



Número: **0815338-86.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.192,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Honorários Periciais, Honorários**

Advocatícios

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSMAN PEREIRA COSTA (AUTOR)		RAPHAEL DE LIMA MARTINS (ADVOGADO)	
ITAU SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42936062	11/05/2021 11:12	Petição	Petição
42936069	11/05/2021 11:12	2771414_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
42936072	11/05/2021 11:12	2771414_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423682

Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSMAN PEREIRA COSTA

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, contatos 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,

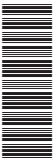
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14554331

Pag. 00779/00780 - carta_01 - INVALIDEZ

00030390





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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423682

Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSMAN PEREIRA COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00425/00426 - carta_03 - INVALIDEZ

00070213



Carta nº 14554769





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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423682

Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSMAN PEREIRA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

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

Recebedor: JOSMAN PEREIRA COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 2221

Conta: 0000042228-1

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, retorne 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

Pag. 01761/01762 - carta_15R - INVALIDEZ





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, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190423682

Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSMAN PEREIRA COSTA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 10/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00073/00074 - carta_09 - INVALIDEZ

00020037



Carta nº 14764317





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0234939/19 3 - CPF da vítima: 016.199.684-10 4 - Nome completo da vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSMAN PEREIRA COSTA 6 - CPF: 016.199.684-10
7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: RUA: SARGENTO EDSON SALES 9 - Número: 364 10 - Complemento: 1º ANDAR
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.407-033
15 - E-mail: RECUSOU 16 - Tel.(DDD): (83) 9.9614-5661

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2221 CONTA: 00042228 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascidos (vivos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

11 JUL 2019

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAMPINA GRANDE - 11 DE JULHO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

(assinadas) não solucionadas)

CAIXA



"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Canal de Atendimento ao Consumidor

CGC/AGÊNCIA : 2221 / FICP, PB
CONTA : 013.00042228-1
NOME : JOSEMAN PEREIRA COSTA





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (81) 3310-9319



Ocorrência Nº 000148/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que reverendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000148/19 registrada em 28/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:30 horas, compareceu o Sr. JOSMAN PEREIRA COSTA, com 27 anos de idade, filho de JOSIMAR ALVES DA COSTA e RILHERDE PEREIRA DO NASCIMENTO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Medio Incompleto, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 3.362.988, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SARGENTO EDSON SALES, 364, bairro MONTE CASTELO, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Afirma o comunicante que por volta das 18h20min do dia 29.12.2018, estava trafegando pela Rua Tomé de Souza, no Bairro de José Pinheiro, nesta cidade de Campina Grande/PB, ocupando como "carona" a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESDI, ano/modelo 2014/2015, cor vermelha, chassi nº 9C2KC1680FR504389, de placa PMN-2270/PB, licenciada em nome de Hyllker Barbosa Silva, pilotada pelo proprietário, quando um ciclista não identificado desceu de uma calçada e entrou na pista de rolamento, sem a atenção devida, sendo inevitável a colisão, tendo o condutor da motocicleta perdido o controle de direção e todos caíram ao solo, ocasionando ferimentos graves no comunicante, ficando desacordado, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor da moto e o ciclista sofreram apenas escoriações pelo corpo; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTran; Que, no momento do acidente não chovia e a luminosidade do local é precária, não encontrando-se o comunicante ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o ciclista que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 28 de Junho de 2019

JOSMAN PEREIRA COSTA
Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
Escrivão





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0234939/19

3 - CPF da vítima:

016.199.684-10

4 - Nome completo da vítima:

JOSMAN PEREIRA COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

JOSMAN PEREIRA COSTA

6 - CPF:

016.199.684-10

7 - Profissão:

RECUSOU

8 - Endereço:

RUA: SARGENTO EDSON SALES

9 - Número:

364

10 - Complemento:

1º ANDAR

11 - Bairro:

MONTE CASTELO

12 - Cidade:

CAMPINA GRANDE

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.407-033

15 - E-mail:

RECUSOU

16 - Tel. (DDD):

(83) 9.9614-5661

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2221

CONTA:

00042228

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

22 - 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

24 - Data do óbito da vítima:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (foi nascido)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha
11 JUL 2019
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAMPINA GRANDE - 11 DE JULHO DE 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

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: 29/12/2018	HORA: 18:20 HRS	ID Nº: 1746834
NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R - TOMÉ DE SOUSA - JOSÉ PINHEIRO		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 22 de janeiro de 2019.



Deoclécio F. Nascimento
SUPERVISOR
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



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: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSMAN PEREIRA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000042228-1

Nr. da Autenticação B0FFCFB4EC259444



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é exigível via de conta

Bolero para simplificar pagamento da conta Encargos de energia elétrica Nº 003.901.150



ENERGISA DORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 150 - Alça Suddeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-00 Insc. Est. 16.903.539-1

DADOS DO CLIENTE

JOSMAN PEREIRA COSTA
RUA SGT EDISON SALES 364 1º ANDAR
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/163671-1

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

06/06/2019

CONSUMO

126

VENCIMENTO

13/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 84,11

Acesse: www.energisa.com.br



15000-0000

JOSMAN PEREIRA COSTA

Telefone: 04-401-258-4850

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/07/2019

VENCIMENTO

13/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 84,11

MATRÍCULA

163671-2019-06-E





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, HYLLKER BARBOSA SILVA,
RG nº 4.183.580, data de expedição 20/08/13,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 705.814.634-98,
com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA: YAYA DE AZEVEDO, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
JOSMAN PEREIRA COSTA, cujo o condutor era
JOSMAN PEREIRA COSTA,
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: CG 150 FAN ESDI Ano: 2014
Placa: PMN 2270 Chassi: 9C2KC1680FR 504389
Data do Acidente: 29/12/2018

Local e Data: CAMPINA GRANDE - 18 DE JUNHO DE 2019

5º Ofício

X Hyllker Barbosa Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REGINA FRANCA
Mecânico, como Autêntica e Verdadeira, a(s) Firmante(s) de:
HYLLKER BARBOSA SILVA
Em test.da verdade, Campina Grande-PB 25/06/2019 12:27:47
Pauline Viana dos Santos - Substituta
(2019-004594)EML:R\$ 29,91 FAPENGR: 0,29 FEPU:R\$ 1,98 ISOL:R\$ 1,98
SELO DIGITAL: A1019080-9FXD
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Pauline Viana dos Santos
Substituta





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, **HYLLKER BARBOSA SILVA**

RG nº **4.183.580**

data de expedição **20 / 08 / 2013**

Órgão **SSP/PB**

portador do CPF nº **705.814.634-98**

com domicílio na cidade de **CAMPINA GRANDE**, no Estado de

PARÁIBA

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA: YAYA DE AZEVEDO

nº **260**

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JOSMAN PEREIRA COSTA

cujo o condutor era

HYLLKER BARBOSA SILVA

Veículo: **MOTOCICLETA** Modelo: **CG 150 FAN ESDI** Ano: **2014**

Placa: **PMN 2270** Chassi: **9C2KC1680FR504389**

Data do Acidente: **29 / 12 / 2018**



Local e Data: **CAMPINA GRANDE/PB - 23 DE JULHO DE 2019**

X **HYLLKER BARBOSA SILVA**

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REGINA FRANÇA
EXPERTO EM IMÓVEIS E REGISTROS

RECONHECIMENTO DE ASSINATURAS
ESCRITAS EM PAPEL
Tabela de preços
Rua: Rua da Paz, 12 - Fone: 4000-1111
CNPJ nº 08.000.000/0001-00



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....
HYLLKER BARBOSA SILVA

Em test.da verdade. Campina Grande-PB 24/07/2019 13:04:13

Ana Karoliny de Lima Santos - Escrevente

[2019-005394]EML:R\$ 89,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,58 ISS:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: A1557408-090J

