



Número: **0801148-32.2019.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **08/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JANNYEL AVELINO DE LUNA (AUTOR)	ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38367 655	13/01/2021 15:28	<u>2774949_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190596170 Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data do Acidente: 07/06/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANNYEL AVELINO DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15005318



BP^{2a} 01139/01110 - carta 01 - NIVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101131528289620000036590148>
Número do documento: 2101131528289620000036590148

Nº 38367655 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190596170 Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data do Acidente: 07/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANNYEL AVELINO DE LUNA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000002655-7

Conta: 000000200114-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 078.920.954-38 Nome completo da vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

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

Nome completo: JANNYEL AVELINO DE LUNA CPF: 078.920.954-38

Profissão: AUTONOMO	Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO	Número: 62	Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB	CEP: 58125.000
E-mail: Israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83)	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco(237) Itaú(341)
 Banco do Brasil(001) Caixa Econômica Federal(104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco (237)

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

AGÊNCIA: 2655 7 CONTA: 0200 334 4
 (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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: Alagoa Nova - PB - 23/01/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Israel de Souza Farias
Israel de Souza Farias
 ADVOGADO
 OAB/PB 25.670

Assinatura

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

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

/001/2018



GOVERNO DO ESTADO DA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA

DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO

Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - PB 58410163 - (83) 9910-9319

OCORRÊNCIA N° 000242/19

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° 000242/19 registrada em 17/10/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezessete dias do mês de outubro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, 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 09:57 horas, compareceu o Sr. JANNYEL AVELINO DE LUNA, com 31 anos de idade, filho de JOSÉ AVELINO DE LUNA e MARIA JOSÉ DE LUNA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, União Estavel, escolaridade Medio Incompleto, profissão AUTONOMO, portador da Cédula de Identidade N° 3.363.711, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 07892095438, residindo à rua ALMEIDA CASTRO, 62, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB, celular 9-9404.4585.

Declarou que:

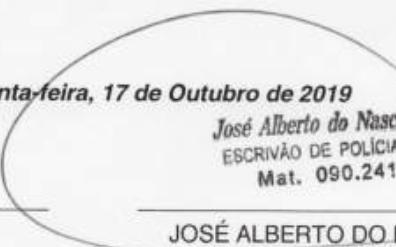
Informa o comunicante, que na noite do dia 07.06.2019, estava se deslocando da cidade de Alagoa Nova em direção a cidade de Lagoa Seca/PB, trafegando pela Rodovia PB 079, conduzindo a motocicleta HONDA/CG150 FAN ESDI, ano/modelo 2011/2011, cor vermelha, chassi nº 9C2KC1680BR530720, de placa OEWT-7026/PB, licenciada em nome de Luiz Paulo Soares da Silva, quando nas proximidades da ponte do Sítio Floriano foi "fechado" por outra motocicleta marca HONDA, de cor preta, placa e demais características não identificadas, inclusive o condutor, que evadiu-se do local, tendo o comunicante efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar a colisão e acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário médico hospitalar em anexo; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom e com via seca, entretanto não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. 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, Quinta-feira, 17 de Outubro de 2019

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1


JANNYEL AVELINO DE LUNA

Declarante


JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>

Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 078.920.954-38 Nome completo da vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

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

Nome completo: JANNYEL AVELINO DE LUNA CPF: 078.920.954-38

Profissão: AUTONOMO	Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO	Número: 62	Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB	CEP: 58125.000
E-mail: Israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83)	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco(237) Itaú(341)
 Banco do Brasil(001) Caixa Econômica Federal(104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: 2655 CONTA: 0200 334
 (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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: Local e Data: Alagoa Nova - PB - 23/01/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
José de Souza Ferreira
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Israel de Souza Ferreira
 Israel de Souza Ferreira
 ADVOGADO
 OAB/PB 25.670

Assinatura

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

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

/001/2018

Dij.

