



Número: **0853767-73.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALMIR FERNANDES DOS SANTOS (AUTOR)		FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO) ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24254001	09/09/2019 16:30	Petição Inicial	Petição Inicial
24254026	09/09/2019 16:30	almir fernandes_BO_BAM	Documento de Comprovação
24254037	09/09/2019 16:30	almir fernandes_proc adm	Documento de Comprovação
24254039	09/09/2019 16:30	almir fernandes_prot adm_proc	Documento de Comprovação

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.

Justiça Gratuita

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS, brasileiro, torneiro mecânico, inscrito no CPF sob o nº 070.825.968-55, residente e domiciliado na Rua Emília Mendonça, 1000, apto 201, Valentina, CEP: 58064-400, João Pessoa – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE



em face da **BRDESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **20.11.2017**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

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

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação 2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. 3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser acionada para pagar o valor da indenização de seguros. 4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

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



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

“A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei”. (destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

“STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.

É inconteste, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25%



(vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilatoado mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a) ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b) ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c) Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d) Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 02 de setembro de 2019.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Quesitos para a perícia:

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00427.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00427.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:16 horas do dia 05 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Almir Fernandes dos Santos**, CPF nº 070.825.968-55, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Torneiro Mecânico, filho(a) de Madalena Oliveira dos Santos e Anizio Fernandes dos Santos, natural de Mogi das Cruzes/SP, nascido(a) em 13/06/1964 (53 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Joaquim Pereira dos Santos, Nº 267, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Mercado Pague Menos, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98749-0131.

Dados do(s) Fatos:

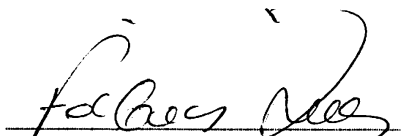
Local: Rua Coronel Joaquim Pereira dos Santos, Próximo Ao Mercado Pague Menos, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/11/17 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que dirigia-se ao seu trabalho conduzindo a MOTOCICLETA HONDA/LEAD110, VERMELHA, 2011/2011, PLACA OFD2318/PB, CHASSI 9C2JF2500BR017730, registrada em nome de CLAUDIR MARTINS DA SILVA COSTA, quando derrapou ao fazer uma curva vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 08.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. Que após o acidente foi em veículo particular para o Ortopedia Mangabeira, sendo transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de março de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ALMIR FERNANDES DOS SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 00427.01.2018.1.00.420





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Almir Fernandes Dos Santos
DATA DE NASCIMENTO 13/06/64
NOME DA MÃE Madalena Oliveira dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105538
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1042817
DATA DO ATENDIMENTO 20/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 10:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Luxação glenoumeral + fratura de úmero proximal E.
CID 10 S42.2 S43.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de dor e limitação de movimentos em ombro direito, parasetesia em dorso da mão. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D, tórax

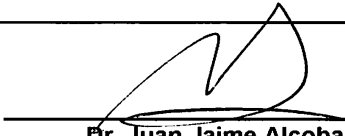
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação glenoumeral + fratura de úmero proximal esquerdo

TRATAMENTO:

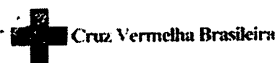
Redução incruenta de luxação glenoumeral esquerda + tratamento cirúrgico de fratura de úmero proximal E.

ALTA HOSPITALAR: 24/11/17
DATA DA EMISSÃO: 08/02/18


Br. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

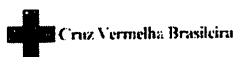
Boletim de Atendimento: 1042817



Identificação do paciente				
ID 569417	Nome ALMIR FERNANDES DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 13/06/1984	Idade 53 anos 5 meses 7 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário
Mãe MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS			Pai ANIZIO FERNANDES DOS SANTOS	
Escolaridade MEDIO COMPLETO			Responsável (Parentesco) DEISE TARGINO DE SOUZA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87490131	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 17338644	Nº Cns 801434145496936		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)			Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
Email	Naturalidade SÃO PAULO	CBO/R		
Endereço				
CEP 58064422	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Rua Manoel Souza do Ó	
Número 176	Complemento	Bairro Valentina de Figueiredo		
Admissão				
Data e Hora 20/11/2017 10:54:21	Número da pulseira 1000006028755	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG [] Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA				Tempo 02min 09seg

