIDADE:	DUSÚRIA [] CISTOSTOMIA [] ANÚRIA []				
	DEÂMBULA [X] DEÂMBULA C/APOIO [] ACAMADO [] SI DEFICITE MOTOR [X]				
	TETRAPLEGIA [] HEMIPLEGIA [] PARESIA [] RESTRIÇÃO NO PEITO []				
SIST. GAS. ROINTÉATINAL: (DIETA)	VOL [X] SNG [] SNE []				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO [X] DESNUTRIDO [] OBESO [] CAQUÉTICO []				
DADOS VITAIS:	PA: 130/60 T: FR: FC: PESO:				
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
[] RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
[] RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
[X] RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: Processos infecciosos				
[] RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal	CD/FR:				
[] RISCO DE GLUCEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
[] RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA [] RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:				
[] RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
[] NAUSEA	CD/FR:				
[X] DOR AGUDA [] DOR CRÓNICA	CD/FR: P/L Patologia				
[] PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
[] MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
[X] DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO [] ALIMENTAR-SE [] PARA BANHO	CD/FR: P/L Patologia				
[] INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
[] RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
[] RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
[]	CD/FR:				
[]	CD/FR:				
[]	CD/FR:				
[]	CD/FR:				
Assinatura do Enfermeiro Responsável: <i>Rafael Silva</i>		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
[X] MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS	APRAZAMENTO	ASSINATURA			
[] REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	12 H e 16h				
[] ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
[] INSTALAR CATETER DE O ₂ A O _L /MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
[] AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
[] ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
[] POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
[] MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
[X] MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	Pautinas				
[X] ASSISTÊNCIA AO AUTOCUIDADO.	4				
[X] REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.	9				





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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	José de Nascimento Almeida										PRONTUÁRIO:	348
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:				
	M ☒ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐										

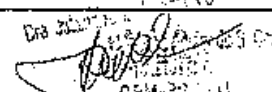
DADOS CLÍNICOS:

RADIO X
REALIZADO EM:
22/10/16

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

- Raio X de Joelho (E) AP/P
- Raio X de ombro (E) AP/P
- Raio X de antebraço (E) AP/P
- Raio X de fêmur AP
- Raio X de Pelve AP

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	 Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 21/10/2016	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002



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



[illegible]

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fratura Alveolar dental

Paciente	Nome do Paciente	Alcunha	Leito	Convênio
	Yose do Nascimento Almeida			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
02/01/22	1) Dieta Líquida Pastosa 2) 01 Cefazolin 500mg IV alternado 3) SF 0.9% 1000ml EV alternado 4) 01 Diclofenaco 75mg 2x EV 5) 01 Paracetamol 1000mg 4x EV 6) 01 Nimesulida 100mg 2x EV 7) 01 Nimesulida 100mg 2x EV 8) 01 Nimesulida 100mg 2x EV 9) 01 Nimesulida 100mg 2x EV 10) 01 Nimesulida 100mg 2x EV 11) 01 Nimesulida 100mg 2x EV 12) 01 Nimesulida 100mg 2x EV	15:00 15:00 15:00 15:00 15:00 15:00 15:00 15:00 15:00 15:00 15:00 15:00	1) Exame físico: Fratura alveolar dental, sem deslocamento. 2) Exame de radiografia: Fratura alveolar dental, sem deslocamento. 3) Exame de tomografia: Fratura alveolar dental, sem deslocamento. 4) Exame de ressonância: Fratura alveolar dental, sem deslocamento. 5) Exame de ultrassom: Fratura alveolar dental, sem deslocamento. 6) Exame de eletrocardiograma: Fratura alveolar dental, sem deslocamento. 7) Exame de eletroencefalograma: Fratura alveolar dental, sem deslocamento. 8) Exame de eletromiograma: Fratura alveolar dental, sem deslocamento. 9) Exame de eletrodermografia: Fratura alveolar dental, sem deslocamento. 10) Exame de eletroretinografia: Fratura alveolar dental, sem deslocamento. 11) Exame de eletrooculografia: Fratura alveolar dental, sem deslocamento. 12) Exame de eletroacústica: Fratura alveolar dental, sem deslocamento.	