Proteja a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Ana Karoliny de Lima Santos
Escrevente Autorizada





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



Ocorrência N° 000148/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000148/19 registrada em 28/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela, JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 16:30 horas, compareceu o Sr. JOSMAN PEREIRA COSTA, com 27 anos de idade, filho de JOSIMAR ALVES DA COSTA e RILHERDE PEREIRA DO NASCIMENTO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Médio Incompleto, profissão , portador da Cédula de Identidade N° 3.362.988, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SARGENTO EDSON SALES, 364, bairro MONTE CASTELO, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Afirma o comunicante que por volta das 18h20min do dia 29.12.2018, estava trafegando pela Rua Tomé de Souza, no Bairro de José Pinheiro, nesta cidade de Campina Grande/PB, ocupando como "carona" a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESDI, ano/modelo 2014/2015, cor vermelha, chassi n° 9C2KC1680FR504389, de placa PMN-2270/PB, licenciada em nome de Hyllker Barbosa Silva, pilotada pelo proprietário, quando um ciclista não identificado desceu de uma calçada e entrou na pista de rolamento, sem a atenção devida, sendo inevitável a colisão, tendo o condutor da motocicleta perdido o controle de direção e todos caíram ao solo, ocasionando ferimentos graves no comunicante, ficando desacordado, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor da moto e o ciclista sofreram apenas escoriações pelo corpo; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTran; Que, no momento do acidente não chovia e a luminosidade do local é precária, não encontrando-se o comunicante ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o ciclista que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 28 de Junho de 2019

JOSMAN PEREIRA COSTA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
Mat. 090.222.111

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



HTCG-Principal Administrative

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

29/12/18

0. A specific

20:402

→ Soluções TC de Prêmio: Pet TCE e Calced e Waltraud NCR

Pit c/ 7x time passed & around library de city and p/ internac/ hospital

NEUTRALIZATION

GA2000 13 iso

the mms. WENA... 802000
GIVEN, 2000 802000

#21 23 #Cousins Sam

bagi ke masyarakat, apa yang terjadi. Ada tiga
bagian penting. (1) Marga perlu diajarkan
tentang apa yang benar. (2) Marga perlu diajarkan
tentang apa yang salah.

C2: Alta de Curgiea Excl
Revenio de la Alta de Curgiea

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

(Centro cirúrgico

[Alta hospitalar / | A revelia

1. Internacional (setor)

1. ☐ Revelia
2. ☐ Decisão Médica

☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

(10) bito

Richard P. Donahoe

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

620

iDADE

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

[B/proyectohtg/impreu/gencia.php?contar=1803304](http://proyectohtg/impreu/gencia.php?contar=1803304)

252

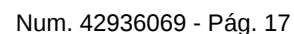


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/05/2021 11:12:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051111121033800000040843171>

Número do documento: 2105111121033800000040843171

Num. 42936069 - Pág. 16





Diagnóstico	Prescrição Médica	Exatidão Médica	Exatidão Médica	Exatidão Médica
DM LUIZ GONZAGA FERNANDES	DM LUIZ GONZAGA FERNANDES	DM LUIZ GONZAGA FERNANDES	DM LUIZ GONZAGA FERNANDES	DM LUIZ GONZAGA FERNANDES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO	SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO	SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO	SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO	SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO	GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO	GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO	GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO	GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DATA: 11/05/2021	DATA: 11/05/2021	DATA: 11/05/2021	DATA: 11/05/2021	DATA: 11/05/2021
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/05/2021 11:12:10	Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/05/2021 11:12:10	Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/05/2021 11:12:10	Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/05/2021 11:12:10	Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/05/2021 11:12:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051111121033800000040843171	http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051111121033800000040843171	http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051111121033800000040843171	http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051111121033800000040843171	http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051111121033800000040843171
Número do documento: 21051111121033800000040843171	Número do documento: 21051111121033800000040843171	Número do documento: 21051111121033800000040843171	Número do documento: 21051111121033800000040843171	Número do documento: 21051111121033800000040843171

Dr. Eduardo Braga Moura
CRM - PB 6558

Dr. Eduardo Braga Moura
CRM - PB 6558

Dr. Eduardo Braga Moura
CRM - PB 6558

Dr. Eduardo Braga Moura
CRM - PB 6558

Dr. Eduardo Braga Moura
CRM - PB 6558



GOVERNO
DA PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DR. LUIZ GONZAGA FERNANDES

021

Ex. pelo libel -

Paciente	Data	Procedimento	Material	Referência	Exatidão	Ente
14	14/07/2019	Se 0,5% 1500 ml EV em 24hs Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs Omeprazol 40 mg EV / dia Tilidil 20mg EV 12/12hs				
01	14/07/2019	Tilidil 100mg + SF EV 8/8hs SN Mistil 2ml + AD EV 8/8hs SN Clonidine 40mg SC / dia SSV + CTGG				
Dr. Eduardo Braga Martins Ortopedia - Traumatologia CRM - PB 6598 Dr. Eduardo Braga Martins Ortopedia - Traumatologia CRM - PB 6662						



DIAGNÓSTICO

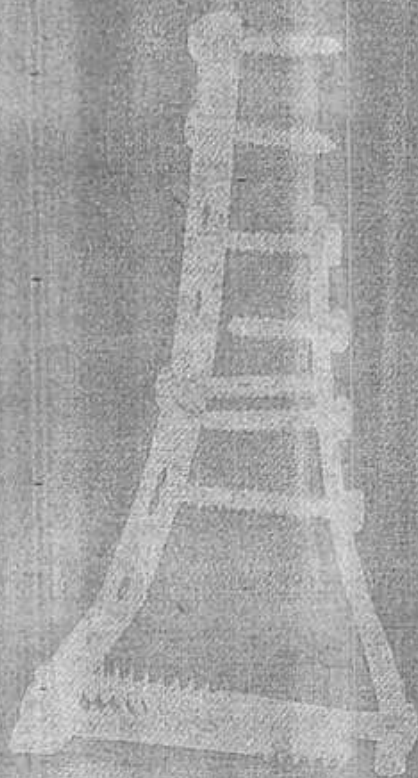
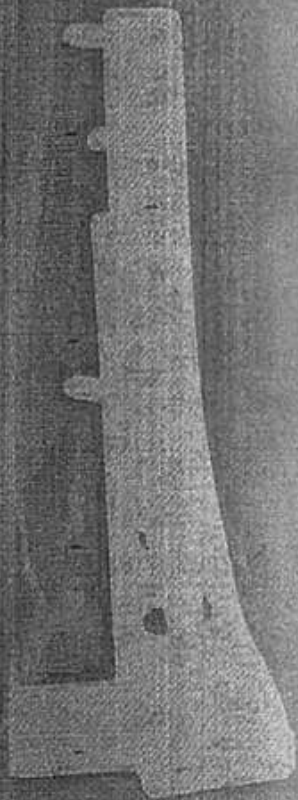
Ep. Pál. nhl

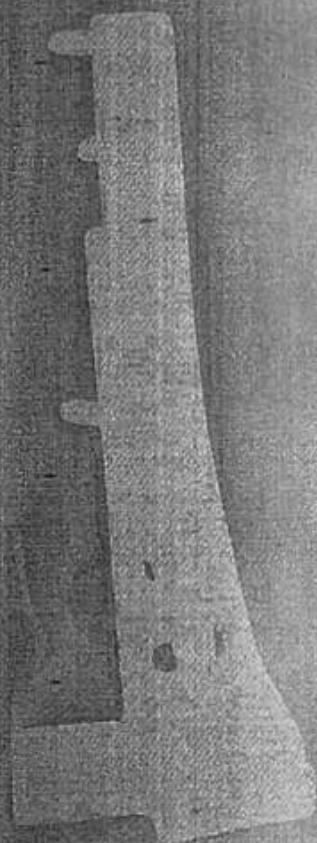
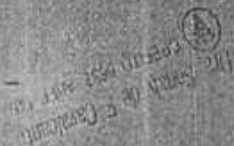
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