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	BAE 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data Baixa
Data de nascimento 13/06/1964	Idade 53	Sexo Masculino	CNS 801434145496936
Mão MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS		Telefone de Contato (83) 87490131	
Endereço Rua Manoel Souza do Ó, 176		Bairro Valentina de Figueiredo	Prontuário
Município JOAO PESSOA		UF PB	
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VICTOR LINHARES LUGUINHO	Nº Cons. Regional 10894/PB
Data/Hora Classificação 20/11/2017 10:58:55		Data/Hora Prescrição 20/11/2017 11:50:11	
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	
Anamnese relato de queda de motocicleta queixa de dor e limitação da mobilidade de ombro E Ao exame : posição antálgica, pulsos cheios e simétricos, exame neurológico sem alterações motoras. Queixa de parestesia em dorso da mão solicito radiografias e peça sala para redução de fratura luxação úmero proximal em centro cirúrgico. staff Dr Carlos Alberto			
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES) RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)			
CID10			
Código	Descrição		
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero		
Conduta Em observação			

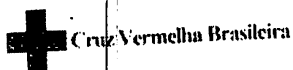
ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

VICTOR LINHARES LUGUINHO
(: 10894/PB)

Boleim registrado por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 20/11/2017 10:56:30



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 09/09/2019 16:29:31
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090916293055900000023486633
Número do documento: 19090916293055900000023486633



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: RENATA
ALVES DE SOUZA
Em: 21/11/2017 10:35:08

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/06/1964	Idade	Sexo Masculino	CNS 801434145496936
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105538	Plantão DIURNO

FISIOTERAPÊUTICA (RENATA ALVES DE SOUZA - 21/11/2017 10:34:38)

ESTADO GERAL

EVOLUÇÃO: REGULAR

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ACORDADO, ORIENTADO, CONTACTUANTE, COLABORATIVO

SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO: NORMOTERMIA

AValiação RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

DRIVE: PRESENTE

EVOLUÇÃO: SIMÉTRICA

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AA

AValiação MOTORA

TÔNUS: NORMAL

FORÇA MUSCULAR: DIMINUÍDA

MARCHA: PRESENTE

DIMINUÍDA: MSE

DÉFICIT MOTOR: AUSENTE

EVOLUÇÃO: CONTROLE CERVICAL, CONTROLE DE TRONCO

CONDUTA

EVOLUÇÃO: EXERCÍCIOS METABÓLICOS, EXERCÍCIOS ATIVO-LIVRES DE M.M.S.S E/OU M.M.I.I, ORIENTAÇÕES GERAIS

OUTROS: Avaliação fisioterapêutica

OBSERVAÇÕES:

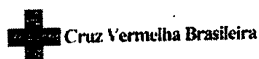
Paciente vítima de acidente de moto, com fratura em úmero proximal E. Aguarda procedimento cirúrgico. Sem indicação no momento.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: RENATA ALVES DE SOUZA

Número Conselho: 7609

Renata Alves de Souza
Fisioterapeuta
CREFITO 199782-F





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 23/11/2017 01:36:49

Paciente	ALMIR FERNANDES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
			1042817	20/11/2017 10:54:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
13/06/1964		Masculino	801434145496936	105538	
Tempo de Internação	Convênio		Plantão		
	SUS		NOTURNO		

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 22/11/2017 21:57:01)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura + luxação umero esq

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

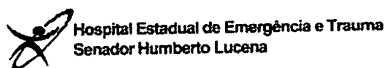
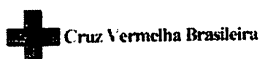
Paciente evolui estável, eupneico, afebril, normotenso, normocárdico, sem queixas no momento. Sem intercorrências. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Seção: HTOP - ENF 16 Leito: LEITO 2
Profissional responsável pela informação: SABRINA MEDEIROS SANTOS

Número Conselho: 307521

U





INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 23/11/2017 01:36:59

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/06/1984	Idade	Sexo Masculino	CNS 801434145496936
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105538	Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 22/11/2017 12:21:15)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura + Luxação Umero E