MOD. 015



Page 16 of 16

६५

54

Melospiza chrysola

1902-1903 Annual Report

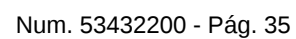
no. 10, 2nd floor

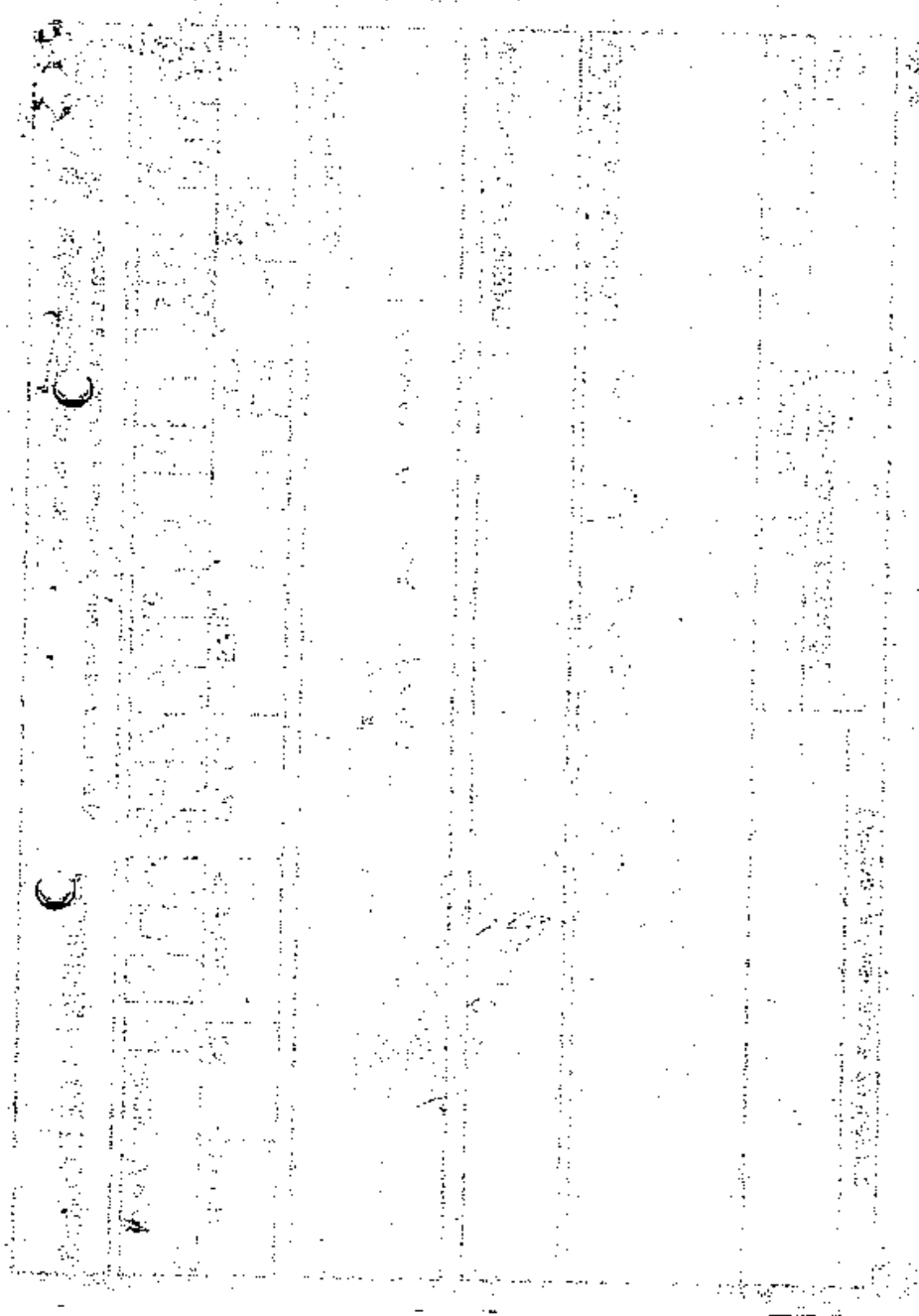
11/20/2014

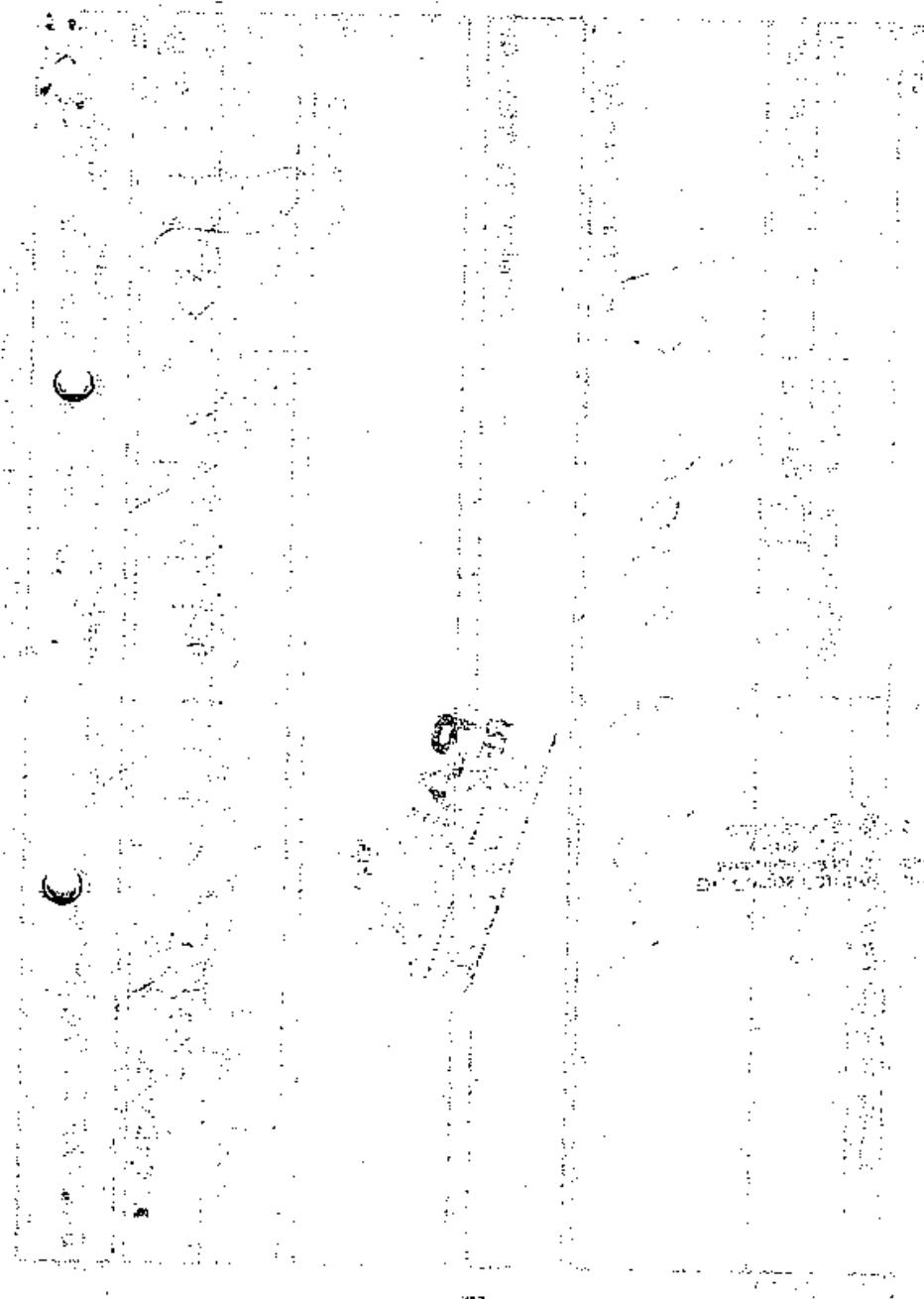
1000

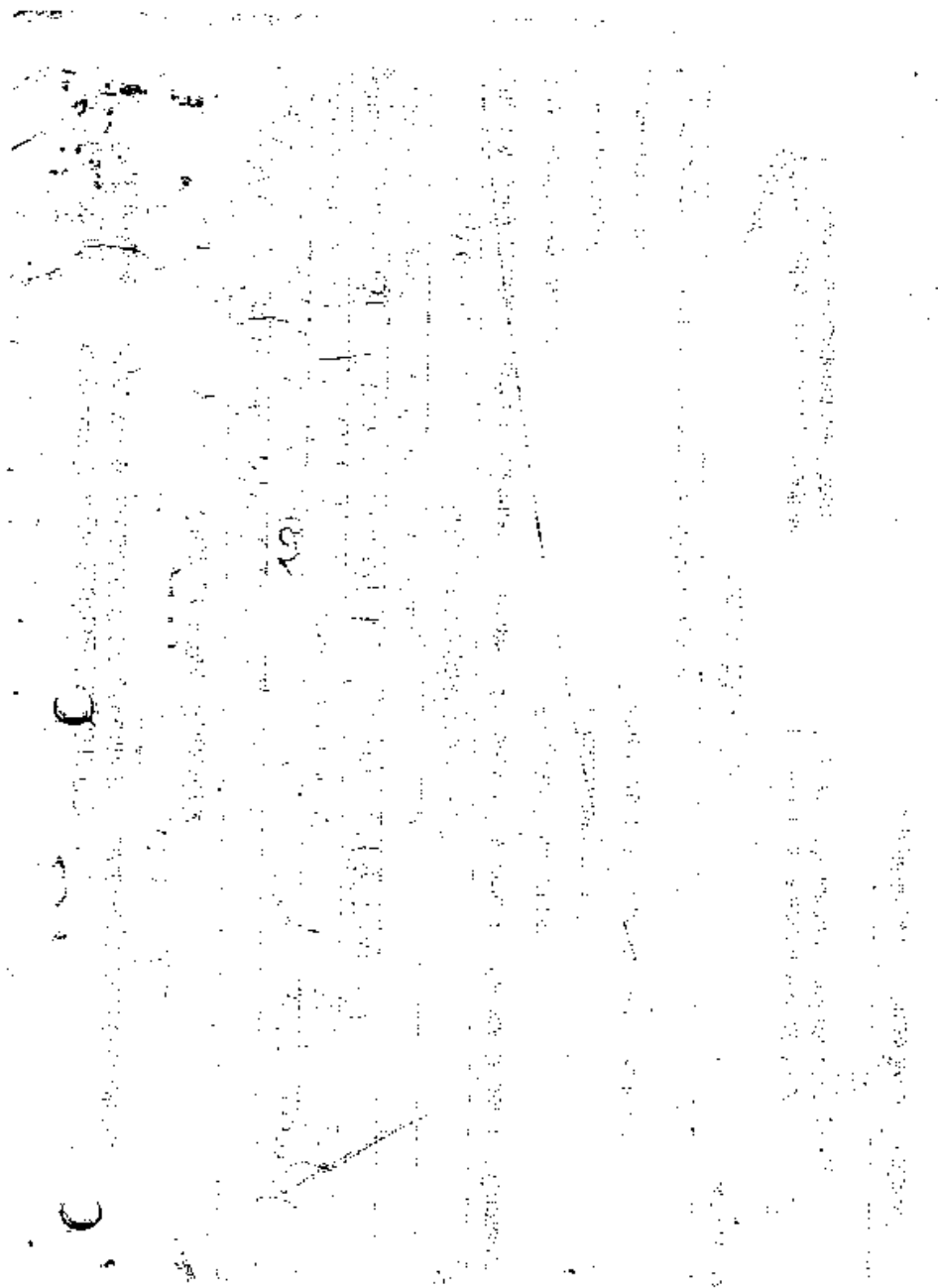