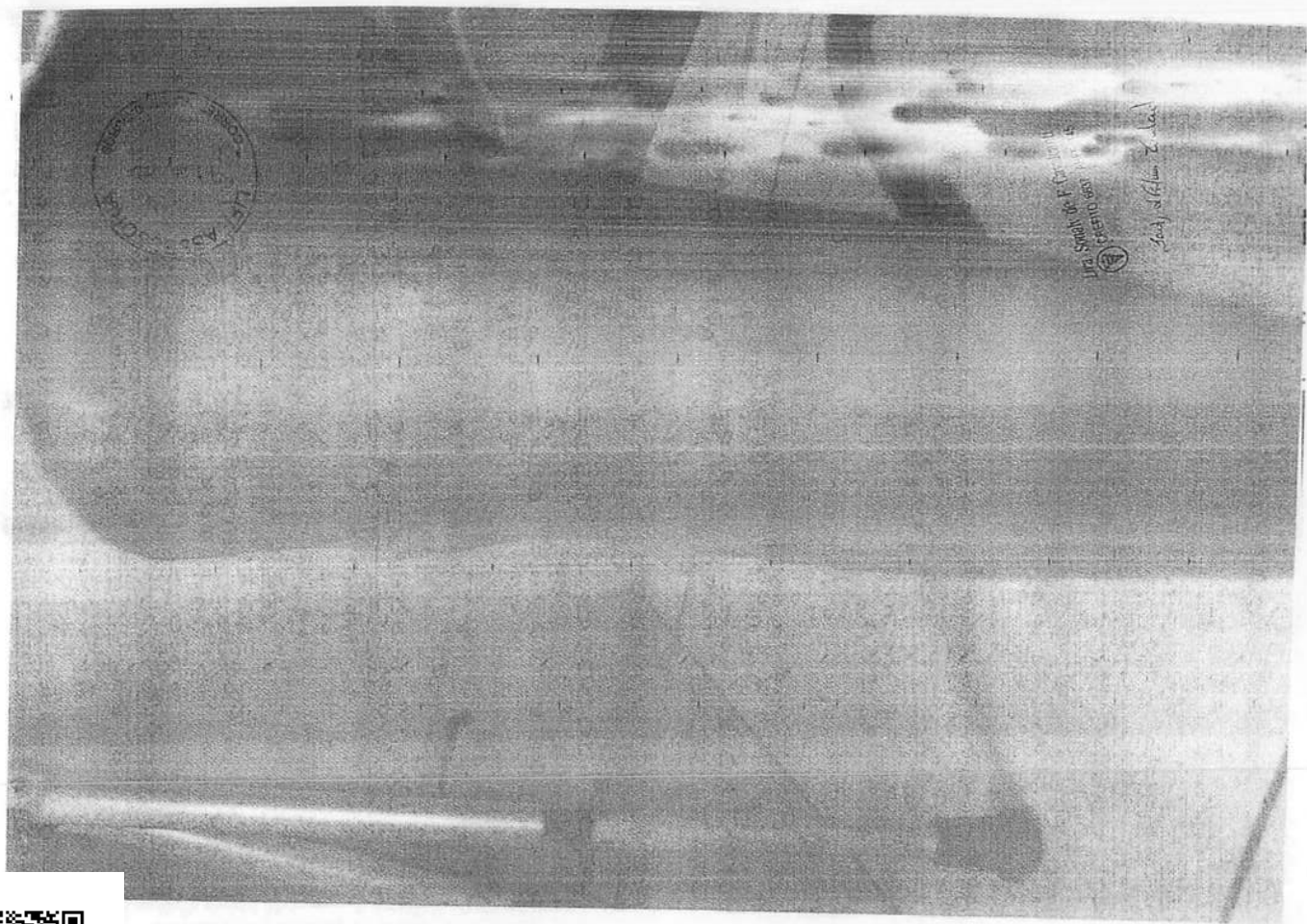
Paciente	Jasmim Pereira		Alojamento:	8	Leito	21	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica					
13/21	1. Dieta Luv.		Bol. Antif. si. pericard. Dipirona C. analg. Adm. UPM Pronto socorro. Dr. TAVARES					
	2. SML-1500ml EV/24h → folha.							
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 05/06h							
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h							
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum, d. 9, 10, 11							
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
	8. Clexane 40mg SC/dia							
	9. SSVV + CCGG							
	10. Medicação de uso contínuo 24/24h.							

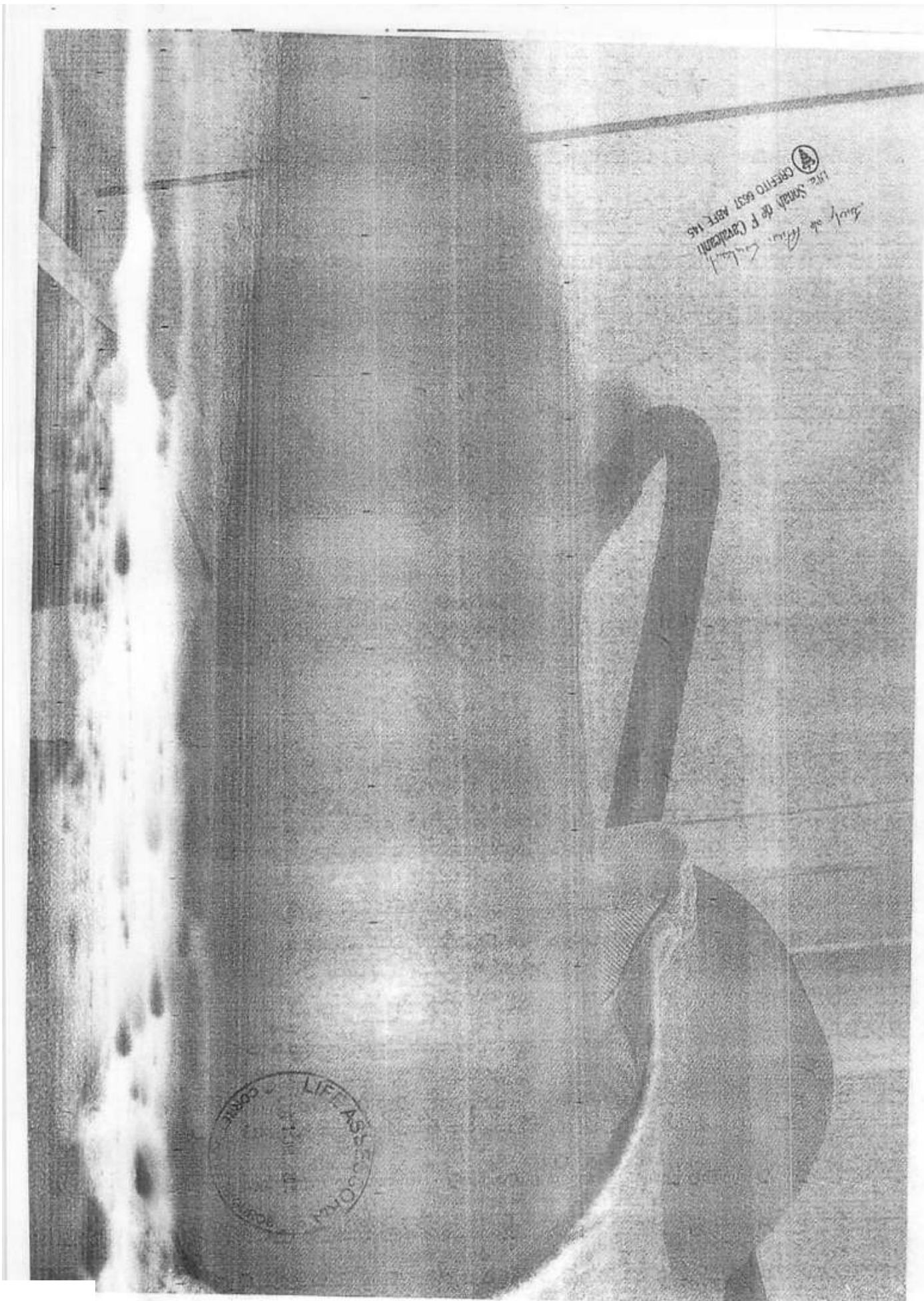


13
10/05/2021 11:12:10
SUELIO MOREIRA TORRES









Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda.

Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69

RUA RODRIGUES ALVES 1580 - BODOCONGO - CEP 58429-145 - CAMPINA GRANDE-PARAIBA Fone: 83 3333-3000

WinAudio (#WAUD1218359)

Avaliação Audiológica

Emissão: 08/07/2019

Funcionário/Paciente: JOSMAN PEREIRA COSTA

Data do Exame: 08/07/2019

Idade: 27 anos e 5 mes(es)

Sexo: Masculino

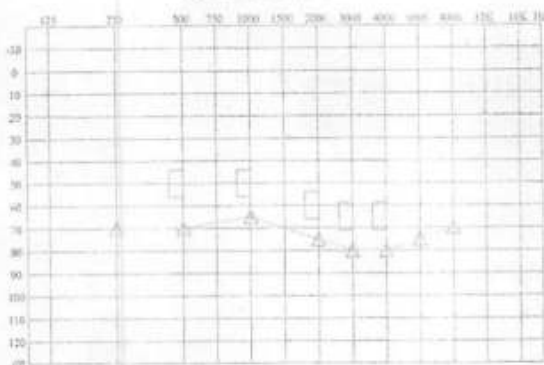
Tipo de Consulta: Particular

Audiômetro: BETA 6000 (Última Aferição: 03/08/2018)

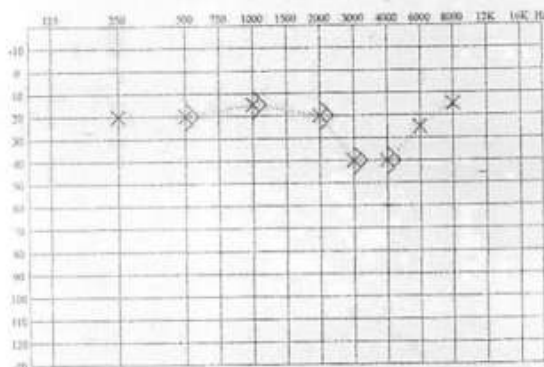


AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA



ORELHA ESQUERDA



Mascaramento (em dB)

	VA / NB		VO		LOGO Quant
	Min	Max	Min	Max	
OD					
OE	55	80	55	80	

PARECER AUDIOLÓGICO

Limiares auditivos preservados na OE, exceto nas freqs. 3 e 4KHz as quais apresentam perda sensorineural de grau leve. Perda auditiva mista de grau moderado a severo na OD.

Andreza R. S. Martins
CRFa: 7567 Andreza Rodrigues Santos Martins
Fonoaudióloga
CRFa: 7567

Foto Subscrita em 08/07/2019 - Clínica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/05/2021 11:12:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105111121033800000040843171>

Número do documento: 2105111121033800000040843171



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



LAUDO CINESICO FUNCIONAL

Nome: Josman Pereira Costa

Endereço: Rua: Silva Jardim, 998, José Pinheiro Campina Grande, PB

Data do Sinistro: 29 de dezembro de 2018.

Descrição da vítima: Acidente de Moto.

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

Politraumatismo (TCE e fratura de platô tibia)

Tratamento: Politraumatismo

TCE - Drenagem de hematoma, sutura do couro cabeludo.

Fratura do platô tibial – osteossíntese com placas e parafusos

Sequela apresentada ao exame físico:

TCE

- Dores de cabeça.
- Tontura algumas vezes.
- Audição comprometida (AUDIOMETRIA EM ANEXO)

Fratura do platô tibial

- Limitação articular do joelho direito
- Atrofia muscular
- Dor aos movimentos articular do joelho direito
- Claudicação

Conclusão: Sequela de TCE em grau moderado com comprometimento funcional em 60%.

Sequela de MID em grau moderado com comprometimento funcional e anômico em 70 %. Sequelas definitivas.

Campina Grande 04 de julho de 2019.

Campina Grande, PB, Cel.83.9.8801.8127

Sonaly de Fatima Cavalcanti
Dra. Sonaly de F Cavalcanti
CREFITO 6637 ABFF 145



NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA

PRONTUÁRIO: 1803350

UTI – ROSA

IDADE

DUTI

1º

LEITO: 16

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA ADMISSÃO EM 30/12/18									
30/12/2018	• POLITRAUMA – ACIDENTE DE MOTO • TCE GRAVE: HEDA • PO NCR: DRENAGEM DE HEDA • FRATURA DE PLATO TIBIAL									
HD	EM USO: *** ☒ TOT ☒ AVP ☒ DRENO ☒ SNG / SNE / SOG ☒ SVD ☐ OUTROS:									
CONTROLES 24h		PAS	PAD	FC	FR	SpO2	T°	PVC	HGT	DIURESE
	MAX.	170	110	78	12	98	36,9	**	**	*****
	MIN.	**	**	**	**	**	**	**	**	
EVOLUÇÃO DIÁRIA	PACIENTE ADMITIDO PROVENIENTE CENTRO CIRURGICO VENTILANDO POR TOT + VMI SEM SEDOANALGESIA, BEM ADAPTADO AO VENTILADOR. ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE SEM DVA OU INOTROPICOS. DIURESE PRESENTE POR SVD SEM SINAIS DE ITU. POS OP IMEDIATO NCR SEM INTERCORRENCIAS ACV : RCR EM 2T BNF SEM SOPROS. AR : MV + AHT SRA ABDOMEN: RHA (+), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL À PALPAÇÃO. EXTREMIDADES : SEM EDEMA BEM PERFUNDIDAS									
CONDUTA	1. SUPORTE CLINICO INTENSIVO 2. ACOMPANHAMENTO CONJUNTO NCR 3. SOLICITO EXAMES LAB + RADIOGRAFIA DE TORAX + GASOMETRIA 4. VPM									





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

"DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES"

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (UTI)



NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA

SEXO: MASCULINO

IDADE: 26 ANOS

DATA NASCIMENTO: 01/02/1992

PRONTUÁRIO: 1803350

ADMISSÃO UTI: 30/12/18

LEITO: 16

ADMISSÃO HOSPITAL: 29/12/2018

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1. POLITRAUMA – ACIDENTE DE MOTO
2. TCE GRAVE: HEDA
3. PO NCR: DRENAGEM DE HEDA
4. FRATURA DE PLATO TIBIAL
5.
6.
7.
8.
9.