Data da internação: 07/06/2019 Hora: 22:39:57



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANNYEL AVELINO DE LUNA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02655-7

CONTA: 000000200114-4

Nr. Autenticação

BRADESCO05112019050000000002370265500000200114236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 7

JOSE AVELINO DE LIMA
RUA ALMEIDA CASS, RD. 80, CENTRO
ALAGOA NOVA/PE CEP: 57450-000 (AD: 21)

Ligação: MONOFASICO
Cle/Sbr: RES MTC B1/RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotero: S-77-815-6720 Referencia: Ago / 2019
Medidor: 00000163240 Emissao: 08/08/2019

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Bl.230, Km.25 - Cachorro Redondo - João Pessoa/PB - CEP: 58027-160
CNPJ:09.098.183/0001-40 - Insc. Est: 18.016.222-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°09226726
Cód. para Déb. Automático: 00002415412

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2019	09/08/2019	10/09/2019	633.994.157-53

UC (Unidade Consumidora): 5/241541-2

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: www.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual		Constante	Consumo	Dias		
	Data	Lectura				Data	Lectura
10/07/18	46445	09/08/19	48954	1	219	30	
Demonstrativo							
Quantidade, Tarifa e Valor Base Cál. Alt. somente Base Cál. Fixo(R\$) Cálculo(R\$)							
0001 Consumo em kWh	219.000 0.95440	197.11	197.11	50,42	197.11	3,02	9,34
0001 Adc. B Amarela		3,42	3,42	0,02	3,42	0,06	0,17
0001 Adc. B Vermelha		3,34	3,94	0,02	3,94	0,04	0,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA		3,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009 BÔNUS ITAIPU LEI 10438/2002 07/2018		-2,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCO Códigos de Classificação do Item TOTAL: 197.42 194.47 52,50 194.47 2.10 9,71

Média últimos meses (kWh): 237

VENCIMENTO 01/09/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 197,43

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abri/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19
243	224	224	223	220	247	227	285	250	233	222	250

RESERVADO AO FISCO d720.d546.c80b.305a.ae74.d30f.6c94.8ed1.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	8,47	0,00	Bitrégios do Déf. da Energia (R\$)	49,48	27,80
DIC TRIMESTRAL	25,94	NOMINAL	Consumo de Energia	87,29	45,10
DIC ANUAL	25,94	NOMINAL	Consumo de Transmissões	8,29	3,77
EFC MENSAL	9,42	0,00	Impostos Federais	10,20	5,11
EFC TRIMESTRAL	26,85	CONTRATADA	Impostos Distritais e Encargos	62,52	34,60
EFC ANUAL	26,85	LIMITE INFERIOR	Outros Descontos	0,00	0,00
DIFC	13,70	LIMITE SUPERIOR	Total	199,68	100,00
DICRI	12,22	0,00			

ATENÇÃO

Faturas em atraso



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Ouvídia: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de profissão e renda, 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JANNYEL AVELINO DE LUNA inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.920.954 / 38,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JANNYEL AVELINO DE LUNA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.920.954 / 38, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO	Número: 62	Complemento: —
Bairro: CENTRO	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB CEP: 58125.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83) 98116-7741 (83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 21/10/2019

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante

Israel de Souza Farias
ADVOGADO
OAB/RN 25.670





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, Luiz Paulo Soares Da Silva,
RG nº 333.929-1, data de expedição 12/03/2008
Órgão _____, portador do CPF nº 076.985.494.02,
com domicílio na cidade de Alagoa Nova, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
José Antônio Frutuoso, nº 82,
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
Jammyel Anselmo de Lira, cujo o condutor era
Jammyel Anselmo de Lira. Veículo:
Motocicleta Modelo: Honda CG 150 Fan ESDI Ano: 2011/2011
Placa: DET 7026/PB Chassi: 9C2KC1680BR530720
Data do Acidente: 07/06/2019

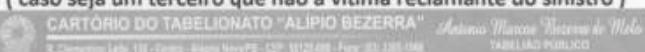
Local e Data: Alagoa Nova - PB 03/08/2019


Luiz Paul Soares da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



conheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
LUIZ PAULO SOARES DA SILVA
ou fô. Alagoa Nova/PB - 09/09/2019
scrivente: ANTONIO GERALDO DE ATAIDE NETO
do Digital: AJC55614-13CC
insulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
nol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepj R\$ 1,82