AValiação Neurológica

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS , FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4)

RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO , NORMOCÁRDICO

AValiação Genito-Urinário

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

VOLUME: NORMAL

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM MS , CATETER VENOSO EM MS

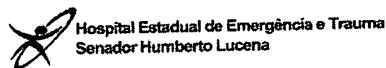
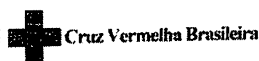
MEMBROS - LOCOMOÇÃO

EVOLUÇÃO: DEAMBULA

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:





INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 23/11/2017 01:37:29

Paciente	ALMIR FERNANDES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
			1042817	20/11/2017 10:54:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
13/06/1964		Masculino	801434145496936	105538	
Tempo de Internação	Convênio		Plantão		
	SUS		NOTURNO		

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 22/11/2017 12:22:03)

DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

EVOLUÇÃO: MANTER MONITORIZAÇÃO CARDÍACA, COMUNICAR ALTERAÇÕES DOS SSVV

DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA S/N (ATENÇÃO)

DEPRESSÃO

NÍVEL DE DEPRESSÃO: LEVE

DOR

NÍVEL DE DOR: LEVE

EVOLUÇÃO:

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

EVOLUÇÃO: REALIZAR CURATIVO 1X DIA E/OU S/N (10)

RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO), REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITIO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), REALIZAR ANTISSEPSIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3 MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: SABRINA MEDEIROS SANTOS

Número Conselho: 307521



21/11/2017

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2014-2017-11-21



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 21/11/2017 14:51:38

Paciente	ALMIR FERNANDES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
			1042817	20/11/2017 10:54:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
13/06/1964		Masculino	801434145496936	105538	
Tempo de Internação	Convênio		Plantão		
	SUS		DIURNO		

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 21/11/2017 14:51:25)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura + Luxação Umero E

AValiação Neurológica

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

ESCALA DE GLASGOW: NÃO SE APLICA

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: NÃO SE APLICA

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO

AValiação Genito-Urinário

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

VOLUME: NORMAL

MEMBROS - SUPERIORES

/172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=357355&dataInicial=21/11/2017%2014:51:25&dataFinal=21/11/2017%2014:51:25





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 21/11/2017 14:53:49INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Paciente	ALMIR FERNANDES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
			1042817	20/11/2017 10:54:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
13/06/1964		Masculino	801434145496936	105538	
Tempo de Internação	Convênio		Plantão		
	SUS		DIURNO		

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 21/11/2017 14:53:42)**DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO**

EVOLUÇÃO: MANTER MONITORIZAÇÃO CARDÍACA, COMUNICAR ALTERAÇÕES DOS SSV

DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA S/N (ATENÇÃO)

DEPRESSÃO

NÍVEIS DE DEPRESSÃO: LEVE

DOR

NÍVEIS DE DOR: LEVE

EVOLUÇÃO:

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

EVOLUÇÃO: REALIZAR CURATIVO 1X DIA E/OU S/N (10)

RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO), REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

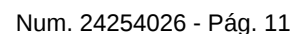
EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITIO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), REALIZAR ANTISSEPSIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3

MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, DRENOS E F.O.
(ATENÇÃO)Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: SABRINA MEDEIROS SANTOS

Número Conselho: 307521



Paciente		ALMIR FERNANDES DOS SANTOS		Boleim de Atendimento		1042817		Data/Hora Entrada		20/11/2017 10:54:21		Data/Hora Saída	
Idade		Sexo		Mascullino		CNS		801434145496936		105538		Pontuação	
Tempo de internação		Convênio		SUS		Platão		NOTURNO					

- As 22:15 hrs.
Patient admitted to the ward
do HETS HL, regular treatment, events -
do, surprise, admit.
Spectrum as evidence.