CONTROLE MEDICAÇÕES

Medicação	Via Administração	Dose	Início	Término



11 JUL 2013

James Beckwith

FILE

[illegible]

Equipe de Manuseio Urgente do Hospital da Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

The new journal

the people

We

for us and our

people

unpublished



Ft. RUIZ MARCEL

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

11/05/2021 22:00h

Alcôjamento

8

Leito

2

Convênio

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

11/05/2021

OBTATUVE

1. SÍNDROME SANGÜÍNEA - 30 ml 3000 ml EV 6h/24h

2. DIFERENÇA 16 EV 6h/24h

3. TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h SA

4. TRAMAL 100mg + 100ml SE EV 8/8h SE DOK

5. NAUSEIDRON 2 FA + AD EV 8/8h SA

6. OMEPRAZOL 20mg VO JEJUM

7. SSV-CCGG

8. CLOREXID 50mg SC AS 20h

9. CLOREXID 50mg SC AS 20h

10. CLOREXID 50mg SC AS 20h

11. CLOREXID 50mg SC AS 20h

12. CLOREXID 50mg SC AS 20h

13. CLOREXID 50mg SC AS 20h

14. CLOREXID 50mg SC AS 20h

15. CLOREXID 50mg SC AS 20h

16. CLOREXID 50mg SC AS 20h

17. CLOREXID 50mg SC AS 20h

18. CLOREXID 50mg SC AS 20h

19. CLOREXID 50mg SC AS 20h

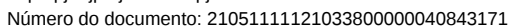
20. CLOREXID 50mg SC AS 20h

21. CLOREXID 50mg SC AS 20h

22. CLOREXID 50mg SC AS 20h

23. CLOREXID 50mg SC AS 20h



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Almoço	Refeição	Alojamento	Leito	Convênio
----------	--------	----------	------------	-------	----------

[illegible]



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	João Maria	Idade:	26a
Convênio:	Shs.	Data:	7
Procedimento:	Tratamento conservador de fratura de platibial		
Cirurgião:	Dr. Roberto Siqueira	Auxiliar:	
		Anestesiista:	Dr. J. J. Thomaz
Início:	17:15	Término:	18:55
		Anestesia:	Rogue

[illegible][illegible]

Observações:
Assinatura Anestesista
Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

ADULTO MAIORE



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente / <u>OSMAR PEREIRA COSTA</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>28/12/13</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>JOSE ROMALHO</u>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	1º Instrumentador	
Anestesia <u>Da Inala</u>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) <u>DESCRIPTO NOSSO DO ANESTESIA GEM</u>
2) <u>TRISTANIA, ANESTESIA, ABOLIA DE VAPOR</u>
3) <u>PARA LIGAR PARA O LIGAR PARA O LIGAR</u>
4) <u>PARA LIGAR 5x5cm</u>
5) <u>DESCRIPTO HAN</u>
6) <u>DESCRIPTO HAN</u>
7) <u>SUSPENSÃO HAN</u>
8) <u>PARA LIGAR (LIG. PARA LIGAR 2.0)</u>
9) <u>PARA LIGAR</u>
10) <u>SUSPENSÃO HAN</u>
11) <u>PARA LIGAR</u>
12) <u>PARA LIGAR</u>

Mod 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Nome do Paciente		Data da Operação		Operador		1º Auxiliar		2º Auxiliar		Anestesia		Diagnóstico Pré-Operatório		Tipo de Operação		Diagnóstico Pós-Operatório		Relatório Imediato da Patologia		Exame Radiológico no Ato		Acidente Durante a Operação	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1) Descrição da operação com material empregado	2) Descrição da operação com material empregado
3) Descrição da operação com material empregado	4) Descrição da operação com material empregado
5) Descrição da operação com material empregado	6) Descrição da operação com material empregado
7) Descrição da operação com material empregado	8) Descrição da operação com material empregado
9) Descrição da operação com material empregado	10) Descrição da operação com material empregado
11) Descrição da operação com material empregado	12) Descrição da operação com material empregado
13) Descrição da operação com material empregado	14) Descrição da operação com material empregado
15) Descrição da operação com material empregado	16) Descrição da operação com material empregado
17) Descrição da operação com material empregado	18) Descrição da operação com material empregado
19) Descrição da operação com material empregado	20) Descrição da operação com material empregado
21) Descrição da operação com material empregado	22) Descrição da operação com material empregado
23) Descrição da operação com material empregado	24) Descrição da operação com material empregado
25) Descrição da operação com material empregado	26) Descrição da operação com material empregado
27) Descrição da operação com material empregado	28) Descrição da operação com material empregado
29) Descrição da operação com material empregado	30) Descrição da operação com material empregado
31) Descrição da operação com material empregado	32) Descrição da operação com material empregado
33) Descrição da operação com material empregado	34) Descrição da operação com material empregado
35) Descrição da operação com material empregado	36) Descrição da operação com material empregado
37) Descrição da operação com material empregado	38) Descrição da operação com material empregado
39) Descrição da operação com material empregado	40) Descrição da operação com material empregado
41) Descrição da operação com material empregado	42) Descrição da operação com material empregado
43) Descrição da operação com material empregado	44) Descrição da operação com material empregado
45) Descrição da operação com material empregado	46) Descrição da operação com material empregado
47) Descrição da operação com material empregado	48) Descrição da operação com material empregado
49) Descrição da operação com material empregado	50) Descrição da operação com material empregado
51) Descrição da operação com material empregado	52) Descrição da operação com material empregado
53) Descrição da operação com material empregado	54) Descrição da operação com material empregado
55) Descrição da operação com material empregado	56) Descrição da operação com material empregado
57) Descrição da operação com material empregado	58) Descrição da operação com material empregado
59) Descrição da operação com material empregado	60) Descrição da operação com material empregado
61) Descrição da operação com material empregado	62) Descrição da operação com material empregado
63) Descrição da operação com material empregado	64) Descrição da operação com material empregado
65) Descrição da operação com material empregado	66) Descrição da operação com material empregado
67) Descrição da operação com material empregado	68) Descrição da operação com material empregado
69) Descrição da operação com material empregado	70) Descrição da operação com material empregado
71) Descrição da operação com material empregado	72) Descrição da operação com material empregado
73) Descrição da operação com material empregado	74) Descrição da operação com material empregado
75) Descrição da operação com material empregado	76) Descrição da operação com material empregado
77) Descrição da operação com material empregado	78) Descrição da operação com material empregado
79) Descrição da operação com material empregado	80) Descrição da operação com material empregado
81) Descrição da operação com material empregado	82) Descrição da operação com material empregado
83) Descrição da operação com material empregado	84) Descrição da operação com material empregado
85) Descrição da operação com material empregado	86) Descrição da operação com material empregado
87) Descrição da operação com material empregado	88) Descrição da operação com material empregado
89) Descrição da operação com material empregado	90) Descrição da operação com material empregado
91) Descrição da operação com material empregado	92) Descrição da operação com material empregado
93) Descrição da operação com material empregado	94) Descrição da operação com material empregado
95) Descrição da operação com material empregado	96) Descrição da operação com material empregado
97) Descrição da operação com material empregado	98) Descrição da operação com material empregado
99) Descrição da operação com material empregado	100) Descrição da operação com material empregado

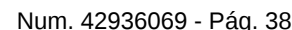
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Mod. 018

José Ramalho da Silva
Neurocirurgia
2205-001-1111

C: Limpia

Maria Mirtes R. da Nobrega
TEC. DE REPER. IMAGEM
CURS. 212.002



Diagnóstico

Feito no pronto socorro

Paciente: 11.111.2010 DURAJO ALOJAMENTO: 8 LEITO: 2 CONVÊNIO:

Data: 23/1 Prescrição Médica: DIETA LIVRE

1	DIETA LIVRE								
2	SRL 1500ML EV 24H								
3	CHLORAMPHENICOL 1G EV 6/6H								
4	TRATIL 20 mg + AD - EV 12/12h 5N								
5	TRAMAL 100MG - 100ML 5F EV 8/8h 5N								
6	NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8h 5N								
7	OMEPRAZOL 20MG VO 12/12h								
8	CLEVIDIPIN 40ML 5F 12/12h								
9	SSM + OCEC								
10	OS								

Ata hospitalar

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/05/2021 11:12:10

DIAGNOSTICS

42 Tib. a. Prop. 10

	D. Oshchepkov	17 JUL	GORRA
	Muskhelishvili	17. C.	RAD SEGUROB



30/12/2018

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 30/12/2018

Horas: 01:49:05

Médico (a) Danilo Micael Lucena E Carvalho



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1803350 Paciente: JOSMAN PEREIRA COSTA Idade: 026