CARTÓRIO "ALÍPIO BEZERRA"
ALAGOA NOVA-PB.
Antonio Geraldo de A. Neto
ESCRIVENTE



DJF

Data da internação: 07/06/2019 Hora: 22:39:57

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDE PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES 2 - CNES 2362856					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES 4 - CNES 2362856					
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE JANNYEL AVELINO DE LUNA 6 - N° DO PRONTUÁRIO 1915892					
7 - CARTÃO DO SUS 708506369562179		8 - DATA DE NASCIMENTO 18/07/1988	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOSE D LUNA		11 - TELEFONE DE CONTATO <small>DDD</small> 83 <small>Nº DE TELEFONE</small> 994044585			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) RUA ALMEIDA CASTRO , 62 , CENTRO		14 - CÓD. INÍCIO MUNICÍPIO - 15 - UF 250040 PB			16 - CEP 58125000
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Parentezite vtrua de audiente de ondo com dor, desonivelade e fennamento na pene direita</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de cirurgia</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame fílico + larv -x</i> <i>fratur expost de tibia (D) . 5822</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratur expost de tibia (D)</i>					
21 - CID 10 PRINCIPAL 5822		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Injet cirurgia set físc</i>					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050505					
26 - CLÍNICA 02		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF 980016296973832	
29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE RENNA GOMES DA SILVA		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE RENNA GOMES DA SILVA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/06/2019	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>[Assinatura]</i>					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - N° DO BILHETE 38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ORGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF 46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>[Assinatura]</i>					



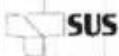
0002020200

6682

carlos gomes karl



Data da internação: 07/06/2019 Hora: 22:39:57

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDD PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE JANNYEL AVELINO DE LUNA			6 - N° DO PRONTUÁRIO 1915892		
7 - CARTÃO DO SUS 708506369562179			8 - DATA DE NASCIMENTO 18/07/1988		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOSE D LUNA			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE 994044585		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) RUA ALMEIDA CASTRO , 62 , CENTRO			14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO - 15 - UF 250040 PB 58125000		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Nova			16 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente vítima de acidente de moto com dor, deformidade e ferimento na perna direita</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de cirurgia</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico + Rale -x fratura exposta de Tíbia (D) .</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Inj. Crânio e Fratura exposta de Tíbia (D)</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL 5822		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Injet. Crânio e Fratura exposta de Tíbia (D)</i>			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 00000000		
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	
				29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296973832	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE RENNA GOMES DA SILVA			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO -32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 07/06/2019		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO		() APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - COD. ORGÃO EMISSOR		
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 15



*Admitido as
05:25 h*

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Data: 07/06/2019
Horas: 23:00:01
Médico (a) Diarista : Jose Renna Gomes Da Silva

g - 1

1915892

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1915892 Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA Idade: 030

Nome da Mãe: MARIA JOSE D LUNA Data de Nascimento: 18/07/1988 Sexo: M

Clinica: AREA VERMELHA Enfermaria: *AREA VERMELHA* Leito: *34* Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA

DIA 07/06/2019

MÉDICO(A): Jose Renna Gomes Da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 6h/6h	<i>06</i>
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h 0D/14D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>06</i>
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	<i>06</i>
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>06</i>
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 8h/8h	<i>06</i>
8	CURATIVOS 24h/24h (ADM AS 6h)	<i>c-fu</i>

*DR. JOSÉ RENNA GOMES
ORIENTADOR TRAUMATOLOGIA
ORTOPEDICO FERIMENTOS*





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 17



Admitido às 05:25h
Data: 08/06/2019
Horas: 02:47:07
Médico (a) Diarista : Ywry De Paiva Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1915892 Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA Idade: 030

Nome da Mãe: MARIA JOSE D LUNA Data de Nascimento: 18/07/1988 Sexo: M

Clinica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 31 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA

DIA 08/06/2019

MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	19/06/06
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	19/06/06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	19/06/06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, 0D/2D Diluir em 50 ML SF 24/24H	19/06/06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	19/06/06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	19/06/06
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	19/06/06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	19/06/06
9	DECUBITO MUDANCA 2/2H	19/06/06
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	19/06/06
11	CURATIVOS IX POR DIA	19/06/06

POI

Paciente submetido a procedimento cirúrgico ortopédico de origem sem infecções.

No momento em UPA.

Col. VPM + Rx Confide.