IN OLYMPIA L. GRIFFIN
ENTRANCE
(CERN - 300572)

*epinephrine, ascorbic
acid, selenium or
vitamin C.*

Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 09/09/2019 16:29:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090916293055900000023486633>
 Número do documento: 19090916293055900000023486633



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Almir Fernandes das Santos BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Ortoscintila de fratura de GT
Cirurgião: Dr. Tibério 1º Assistente: Dr. Inácio
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura GT</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução aberta + fixação interna</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

21 2017
Dr. Tibério
Ortopedia

João Pessoa 23/11/17

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Jto em posição de prone sob anestesia
- Arrumação + antiseptico + drapes

Incisão:

- Incisão Anterolateral T excise a fratura

Achados:

Conduta:

- Redução cruenta + fixação com parafuso 4,5

Fechamento:

Sutura
Curativo

Observação:

Dra Tibiana Medeiros
Ortopedia Trauma e Ortopedia
CRM-PB 7788

21 DEZ. 2017

João Pessoa, 23/11/17

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-I



Nota de Sala Cirúrgica

HEFTSH

NOME DO PACIENTE: Almeida Fernandes dos Santos
 IDADE: 39 SEXO: M ENFERMARIA: 104 LEITO: 11
 CIRURGIA: Fre. Paterna
 CIRURGIÃO: Dr. Glederson Medeiros da Paiva
 ANESTESIA: Bloqueio De Plexo + Sedação
 ANESTESISTA: Dr. André Carvalho
 INSTRUMENTADOR: 1115 CIRURGIA INÍCIO: 12:15
 DATA: 23/11/14

MEDICAMENTOS ANLSTESICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS		QTD.
ALFENTANIL			JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº		
CETAMINA			JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº		
DROPERIDOL			KIT SIST DREN TORÁXICA Nº			FIO DE NYLON Nº	3,0	03
ETOMIDATO			LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº		
OBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº15			FIO DE NYLON Nº		
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO			LÂMINA BISTURI Nº23		1	FIO POLIGLACTINA Nº	2,0	03
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO			LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLIGLACTINA Nº		
LIDOCAÍNA C/ VASO			LÂMINA DE DERMATOMO			FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAÍNA S/ VASO			LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº		
MIDAZOLAM			LUVA DE PROCEDIMENTO PAR			FIO POLIPROPILENO Nº		
MORFINA			LUVA ESTÉRIL Nº7,0		04	FIO POLIGLACTAPRONE Nº		
NIMBÍUM			LUVA ESTÉRIL Nº7,5		02	FIO SEDA Nº		
PANCURÔNIO			LUVA ESTÉRIL Nº8,0		02	FITA CARDÍACA		
PROPOFOL			LUVA ESTÉRIL Nº8,5		02	MATERIAL ESPECIAL		
RAMIFENTANIL			MÁSCARA CIRÚRGICA			CATETER DE PIC		
ROCURÔNIO			MULTIVIAS			CIMENTO CIRÚRGICO		
SEVOFLURANO			PERFURADOR DE SORO			CLIP TITÂNIO LIGADURA		
SUXAMETÔNIO			SCALP Nº19			FIO DE KIRSCHNER Nº	1	2
TIOPENTAL			SCALP Nº21			FIO DE KIRSCHNER Nº	2	3
ADRENALINA			SERINGA 3ML		02	FIO STEINMAN Nº		
ÁGUA DESTILADA			SERINGA 5ML		02	FIO STEINMAN Nº		
BEXTRA			SERINGA 10ML		04	GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
CEFAZOLINA			SERINGA 20ML			HEMOST ADSORVÍVEL		
DEXAMETASONA			SONDA ASP TRAQUEAL Nº8			KIT DERIVA VENTRICULAR		
DIPIRONA SÓDICA			SONDA ASP TRAQUEAL Nº10			PROTESE VASCULAR		
EFEDRINA			SONDA ASP TRAQUEAL Nº12			KIT PAM		
FUROSEMIDA			SONDA ASP TRAQUEAL Nº14			FIXADOR EXTERNO		
GLICOSE 50%			SONDA ASP TRAQUEAL Nº16			EMPRESA		
GLUCONATO DE CÁLCIO			SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			PARAFUSOS CORTICAIS	56	Arco de
HIDROCORTISONA			SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			PARAFUSOS CORTICAIS		
LIDOCAÍNA GELÉIA			SONDA NASOG CURTA			PARAFUSOS ESPONJOSO		
ONDASENTRONA			SONDA NASOG LONGA			PARAFUSOS ESPONJOSO		
PLASIL			SONDA URETRAL Nº			PARAFUSOS MALEOLAR		
PROSTIGMINE			SONDA URETRAL Nº			PARAFUSOS MALEOLAR		
PROTAMINA			SONDA URETRAL Nº			PLACA		
TENOXICAN			SONDA URETRAL Nº			PLACA		
Agulha A 25			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			EQUIPAMENTOS		
Bupropiona			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			() ASPIRADOR		
			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			() BISTURI ELÉTRICO		
			TUBO SILICONE (LATEX)			() CAPNÓGRAFO		
						() CARDIOMONITOR		
						() DESFIBRILADOR		
						() FOCO AUXILIAR		
						() FOCO CENTRAL		
						() MICROSCOPIO		
						() OXÍMETRO DE PULSO		
						() P.A INVASIVA NÃO INVASIVA		
						() PERFURADOR ELÉTRICO		
						() SERRA		
						CIRURGIA		

Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 09/09/2019 16:29:31
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090916293055900000023486633
 Número do documento: 19090916293055900000023486633

[illegible]



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Alma FERNANDES dos Santos BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 20/11/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução Incompleta de fratura Gleno Umeral
Cirurgião: Dr. Francisco Guedes 1º Assistente: VICTOR MR
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Úmeros</u>	
<u>proximal</u>	
<u>+</u>	
<u>luxação Gleno Umeral</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Incompleta</u>	
<u>de luxação Gleno Ume</u>	
<u>al</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 20/11/17

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: ① DPH A do Feijão.
Incisão:
Achados:
Conduta: ② Redução. Incurto do luxação. Redução
③ RX de controle
Fechamento: ④ Imobilização com Tala Plástica
Observação:

Médico/CRM:


Victor Linhares
Médico
CRM 10644

João Pessoa, 20/11/14

F(NG).ASCIR.009-1



FICHA DE ANESTESIA

2007-08-20

PACIENTE:		DATA:		PRONTUÁRIO:	
		SEXO:		COR:	
		IDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO			AP. CIRCULATORIO		
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO	
PRE-ANESTÉSICO					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIÃO		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA		CPF		CRM-PB	
Líquidos Venozos					
PULSO					
DIÁSTOLICA					
SISTOLICA					
PRESSÃO					
TEMPERATURA					
PESO					
RISCO CIRÚRGICO					
ESTADO GERAL					
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO					
AP. CIRCULATORIO					
AP. DIGESTIVO					
ESTADO MENTAL					
DROGAS EM USO					
PRE-ANESTÉSICO					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIÃO		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA		CPF		CRM-PB	
Líquidos Venozos					
PULSO					
DIÁSTOLICA					
SISTOLICA					
PRESSÃO					
TEMPERATURA					
PESO					
RISCO CIRÚRGICO					
ESTADO GERAL					
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO					
AP. CIRCULATORIO					
AP. DIGESTIVO					
ESTADO MENTAL					
DROGAS EM USO					
PRE-ANESTÉSICO					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIÃO		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA		CPF		CRM-PB	
Líquidos Venozos					
PULSO					
DIÁSTOLICA					
SISTOLICA					
PRESSÃO					
TEMPERATURA					
PESO					
RISCO CIRÚRGICO					
ESTADO GERAL					
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO					
AP. CIRCULATORIO					
AP. DIGESTIVO					
ESTADO MENTAL					
DROGAS EM USO					
PRE-ANESTÉSICO					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIÃO		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA		CPF		CRM-PB	
Líquidos Venozos					
PULSO					
DIÁSTOLICA					
SISTOLICA					
PRESSÃO					
TEMPERATURA					
PESO					
RISCO CIRÚRGICO					
ESTADO GERAL					
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO					
AP. CIRCULATORIO					
AP. DIGESTIVO					
ESTADO MENTAL					
DROGAS EM USO					
PRE-ANESTÉSICO					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIÃO		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA		CPF		CRM-PB	
Líquidos Venozos					
PULSO					
DIÁSTOLICA					
SISTOLICA					
PRESSÃO					
TEMPERATURA					
PESO					
RISCO CIRÚRGICO					
ESTADO GERAL					
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO					
AP. CIRCULATORIO					
AP. DIGESTIVO					
ESTADO MENTAL					
DROGAS EM USO					
PRE-ANESTÉSICO					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIÃO		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA		CPF		CRM-PB	
Líquidos Venozos					
PULSO					
DIÁSTOLICA					
SISTOLICA					
PRESSÃO					
TEMPERATURA					
PESO					
RISCO CIRÚRGICO					
ESTADO GERAL					
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO					
AP. CIRCULATORIO					
AP. DIGESTIVO					
ESTADO MENTAL					
DROGAS EM USO					
PRE-ANESTÉSICO					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIÃO		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA		CPF		CRM-PB	
Líquidos Venozos					
PULSO					
DIÁSTOLICA					
SISTOLICA					
PRESSÃO					
TEMPERATURA					
PESO					
RISCO CIRÚRGICO					
ESTADO GERAL					
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO					
AP. CIRCULATORIO					
AP. DIGESTIVO					
ESTADO MENTAL					
DROGAS EM USO					
PRE-ANESTÉSICO					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIÃO		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA		CPF		CRM-PB	
Líquidos Venozos					
PULSO					
DIÁSTOLICA					
SISTOLICA					
PRESSÃO					
TEMPERATURA					
PESO					
RISCO CIRÚRGICO					
ESTADO GERAL					
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO					
AP. CIRCULATORIO					
AP. DIGESTIVO					
ESTADO MENTAL					
DROGAS EM USO					