Nome da Mãe: RILHERDE PEREIRA DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 01/02/1992 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: UTI ROSA Leito: 16 Diagnóstico:

Dia 30/12/2018

MÉDICO(A): Danilo Micael Lucena E Carvalho /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA POR Sonda 6h/6h	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	02 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	02
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8/8h	02
5	BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8/8h	02
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	02 06
7	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML E.V. 2FRA AMP, 2FA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM)	025
8	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML E.V. 2AMPOLA, 2FA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM)	025
9	CLONIDINA CLORIDRATO 150 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, Diluir em SE PAS ≥ 180 E/OU PAD ≥ 140	04h 30
10	DECUBITO ELEVADO	
11	REALIZAR HGT	
12	ADMINISTRAR 5 FA DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	

Danilo Cordeiro
MÉDICO
CRM-PB 9969
RÉGISTRO 23034



30/12/2018

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 30/12/2018

Horas: 01:55:22

Médico (a) Distrita: Danilo Micael Lucena E Carvalho



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1803350

Paciente: JOSMAN PEREIRA COSTA

Idade: 026

Nome da Mãe: RILHERDE PEREIRA DO NASCIMENTO

Data de Nascimento: 01/02/1992

Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA

Enfermarias: UTI ROSA

Leito: 16

Diagnóstico:

DIA 30/12/2018

MÉDICO(A): Danilo Micael Lucena E Carvalho

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA POR SONDA 6h/6h	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	00 32 15 18 15 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	10 18 02
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8/8h	08 14 20 22
5	BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8/8h	10 18 02
6	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	(14) (22) (06)
7	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML E.V. 3FRA AMP, 2FA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM)	12 15
8	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML E.V. 2AMPOLA, 2FA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM)	
9	CLONIDINA CLORIDRATO 150 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, Diluir em SE PAS ≥ 180 E/OU PAD ≥ 110	
10	DECUBITO ELEVADO	
11	REALIZAR HGT	
12	ADMINISTRAR 5 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	15 17 23 05

Dr. Danilo Micael Lucena E Carvalho
Médico Distrita
CRM: 10000

<http://10.1.1.148/projetohtcg/enviarprescri.php?data=30/12/2018 12:10:00 e prontuário 1803350>

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/05/2021 11:12:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105111121033800000040843171>

Número do documento: 2105111121033800000040843171

Num. 42936069 - Pág. 42

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EX

NOME:

11 JUL 2019

05

S

M

A

N

P

E

R

E

I

R

A

PRONTUÁRIO

IDADE:

RADE SEGUR

SEXO

M

F

B

P

A

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF.: 4-2

LE

DADOS CLÍNICOS:

Pac OREGARIO

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

ECG

URGÊNCIA:

ROTINA:

NATA: 12/03/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

João Ricardo dos Santos Souza
Residente em
Traumatologia
CRM: 15.680/16



GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

JOSEPHINE

IDADE:

SEXO:

F

COR:

B

P

A

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF:

LEITO:

PRONTUÁRIO:

EXAMES CLÍNICOS:

11 JUL 2019

COMISSÃO DE SEGURANÇA

JOSEPHINE

ATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx Joelha D + Pernas D AP + D

GÊNCIA:

RA:

21/21/19

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

21/21/19



Número do documento: 2105111121033800000040843171

Num. 42936069 - Pág. 45

GOVERNO DO ESTADO SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DADAPUBRA		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMOS DOUTOR GONÇALVES LEMOS	
BH últimas 24h:		Febre últ. 24 h:	
VT ideal:		PaO2 Ideal: 97,82	
NOME		JOSMAN PEREIRA COSTA	
1803220			

[illegible]

GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		BH últimas 24h:		Febre últ. 24 h:		NOME		JOSMAN PEREIRA COSTA		Nº PRONTUÁRIO		1803350	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA		DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		VT ideal: 441		PaO2 Ideal: 97,92		IDADE		26		ADMISSÃO		30/12/2018	
								H. D.				DATA		31/12/2018	
												LEITO		16	
FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO															
TCE/ POLITRAUMA/ PO NCR															
REAValiação MANHÃ:								REAValiação NOITE:							
HORA: 08:00 FC: 120 SpO2: 98% PA: 120/80 PAM: 90/60/40 VT: 441 12ms por dia, com 12ms por dia, com 12ms por dia, com								HORA: 20:00 FC: 120 SpO2: 98% PA: 120/80 PAM: 90/60/40 VT: 441 12ms por dia, com 12ms por dia, com 12ms por dia, com							
AP: 200 a 1000								AP: 200 a 1000							
VM: 1200 MODE: VT: 441 VM: 1200 Fluxo: 120 P: 120 PC: 120 PEEP: 120 IE: 120 SENS: 120 PS: 120 FR: 120 FIO2: 30% Seta: 120								VM: 1200 MODE: VT: 441 VM: 1200 Fluxo: 120 P: 120 PC: 120 PEEP: 120 IE: 120 SENS: 120 PS: 120 FR: 120 FIO2: 30% Seta: 120							
Monit. Vent: Cest RVS: Drive pressure EICO2: PaO2/FiO2: 120 Pimax: Pminx CO2: 120 RSIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA								Monit. Vent: Cest RVS: Drive pressure EICO2: PaO2/FiO2: 120 Pimax: Pminx CO2: 120 RSIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA							
THB 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 Ajuste de Cuff 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 Desmame 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 VNI 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120								THB 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 Ajuste de Cuff 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 Desmame 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 VNI 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120							
Cinesioterapia: 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 (ISL () SBL () JORT () JSP () SENT/LEVA () JME () JDEA ())								Cinesioterapia: 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 (ISL () SBL () JORT () JSP () SENT/LEVA () JME () JDEA ())							
OBS:								OBS:							
HORA: 08:00 FC: 120 SpO2: 98% PA: 120/80 PAM: 90/60/40 VT: 441 REAValiação TARDE: 12ms por dia, com 12ms por dia, com 12ms por dia, com								HORA: 20:00 FC: 120 SpO2: 98% PA: 120/80 PAM: 90/60/40 VT: 441 REAValiação TARDE: 12ms por dia, com 12ms por dia, com 12ms por dia, com							
AP: 200 a 1000								AP: 200 a 1000							
VM: 1200 MODE: VT: 441 VM: 1200 Fluxo: 120 P: 120 PC: 120 PEEP: 120 IE: 120 SENS: 120 PS: 120 FR: 120 FIO2: 30% Seta: 120								VM: 1200 MODE: VT: 441 VM: 1200 Fluxo: 120 P: 120 PC: 120 PEEP: 120 IE: 120 SENS: 120 PS: 120 FR: 120 FIO2: 30% Seta: 120							
Monit. Vent: Cest RVS: Drive pressure EICO2: PaO2/FiO2: 120 Pimax: Pminx CO2: 120 RSIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA								Monit. Vent: Cest RVS: Drive pressure EICO2: PaO2/FiO2: 120 Pimax: Pminx CO2: 120 RSIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA							
THB 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 Ajuste de Cuff 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 Desmame 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 VNI 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120								THB 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 Ajuste de Cuff 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 Desmame 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 VNI 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120							
Cinesioterapia: 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 (ISL () SBL () JORT () JSP () SENT/LEVA () JME () JDEA ())								Cinesioterapia: 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 (ISL () SBL () JORT () JSP () SENT/LEVA () JME () JDEA ())							
OBS:								OBS:							
HORA: 08:00 FC: 120 SpO2: 98% PA: 120/80 PAM: 90/60/40 VT: 441 REAValiação TARDE: 12ms por dia, com 12ms por dia, com 12ms por dia, com								HORA: 20:00 FC: 120 SpO2: 98% PA: 120/80 PAM: 90/60/40 VT: 441 REAValiação TARDE: 12ms por dia, com 12ms por dia, com 12ms por dia, com							
AP: 200 a 1000								AP: 200 a 1000							
VM: 1200 MODE: VT: 441 VM: 1200 Fluxo: 120 P: 120 PC: 120 PEEP: 120 IE: 120 SENS: 120 PS: 120 FR: 120 FIO2: 30% Seta: 120								VM: 1200 MODE: VT: 441 VM: 1200 Fluxo: 120 P: 120 PC: 120 PEEP: 120 IE: 120 SENS: 120 PS: 120 FR: 120 FIO2: 30% Seta: 120							
Monit. Vent: Cest RVS: Drive pressure EICO2: PaO2/FiO2: 120 Pimax: Pminx CO2: 120 RSIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA								Monit. Vent: Cest RVS: Drive pressure EICO2: PaO2/FiO2: 120 Pimax: Pminx CO2: 120 RSIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA							
THB 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 Ajuste de Cuff 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 Desmame 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 VNI 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120								THB 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 Ajuste de Cuff 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 Desmame 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 VNI 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120							
Cinesioterapia: 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 (ISL () SBL () JORT () JSP () SENT/LEVA () JME () JDEA ())								Cinesioterapia: 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120 (ISL () SBL () JORT () JSP () SENT/LEVA () JME () JDEA ())							
OBS:								OBS:							