1-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-104

25. 55. 53. 40. 10. 22. 20













Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda.
Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69
Rua Rodrigues Alves, 1580 - Bodocongó CEP: 58101-291
Campina Grande-Paraíba Fone: (83)3333-3000

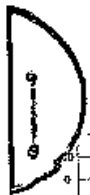
Avaliação Audiológica

WmAudio (#WAUDI218359)

Emissão: 19/07/2017

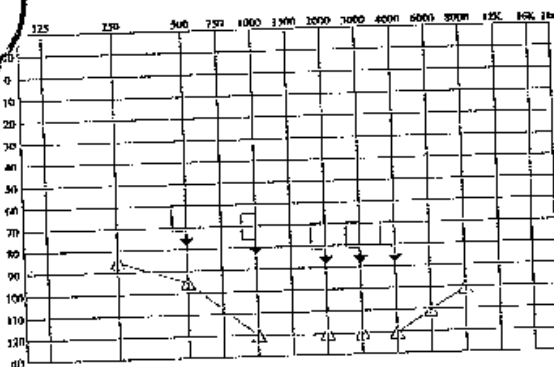
Funcionário/Paciente: JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA
Idade: 29 anos e 8 mes(es) Sexo: Masculino
Audiômetro: BETA 6000 (Última Aferição: 05/08/2016)