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

09/06/19:

BEP, ótimo, si infecções, um 2º opo.
Tô seco, bem coaptado, si seco.

Col. Arps Hospitalar ei ontem si refuso Ambulatório
+ ATB + ninh + Arts plas + enfaos Cures
di nê piso Ywry de Paiva Câmara

18/projetohtcg/enviarprescri.php?datasai=2019-06-08&contar=1915892

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PB 10907 1/1





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>

Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 19

08/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmizus, Campina Grande - PB.
Data: 08/06/2019



GOVERNO DA PARAÍBA

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmizus, Campina Grande - PB.

NOME : Yvry De Paiva Camara

GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 143927

DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

Número do Atendimento: 1915892 Clin: AREA VERMELHA / Enf: AREA VERMELHA / Lei: 31

Descrição Cirúrgica

Nome do Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data da Internação: 07/06/2019

Atendimento: 1915892

Diagnóstico Pré-Operatório: Frx exposta ossos da perna (D)

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo.

Cirurgia: Imc Data da Cirurgia: 08/06/19
+ osteossíntese.

Laipe:

Cirurgião: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Aux 1: YVRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE VIEIRA VIANA

Anestesista: THIAGO AUGUSTO MAHON BRAGA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: FRATURA EXPOSTA COM 5 HORAS DE EVOLUÇÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA.
2. REALIZADA IRRIGAÇÃO EXAUSTRIVA COM SF 0,9% 10 LITROS E CLOREXIDINA
3. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS (NÃO FOI UTILIZADO GARROTEAMENTO)
4. AMPLIAÇÃO DE DOIS FERIMENTOS EM FACE ANTERIOR DE Perna DIREITA, UNIFICANDO LONGITUDINALMENTE.
5. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. IRRIGAÇÃO COM SF 0,9%
7. EVIDENCIADA FRATURA COMINUTIVA EM CORTICAL MEDIAL-ANTERIOR. PACIENTE APRESENTANDO TÍBIA TRIANGULAR COM FACE LATERAL POSTERIORIZADA E PROFUNDA, IMPOSSIBILITANDO A SÍNTese LATERAL.
8. REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
9. OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP LARGA 14 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICais, SENDO UM DELES INTERFRAGMENTÁRIO PELA PLACA.
10. LAVADO DE FO COM SF 0,9% + REVISÃO DE HEMOSTASIA.
11. PONTOS DE APROXIMAÇÃO COM NYLON 2-0
12. CURATIVO

Data 08/06/2019

Assinatura/Carimbo

Yvry De Paiva Camara
Yvry de Paiva Camara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

?/projetohtcg/imprevedescr.php?ID=1905&contar=1915892

1/2

08/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

</projetohtcg/impredescri.php?ID=1905&contar=1915892>

2/2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 21

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Fanniel Almino de Paula SN. 18.01.1988
QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO
Sala 03 Sua 30 J915849

CIRURGIA: *Intervenção para remoção de tumor na face* CIRURGIÃO: *Dr. Thiago*
ANESTESIA: *raizal* ANESTESIA: *raizal*

INSTRUMENTADORA: *André (tm)* DATA: *08.06.2019* INICIO: *01:10* FIM: *02:50*



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp.	Compresa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimofte amp.	Compresa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoides		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
01	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
01	Protigmine amp.	Espasadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ml		Mononylon	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	09	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flacobortid amp.	Luvas 8.0 3/4		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.0			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qty.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor	05	SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
02	Stuplanon amp.	Sonda Foley	Qty.	ORTSESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogáтика	01	<i>rigid Kuchihira</i>	
02	Tenoxicam	Sonda Uretral nº	01	<i>rigid Kuchihira</i>	
01	Remifentanilo	Styrdrem ml	01	<i>rigid Kuchihira</i>	
01	Nauroxina	Torneirinha	08	<i>rigid Kuchihira</i>	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese		
01	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	elastico		
	Aguilha p/ raque nº			EQUIPAMENTOS	
	Álcool de Enfermagem			<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
	Álcool Iodado ml			<input checked="" type="checkbox"/> Serra	() Eletrocautério
03	Ataduras de Crepon			<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador	() Oxicapiógrafo
	Ataduras de Gessada			<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	() Cardiomonitor
	Azul metíleno amp.			<input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico
	Benzina ml				

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

André Campos de Araújo Oliveira
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PB 397289

MOD 066

88PI.LC.81.48 recado e circulaçõe / informado
PFBZMIL OS SÓS COLOQ.
Vou informar, é que o de
expansão
O CLO PMLW.00.00 (intervenção)

20

10

0

10.