Nota de Sala Cirúrgica

Sl

04 10/02/19

NOME DO PACIENTE: Almir Fernandes dos Santos
 IDADE: 53 BE: PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO:
 CIRURGIÃO: Dr. Cir. de Deb. Extern. Externo ESO
 CIRURGIÃO: Externo Externo ESO
 ANESTESIA: Sedativo
 ANESTESISTA: Marcos Vinícius
 INSTRUMENTADOR: Dr. 11/2019
 DATA: 10/02/19 ANESTESIA: INÍCIO: 15:00 CIRURGIÃO: INÍCIO: 15:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA	1	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	2	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
BEXTRA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOXINA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPLONA SÓDICA		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
FURASEMIDA		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		TORNEIRINHA		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIIDROCORTISONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASETRONA		ELETRODOS		EQUIPAMENTOS	
PLASB		EQUIPO MACROGOTAS		() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO TRANSF. SANGUE		() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		EQUIPO MICROGOTAS		() CAPNÓGRAFO	
TENOXICAN		ESPONJA DE PVPI		() CÁRDIOMONITOR	
		ESPARADRAPO		() DESFIBRILADOR	
		GAZES		() FOCO AUXILIAR	
		GAZES ALGODOADAS		() FOCO CENTRAL	
		GEL ELETROLÍTICO		() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº14		() TENSÍMETRO DE PULSO	
		JELCO Nº16		() INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

Marcos Vinícius
 394-324

FINCO/ASCIR 021-2





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

070 825 968-55

Nome completo da vítima

Almir Fernandes dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Almir Fernandes dos Santos	070 825 968-55	sem. mecânica
Endereço	Número	Complemento
Rua Coronel Joaquim Pereira dos Santos	267	
Bairro	Cidade	Estado
Valente na	João Pessoa	Paraíba
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58064 400	98749 0131

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		☒ BANCO	
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
		Banco	
AGÊNCIA NRO	D/V	AGÊNCIA NRO	D/V
		2108	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO	D/V
		40273	7
		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 25 de março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





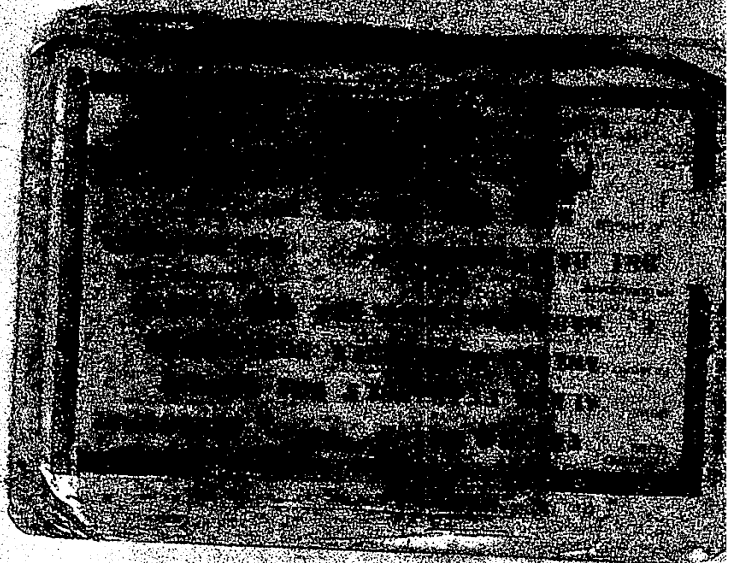
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