Data do Exame: 19/07/2017
Tipo Consulta: Particular

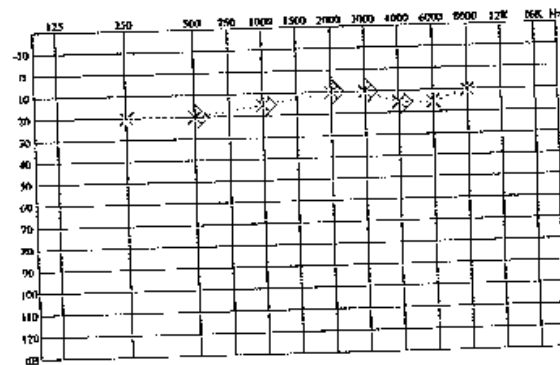


AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA



ORELHA ESQUERDA

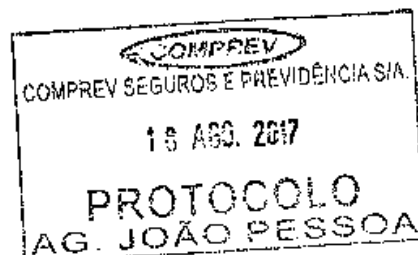


Mascaramento (em dB)

	VA / NB		VO		LOGO Quant
	Min	Max	Min	Max	
OD					
OE	50	60			

PARECER AUDIOLÓGICO

Limites auditivos dentro dos padrões da normalidade na OE. Perda auditiva sensorineural de grau severo a profundo na OD.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2022 12:35:02
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012012350241500000050631200

Número do documento: 22012012350241500000050631200





Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF – Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
Habilitada pelo TJPB para Laudos DPVAT

LAUDO CINETICO FUNCIONAL

José do Nascimento Almeida
Endereço: Sítio do Chã dos Pereiros, Zona Rural, Ingá, PB.

Data do Sinistro: 21 de outubro de 2016.
Acidente de Moto.

Socorrido para o Hospital de Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB, conforme em anexo (prontuário hospitalar).

Descrição da vítima: Queda de moto, com ferimento profundo no lábio superior e pancada na cabeça do lado direito.

Tratamento: conservador: através de limpeza suturas nos ferimentos no lábio superior e perca dentária.

Apresentou as seguintes sequelas:

Trauma de Face

- Audição lado direito comprometida Audiometria em anexo.
- Dificuldade de mastigas alimentos duros devido comprometimento da arcádia dentária.

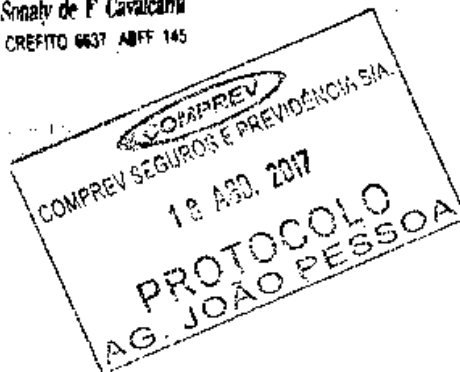
Conclusão: O grau da Incapacidade funcional atual é Leve em torno de 30% para o Trauma de Face. Com relação à Audição laudo da Audiometria.

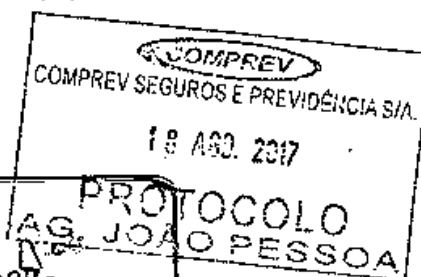
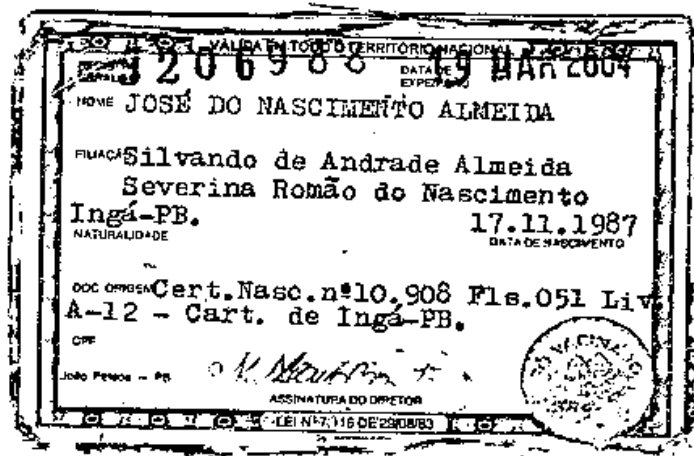
Campina Grande, 20 de julho de 2017.