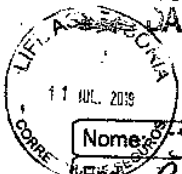
GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		BH últimas 24h: Febre últ. 24 h:		NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA		PRONTUÁRIO: 1803350	
VT ideal: 441		PaO2 Ideal: 97,82		IDADE: 26		ADMISSÃO: 30/12/2018 DATA: 02/01/2019	
FICHA DE EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA - UTI ADULTO							
HORA: 14 FC 99 bpm FR 18pm PA 111x76 PAM 100mmHg SpO2 96% T 36,5 °C				HORA: FC bpm FR 18pm PA 111x76 PAM 100mmHg SpO2 96% T 36,5 °C			
REAVLIÇÃO MANHÃ: Paciente em EGR, consciente e orientado, a.g.g., Anestesia com VEIO (cateter nasal 3.6mm) sem oxigeno em desconexão ventilatória, sem sibilos e expectoração +				REAVLIÇÃO NOITE:			
11 JUL 2019							
AP: MU + em RQ sem RQ				AP:			
VM: MODO: VTe VM Fluxo: Pi PC PEEP				VM: MODO: VTe VM Fluxo: Pi PC PEEP			
Ti IE SENS _{exp} PS FR _{exp} FIO ₂ Sers _{exp}				Ti IE SENS _{exp} PS FR _{exp} FIO ₂ Sers _{exp}			
Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO ₂ PaO2/FIO ₂ Pimax Pemap				Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO ₂ PaO2/FIO ₂ Pimax Pemap			
CD: ☒ FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ☐ FISIOTERAPIA MOTORA				CD: ☐ FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ☐ FISIOTERAPIA MOTORA			
☐ THB ☐ Asp ☐ TEP passiva ☐ TEP ativa ☐ RPPH ☐ Auxílio a IOT ☐ Ajustes VM ☐ T ₂ O ₂ ☐ Ajuste de Cuff ☐ MRA ☐ TMV Carga ☐ Sérios ☐ RCP ☐ Troca de filtro ☐ Transporte intra ☐ Desmame ☐ TRE Tudo TI ☐ PSVI ☐ Tempo ☐ Cuff Leak test ☐ Extubação Hora ☐ VNI Tipo Tempo IPAP EPAP ☐ Monitorização Ventilatória ☐ EENM				☐ THB ☐ Asp ☐ TEP passiva ☐ TEP ativa ☐ RPPH ☐ Auxílio a IOT ☐ Ajustes VM ☐ T ₂ O ₂ ☐ Ajuste de Cuff ☐ MRA ☐ TMV Carga ☐ Sérios ☐ RCP ☐ Troca de filtro ☐ Transporte intra ☐ Desmame ☐ TRE Tudo TI ☐ PSVI ☐ Tempo ☐ Cuff Leak test ☐ Extubação Hora ☐ VNI Tipo Tempo IPAP EPAP ☐ Monitorização Ventilatória ☐ EENM			
Cinesioterapia: ☐ Passiva ☐ Ativo-assistida ☐ Ativa ☐ Resistido				Cinesioterapia: ☐ Passiva ☐ Ativo-assistida ☐ Ativa ☐ Resistido			
OBS: ☐ JSL ☐ JSLT ☐ JSP ☐ JSENT/LEVA ☐ JME ☐ JDEA				OBS: ☐ JSL ☐ JSLT ☐ JSP ☐ JSENT/LEVA ☐ JME ☐ JDEA			
Fisioterapia/CREFITO				Fisioterapia/CREFITO			
HORA: FC bpm FR 18pm PA 111x76 PAM 100mmHg SpO2 96% T 36,5 °C				EXAMES REALIZADOS NO DIA			
REAVLIÇÃO TARDE:				EXAME DATA HORA RESULTADO			
				GASO ₂ 02/01/19 16:28 PH 7,35 PaCO ₂ 47 PaO ₂ 506 HCO ₃ 29,3 BE 5,9			
				GASO ₂ PH PaCO ₂ PaO ₂ HCO ₃ BE			
				GASO ₂ PH PaCO ₂ PaO ₂ HCO ₃ BE			
RAIO X				RAIO X			
DOUTOR:				DOUTOR:			
AP: VM: MODO: VTe VM Fluxo: Pi PC PEEP				AP: VM: MODO: VTe VM Fluxo: Pi PC PEEP			
Ti IE SENS _{exp} PS FR _{exp} FIO ₂ Sers _{exp}				Ti IE SENS _{exp} PS FR _{exp} FIO ₂ Sers _{exp}			
Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO ₂ PaO2/FIO ₂ Pimax Pemap				Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO ₂ PaO2/FIO ₂ Pimax Pemap			
CD: ☐ FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ☐ FISIOTERAPIA MOTORA				CD: ☐ FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ☐ FISIOTERAPIA MOTORA			
☐ THB ☐ Asp ☐ TEP passiva ☐ TEP ativa ☐ RPPH ☐ Auxílio a IOT ☐ Ajustes VM ☐ T ₂ O ₂ ☐ Ajuste de Cuff ☐ MRA ☐ TMV Carga ☐ Sérios ☐ RCP ☐ Troca de filtro ☐ Transporte intra ☐ Desmame ☐ TRE Tudo TI ☐ PSVI ☐ Tempo ☐ Cuff Leak test ☐ Extubação Hora ☐ VNI Tipo Tempo IPAP EPAP ☐ Monitorização Ventilatória ☐ EENM				☐ THB ☐ Asp ☐ TEP passiva ☐ TEP ativa ☐ RPPH ☐ Auxílio a IOT ☐ Ajustes VM ☐ T ₂ O ₂ ☐ Ajuste de Cuff ☐ MRA ☐ TMV Carga ☐ Sérios ☐ RCP ☐ Troca de filtro ☐ Transporte intra ☐ Desmame ☐ TRE Tudo TI ☐ PSVI ☐ Tempo ☐ Cuff Leak test ☐ Extubação Hora ☐ VNI Tipo Tempo IPAP EPAP ☐ Monitorização Ventilatória ☐ EENM			
Cinesioterapia: ☐ Passiva ☐ Ativo-assistida ☐ Ativa ☐ Resistido				Cinesioterapia: ☐ Passiva ☐ Ativo-assistida ☐ Ativa ☐ Resistido			
OBS: ☐ JSL ☐ JSLT ☐ JSP ☐ JSENT/LEVA ☐ JME ☐ JDEA				OBS: ☐ JSL ☐ JSLT ☐ JSP ☐ JSENT/LEVA ☐ JME ☐ JDEA			
Fisioterapia/CREFITO				Fisioterapia/CREFITO			
HORA: FC bpm FR 18pm PA 111x76 PAM 100mmHg SpO2 96% T 36,5 °C				EXAMES REALIZADOS NO DIA			
REAVLIÇÃO TARDE:				EXAME DATA HORA RESULTADO			
				GASO ₂ 02/01/19 16:28 PH 7,35 PaCO ₂ 47 PaO ₂ 506 HCO ₃ 29,3 BE 5,9			
				GASO ₂ PH PaCO ₂ PaO ₂ HCO ₃ BE			
				GASO ₂ PH PaCO ₂ PaO ₂ HCO ₃ BE			
RAIO X				RAIO X			
DOUTOR:				DOUTOR:			
AP: VM: MODO: VTe VM Fluxo: Pi PC PEEP				AP: VM: MODO: VTe VM Fluxo: Pi PC PEEP			
Ti IE SENS _{exp} PS FR _{exp} FIO ₂ Sers _{exp}				Ti IE SENS _{exp} PS FR _{exp} FIO ₂ Sers _{exp}			
Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO ₂ PaO2/FIO ₂ Pimax Pemap				Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO ₂ PaO2/FIO ₂ Pimax Pemap			
CD: ☐ FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ☐ FISIOTERAPIA MOTORA				CD: ☐ FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ☐ FISIOTERAPIA MOTORA			
☐ THB ☐ Asp ☐ TEP passiva ☐ TEP ativa ☐ RPPH ☐ Auxílio a IOT ☐ Ajustes VM ☐ T ₂ O ₂ ☐ Ajuste de Cuff ☐ MRA ☐ TMV Carga ☐ Sérios ☐ RCP ☐ Troca de filtro ☐ Transporte intra ☐ Desmame ☐ TRE Tudo TI ☐ PSVI ☐ Tempo ☐ Cuff Leak test ☐ Extubação Hora ☐ VNI Tipo Tempo IPAP EPAP ☐ Monitorização Ventilatória ☐ EENM				☐ THB ☐ Asp ☐ TEP passiva ☐ TEP ativa ☐ RPPH ☐ Auxílio a IOT ☐ Ajustes VM ☐ T ₂ O ₂ ☐ Ajuste de Cuff ☐ MRA ☐ TMV Carga ☐ Sérios ☐ RCP ☐ Troca de filtro ☐ Transporte intra ☐ Desmame ☐ TRE Tudo TI ☐ PSVI ☐ Tempo ☐ Cuff Leak test ☐ Extubação Hora ☐ VNI Tipo Tempo IPAP EPAP ☐ Monitorização Ventilatória ☐ EENM			
Cinesioterapia: ☐ Passiva ☐ Ativo-assistida ☐ Ativa ☐ Resistido				Cinesioterapia: ☐ Passiva ☐ Ativo-assistida ☐ Ativa ☐ Resistido			
OBS: ☐ JSL ☐ JSLT ☐ JSP ☐ JSENT/LEVA ☐ JME ☐ JDEA				OBS: ☐ JSL ☐ JSLT ☐ JSP ☐ JSENT/LEVA ☐ JME ☐ JDEA			
Fisioterapia/CREFITO				Fisioterapia/CREFITO			