0

0

10

18
0

0

0

0

0

0
10

0

firmararia p
entrega de
contas 00
00 10
00 20
00 10
00 10
00 10

mesmo dia 00
entrega de
contas 00
00 10

exatamente 00

0

0





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Jamir Avelino de Lacerda Idade: 30 anos
Convênio: SUS Data: 18/07/1988
Procedimento: Trat. cirúrgico e fixação de fratura esquerda das costas da perna direita

Observações:		
		
Assinatura Anestesista	Circulante	Assistente

Assinatura Anestesista

Circulante

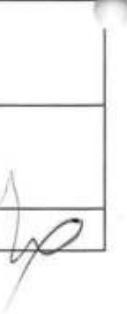
Relatório de Operação

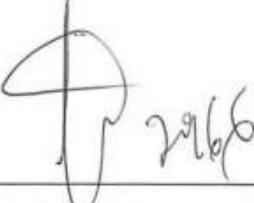
MOD 103





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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		


Assinatura do anestesista





Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

6758

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AI. H

TEL / FAX / E-MAIL:

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

Maior. Min. De Fratura exposta do Tíbia

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Flx 1.5 mm 3100 14F		01	
J50 (min 1.5 x 36		01	
II V 1.5 x 34		05	
II 4 1.5 x 32		02	