IDENTIFICACAO DO TITULAR

Nome: CLAUDIO FERNANDES DOS SANTOS
Data de Nascimento: 13/06/1964
CPF: 293.839.031
Endereço: RUA ... Nº ...
Cidade: ...
Estado: ...

Assinatura: ...
Assinatura do Detran: ...
Detran - SP (SAO PAULO)

Validade: ...



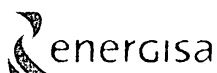
DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230 - Km 75 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 - 0001-40 - Insc Est 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE DEISE TARGINO DE SOUZA RUA CEL JOAQUIM PEREIRA SANTOS 267 JOAO PESSOA	EDC - CODIGO DO CONSUMIDOR 5/400899-1
--	--

REFERENCIA MAI/2018	APRESENTACAO 17/05/2018	CONSUMO 110	VENCIMENTO 24/05/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 55,95
--------------------------------------	--	------------------------------	--	--



DEISE TARGINO DE SOUZA
Roteiro: 09-005-507-2620
83610000000-6 55950149000-2 04008992018-1 05000005019-0

VENCIMENTO 24/05/2018	VALOR R\$ 55.95	CODIGO 400899-2018-05-0	
---------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	--



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Flávia Fernandes dos Santos CPF da Vítima: 070.825.968-55 Data do Acidente: 20.11.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____

Email: _____ Telefone (DDD): _____

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pereira 25 de maio de 2018
Local e Data

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 17338544 SSP SP

CPF 070.825.968-55 DATA NASCIMENTO 13/06/1964

FILIAÇÃO
 ANIZIO FERNANDES DOS SANTOS
 MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 AC

Nº REGISTRO 03424914548 VALIDADE 15/10/2020 1ª HABILITAÇÃO 14/07/1983

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 15/10/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
 Ariston Chaves Sousa
 85071450884
 PB031482856

DETRAN - PB (PATRÃO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1169633998

PROIBIDO PLASTIFICAR 1169633998



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS
Qualificação: donato, técnico mecânico
CPF/MF: 070 825 968-55 RG: 173 385/14 SSP/SP
Endereço: Rua Emilia Mendonça N° 1100 Apt. 201
Valentina CEP 58000000

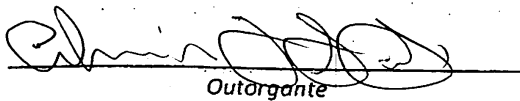
OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 20(vinte por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 16 de julh de 2017.


Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369952/18

Vítima: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

CPF: 070.825.968-55

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALMIR FERNANDES DOS
SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SINISTRO
3180/474377

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS : 070.825.968-55

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: 09/10/2018
Nome: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS
CPF: 070.825.968-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **ALMIR FERNANDES DOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: **17338544 SSP SP**

CPF: **070.825.968-55** DATA NASCIMENTO: **13/06/1964**

FILIAÇÃO: **ANIZIO FERNANDES DOS SANTOS
MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS**

PERMISSÃO: **ACC** CAT. HAB: **AC**

Nº REGISTRO: **03424914548** VALIDADE: **15/10/2020** 1ª HABILITAÇÃO: **14/07/1983**

OBSERVAÇÕES: A

Assinatura do Portador: *[Assinatura]*

LOCAL: **JOAO PESSOA, PB** DATA EMISSÃO: **15/10/2015**

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]* **85071450884
PB031482856**

DEBEN - PB (PACANIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1169633998

PROIBIDO PLASTIFICAR 1169633998