GOVERNO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Ficha de Acolhimento

Nome:	Sismam Pereira Costa		
End:	R. Silva Jardim	Bairro:	Jose Pinheira
Data de Nascimento:	07/02/1992	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. de	Data do Atend.:	29/12/18
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	10:05
		Documento:	

Motivo

Classificação de Risco

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

MOD. 1:

Estratificação

- Eliminação*
- (X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex. photo tibial ⑦

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Norman Costa	8	2	X - Porto Alegre
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/11	1. Dieta livre 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	12h 16h 18h 20h 22h 24h	Doente estável hipertensão cansado VPR

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588



Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

70

Ex. 140-1000

Paciente	Data	Prescrição Médica	Horário	Enfermagem	Leito	Evolução Médica
9/9	09/09/2009	Dieta livre				
9/9	09/09/2009	Soro 1500ml em 24hs	15:30			
		Dipirone 2ml + AD EV 6/6hs	15:30			
		Omeprazol 40 mg EV / dia	15:30			
		Tilatil 20mg EV 12/12hs	15:30			
		Tramal 100mg + SF EV 8/8hs SN	15:30			
		Passil 2ml + AD EV 8/8hs SN	15:30			
		Clonazepam 40mg SF / dia	15:30			
		NSV + CCGG	15:30			

Dr. Eduardo Braga-Morais
Ortopedia - Traumatologia
CRM - RJ 6388

11 JUL 2009

ASSISTÊNCIA

RAI-ESEGUROS



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

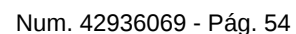
DIAGNÓSTICO

Rp. plots Tibing (D)

[illegible]

for flats km of (D)

Hallison Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 5002



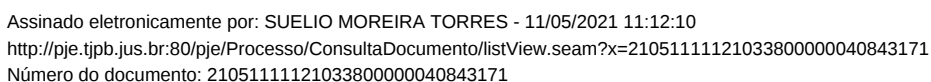


SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Paciente:	Ismael	Idade:	36
Convênio:	Sus	Data:	
Procedimento:	Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial		
Cirurgião:	Dr. Fábio	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Theresio
Início:	17:15	Término:	18:55
		Anestesia:	Rogui

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOQ 103





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423682 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (PÁG7).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSMAN PEREIRA COSTA
 DATA DO ACIDENTE 29/12/2018 CPF DA VÍTIMA 016.189.684-10
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SARGENTO EDSON SALES
 Nº 364 COMPLEMENTO 1º ANDAR BAIRRO Monte Castelo
 CIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58.407-033
 E-MAIL: _____ TELEFONE (31) 9.3614-5664

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

TANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 11.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11/07/2019
 IDENTIDADE 336 2988
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA NA SEGURADORA

DATA 11/07/2019
 NOME [Nome]
 ASSINATURA [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/05/2021 11:12:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051111121033800000040843171>

Número do documento: 21051111121033800000040843171

Num. 42936069 - Pág. 60

Solicitação de Reanálise

Solicito que seja reanalisado o meu sinistro com número de AC 3190/483689, em virtude de não concordar com o valor pago, no segundo tabelão de invalidez utilizado para indenização do seguro T. VAR, fratura não consolidada de uma perna e indenizada em R\$ 345,00; paralisção total de um joelho R\$ 9.400,00, surdez total incurável de um ouvido R\$ 9.400,00, e mais a sequelas de T.E.E. a grau moderado, com comprometimento funcional.

Envio novamente laudos médicos e exames de imagem que comprovam a existência dos sequelas informados, em caso de dúvida, favor agendar perícia médica, pois a avaliação do perito médico da seguradora não conseguiu ver justo quanto a minha debilidade definitiva.

Por favor, analisem mais detalhadamente.
Muito obrigada pela sua atenção.

1. Joasmam Pereira Bento

Campina Grande, 10 de Setembro de 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234939/19

Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA

CPF: 016.199.684-10

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 29/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSMAN PEREIRA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSMAN PEREIRA COSTA : 016.199.684-10

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/07/2019
Nome: JOSMAN PEREIRA COSTA
CPF: 016.199.684-10

JOSMAN PEREIRA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08153388620208150001

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 **JOSMAN PEREIRA COSTA**, 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, 7 de maio 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/05/2021 11:12:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051111121128400000040843174>
Número do documento: 21051111121128400000040843174