03/01/19

DATA DA UTILIZAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Dr. JWR Alva

Q 45 Flx r. 82

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Suelio Moreira Torres

Yuri de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 15507

Embalagem Recife - F.: (81) 99831.0633

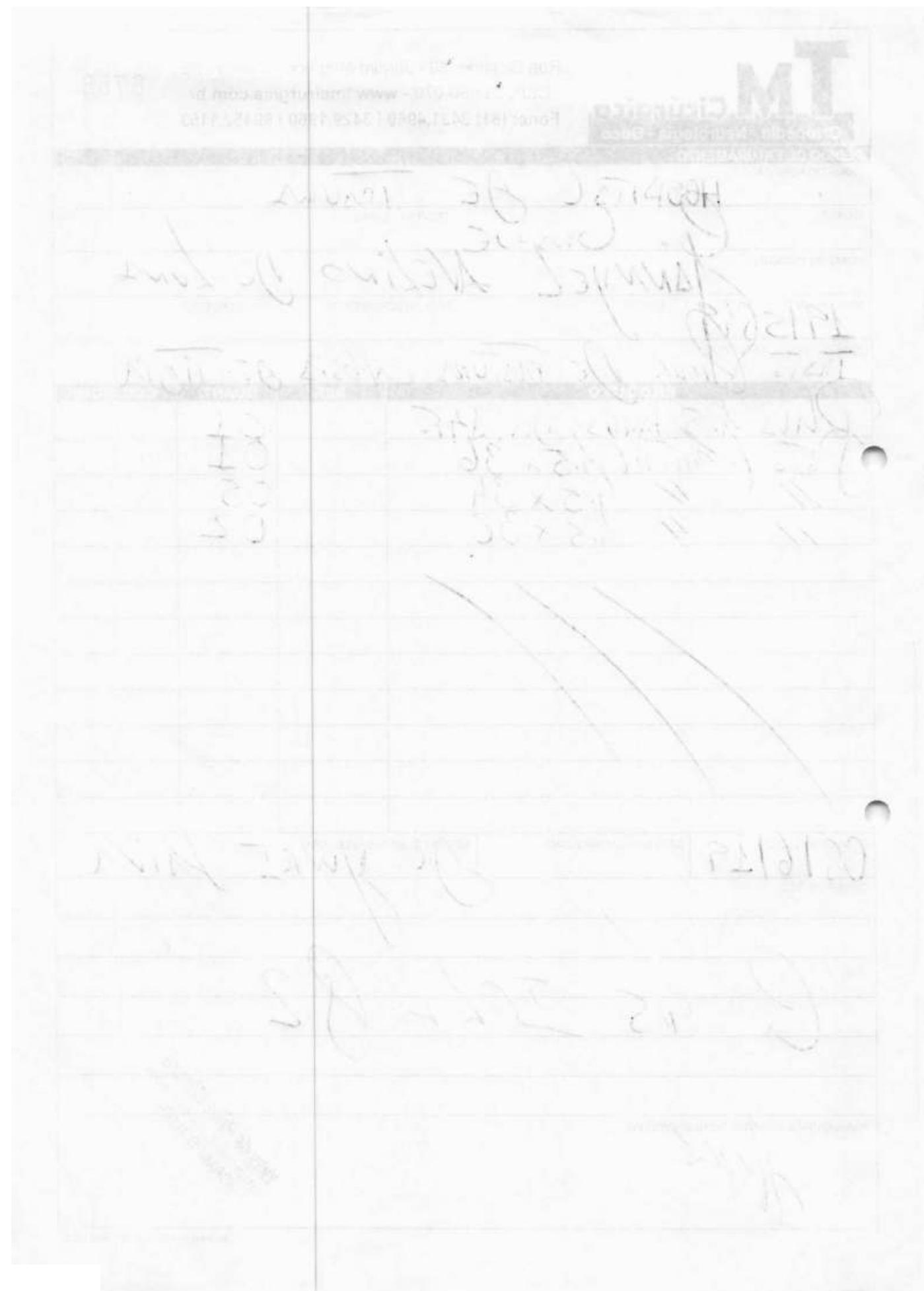


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148

Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 26



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 27



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data da Internação: 07/06/2019 Data da Alta: 09/06/2019

Registro: 1915892

Tempo de Permanência: -18055

Diagnóstico Inicial: Fratura exposta ossos da perna (D) (Gustilo II)

Diagnóstico Final: O Mero

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: LMC + RAFI Data: 08/06/2019

Equipe:

Cirurgião: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: THIAGO AUGUSTO MAHON BRAGA

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

...atomopatológico: NDN

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM Perna DIREITA, APRESENTANDO DOR, DEFORMIDADE E FERIMENTO LOCAL. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA. REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO DE URGENCIA SEM INTERCORRÊNCIAS. EVOLUI EM 2º DPO BEM COM FO SECA E BEM COAPTADA.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL, CURATIVO DIÁRIO E NÃO PISAR.

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa:: ALGINAC + LISADOR DIP + AAS + LEVOFLOXACINO

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos



09/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso0dias

Condições de Alta::Melhorado

Data09/06/2019

Assinatura/Carimbo
Ywry De Paiva Camara

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ywry De Paiva
Camara

Ywry de Paiva Camara
LIBERADO TRAUMA 2 LOGIN
CRM/PB 10907





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

PACIENTE:	JANNYEL DE AVELINO DE LUNA
DATA DO EXAME:	07/06/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

- Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

METODOLOGIA:

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

ANÁLISE:

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

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente nas porções visualizadas.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.
- Ausência de sinais ecográficos sugestivos de lesões relacionadas ao trauma nas visceras sólidas abdominais.

Dr. Arthur José Ventura
Médico Radiologista
CRM / PB 6481





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 31



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

R. L. A. M.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

12y. Fem. D AP + Rextil.

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	<i>08/01/2021</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Yvny de Paiva Câncara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CNPJ: 00011315282896200000036590148
RESPOSTA PELA SOLICITAÇÃO





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>

Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 33

DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE DOS ESTADOS
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EX.