Sonaly de Fatima Cavalcanti

Dra. Sonaly de F. Cavalcanti
CREFITO 6637 ABFF 145

Rua Otaviano Bezerra da Cunha, 81, Prata, Campina Grande, PB. Cel. 83.9.8801.8127





Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-234

Alexandre Marques Rodrigues
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.039.345 -2 VLT 26/11/2013
NOME ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES
FILIAÇÃO NEURI RODRIGUES DE SOUZA
MARIA DE LOURDES MARQUES RODRIGUES
NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 30/06/1977
DOC ORDEM NASC.N. 0936 FLS. 133 LIV. 002
CARTÓRIO MASSARANDUBA-PB
CPF 027.849.034-43
ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



1. The first step is to identify the key components of the system. This includes understanding the hardware, software, and data involved.

[illegible]

3 Nº 013152827848 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

SAC DPVAT 0800 02271204

2011/09/06/2011
Exatidão 7 DATA EMISSÃO
JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
CPF/CNPJ
PLACA

00700688064 HONDA/NX 200

DO BULVARE (RS) *****	OP (RS)	IRAO (RACIA) (SEPARAR AO P A G O
PAGAMENTO =	SEGURO	
		DATA DE QUITAÇÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.246.008/0007-04
19607-1453510-20170609

COMPREV S/A
10/05/2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170459827 **Cidade:** Ingá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA **Data do acidente:** 21/10/2016 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE e fratura de face (alvéolo dentária). Perda de quatro dentes incisivos superiores.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta perda de elementos dentários, refere tontura, cefaleia, dor e dificuldade para mastigação de alimentos sólidos.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com sutura dos ferimentos, acompanhamento ambulatorial da fratura da face, resultado insatisfatório.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional residual de estruturas crânio faciais.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322171/17

Vítima: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

CPF: 081.978.504-02

Data do Acidente: 21/10/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros



ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES : 027.849.034-43

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA : 081.978.504-02

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/08/2017
Nome: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES
CPF/CNPJ: 027.849.034-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.759.064-40

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



Procuração



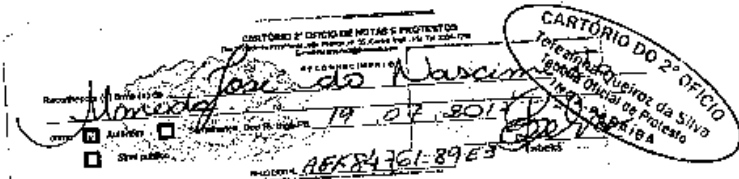
Procuração Particular

SAIBAM os que este Particular Instrumento de Procuração bastante virem que aos dezoito (18) dias mês de julho do ano de Dois Mil e Dezessete (2017), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, compareceu como outorgante, o Sr. **JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA**, brasileiro, casado, portador do RG. 2.206.988-SSP/PB, e CPF. 081.978.504-02, residente no sítio Chã dos Pereiras, s/nº – na Areia Rural da cidade do Inga-PB, na melhor forma de Direito nomeia e constitui seu bastante procurador, o Sr. **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**, brasileiro, casado, autônomo, portador RG. 2.039.345-SSP/PB, e CPF. 027.849.034-43, residente na Rua Dr. Sebastião Pedrosa, nº 25-A, no Bairro do Mirante – nessa cidade de Campina Grande-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para em nome dele outorgante representá-lo perante as SEGURADORAS, referente ao seguro DPVAT, podendo para tanto dito procurador, assinar, acompanhar a tramitação do processo, tomar ciência dos despachos, cumprir exigências, juntar e retirar documentos, requerer, recorrer, em fim, praticar todos os atos relativos e necessários ao fiel cumprimento deste mandato, cujos poderes aqui outorgados são específicos como acima estão citados.



Campina Grande-PB, 18 de julho de 2017.

x José do Nascimento Almeida
JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA - OUTORGANTE





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO 1 VARA MISTA DA COMARCA DE INGA/PB

Processo n.º 08011535920198150201

ITAU SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA**, 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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais).

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,

INGA, 28 de dezembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2022 12:35:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012012350278900000050631201>
Número do documento: 22012012350278900000050631201