NOME:

JANIEL AVELINO DE LUNA

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITC
DADOS CLÍNICOS:							

DADOS CLÍNICOS:

Neutro

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:	ULTRASSONOGRAFIA
USG FAST	Realizada em: 2021-06-15
URGÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/> ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA:	07/06/19
HORA DA SOLICITAÇÃO:	
RESPOSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:	

RESPOSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:
Thierry de Paula Ferreira



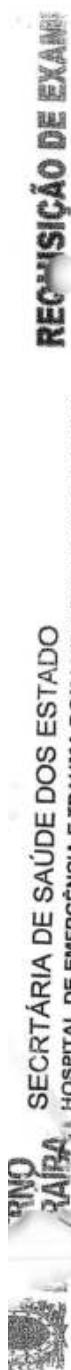
C

C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 35



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

NOME:

JAYSON

REQUISIÇÃO DE EXAMES

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

DADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
DADOS CLÍNICOS:							

Dr. José Moreira Torres
Ortopedista Traumatólogo
CRM: 11031

RAIO X
REALIZADO EM:
Informar
07/06/2020

MATERIAL A EXAMINAR:

NAME SOLICITADO: Dr. Jayson

RGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTA: <input type="checkbox"/>
ATA: 07/06/2021	HORA DA SOLICITAÇÃO:

YNTY de Paineirinha
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRMPB 10907

RESPOSAVEL PELA SOLICITAÇÃO





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 37

07/06/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

do paciente ou responsável (quando necessário)

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Piovíano Peixoto, 4700 - Matrinxas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 07/06/2019

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 07/06/2019 HORA: 21:01:01

SPECIAL PAGE: SURGERY

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

SINAIS VITais

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

AL ERGIAS.

ALLERGIA E MEDICAÇÃO EM USO:

ESTABO GERAL:
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

CONTINUOUS INCOME

() CONVULSAO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO

() IRRITAÇÃO () DIMINUIÇÃO

SINTOMAS REFERIDOS

C) FEBRE / VÔMITO

O PRURIDO () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS () EPIGASTRICA () CONSTITUIÇÃO () MEFNA () LARÍSIO () VITROSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE BOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

HTCG-Painel Administrativo

590

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

10

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 38





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 39



EXAME PRIMARIO - DADOS INICIOS	
Locante: Praça de pelo Sim / bem colado Não Queda: Frencha Não / cida Não du Coliseo: Indice b2m Não / proximidade mente a horos. Vago: Pada du Não / consciencia Não dia em episo dia em enemio. Exibixa-se de dor em pena: Não , sem outros queixas: Não Abome inocente: Não	

ATENDIMENTO URGÊNCIA**PRONT (B.E) Nº: 1915849 CLASS. DE RISCO: VERMELHO**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/06/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modulo 07

Atendente : acolhimento

PACIENTE: JANNYEL AVELINO CEP:58125000 Nascimento: 18/07/1988

DE LUNA Sexo:M Telefone: 994044585

Endereço:RUA ALMEIDA CASTRO Idade:030 Bairro:CENTRO

Cidade: Alagoina Nova

RG: 3363711 Nº:62

Profissão:AGENTE SOCIO EDUCATIVO

CPF: 07892095438

Data de Atend:07/06/2019

CNS:708506369562179

CONVÉNIO:SUS

CRM:

Especialidade:

Nome da Mãe: MARIA JOSE D LUNA

Responsável: JESSICA ALMEIDA SILVA

Estado Civil:Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 21:00:01

CRM:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA**LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)**

1. Abrasão
2. Amputação
3. Arroio
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Cortante
- 15.F. Contuso
16. F. Conto-contuso
- 17.F. Perfuro-contuso
- 18.F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Infiltramento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendínea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoval
28. Objeto Enravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paroxismo
32. Parestesia
33. Quelmadura
34. Rhinorrágia
35. Sinal de Isquémia
- 36.

SOLICITAÇÃO DE PAREcer MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / _____

Dia / /

Especialista: _____ / _____

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL 500 ml, EV, agente	26/06/2019
2	Dipirona 1g - diamp. EV, 990mg	26/06/2019
3	Motril 20 mg - Diazep. EV, 100mg	26/06/2019

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %
_____ Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID: *Volutrauma*
EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Ex endoscopia ~

*anamise com quadro de
friacura exps de Tbc D
sem outras alterações insens-
ibilidades.*

*Dra. Trajano de Cunha
Agnoele Moreira de Cunha*

URGÊNCIA GERAL - 22:36

Altz cirurgia opel - pt. si queixas.

Dr. Antônio Bento Nilo

MÉDICO RESIDENTE

CIRURGIA GERAL

CRM/PB 8108

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ hs : _____ hs

SERVICOS REALIZADOS:

() Centro cirúrgico

() Alta hospitalar / () A revolta

\ () Decisão Médica

() Internação (setor)

() Transferência a OUTRO SETOR ou HOSPITAL

() Óbito

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 42

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

Nº 011545360574
Data: 10/05/2015
P.R.T.: 20150100044569-7

1 0033746075-2 06/00000000 2014

LUIZ PAULO SOARES DA SILVA

07698549402 0E17026/PB
N/MQI PB 9C2KC1680B04530720

PASSAGEIRO(MAIS) APENAS ALCOOL/GÁSOL.

HONDA/CGL150 PAN ESDI 2011 2611

CAPACIDADE PASSAGEIRO: 2
2 P/149 /C1 PARTE VERMELHA

IPVA PAGO: R\$ 30,00/2014
P-FAIA/PIA A-B PARCHAMENTO NOTARIAIS 2-3

PERÍODO PAGAMENTO IPVA: 05/05/2014

PERÍODO TITULAR: 05/05/2014

DATA DE EMISSÃO: 18/05/2015

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

VALOR: R\$ 0,00

VALOR DO SEGURO: R\$ 0,00

VALOR DO PREMIO: R\$ 0,00

VALOR DO COFRE: R\$ 0,00

VALOR DO CUSTO: R\$ 0,00

VALOR DO PAGAMENTO: R\$ 0,00

ESTAMOS LIGADOS AO SEU VÉHICULO, NÃO PERCA NADA! LEIA OS DETALHES NO DOCUMENTO DE TRANSPORTE DA DENTRAN. SEU VÉHICULO ESTÁ COBERTO POR UM SEGURO DPVAT.

P.B.Nº 011545360574 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
87698549402 IS INFORMAÇÕES, LEIA MUITO! 6/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

2014

ESTE É O SEGURO DPVAT
07698549402 IS INFORMAÇÕES, LEIA MUITO! 6/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

2014

ESTE É O SEGURO DPVAT
07698549402 IS INFORMAÇÕES, LEIA MUITO! 6/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

2014

ESTE É O SEGURO DPVAT
07698549402 IS INFORMAÇÕES, LEIA MUITO! 6/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

18/05/2015

27434-0831402-20150518

www.sagardolider.com.br

Chave: 0831402-001-04

Num. 38367655 - Pág. 43

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596170 **Cidade:** Lagoa Seca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.9,17)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

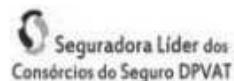
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367178/19

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

CPF: 078.920.954-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ISRAEL DE SOUZA FARIA : 082.917.124-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JANNYEL AVELINO DE LUNA : 078.920.954-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIA
CPF: 082.917.124-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ISRAEL DE SOUZA FARIA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 45

PROCURAÇÃO

Outorgante: JANNYEL AVELINO DE LUNA, brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autônomo, residente e domiciliado na Rua Almeida Castro, 62, bairro: centro, Município de Alagoa Nova, Estado da Paraíba, Cep. 58125-000, portador do RG nº 3.363.711, SSP/PB e CPF nº 078.920.954-38.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JANNYEL AVELINO DE LUNA, ocorrido em 07/06/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza: INVALIDEZ.

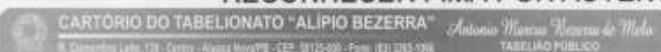
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.


Alagoa Nova - PB, 21 / Setembro 2019.
Cartório Alípio Bezerra

Outorgante

CPF Nº 078.920.954-38

"RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE"



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

JANNYEL AVELINO DE LUNA

Dou fé: Alagoa Nova/PB - 21/10/2019

Escrevente: FAGNER RODRIGUES SOARES

Selo Digital: AJI36741-V11M

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

Emol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepj R\$ 1,82

Cartório "Alípio Bezerra"

ALAGOA NOVA-PB

Fagner Rodrigues Soares

ESCRIVÃO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367178/19

Número do Sinistro: 3190596170

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

CPF: 078.920.954-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JANNYEL AVELINO DE LUNA : 078.920.954-38

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 47



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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190596170 Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data do Acidente: 07/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANNYEL AVELINO DE LUNA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---

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. 01913/01914 - carta_03 - INVALIDEZ



00290957

Carta nº 15004261



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 48