



26/07/2023

Número: **0800859-40.2021.8.15.0911**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Serra Branca**

Última distribuição : **15/07/2021**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76637341	26/07/2023 12:12	Petição	Petição
76637343	26/07/2023 12:12	2830323_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
76637345	26/07/2023 12:12	2830323_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Nº Sinistro: 3180450135

Vítima: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180450135**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13411183

Pag. 00133/00134 - carta_01 - INVALIDEZ

00020067



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Nº Sinistro: 3180450135

Vítima: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180450135**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **04/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01057/01068 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13467074



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180450135 **Cidade:** Soledade **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS **Data do acidente:** 04/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) // (VÍTIMA EM TRATAMENTO).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Nº Sinistro: 3180450135

Vítima: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180450135**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13411183

Pag. 00133/00134 - carta_01 - INVALIDEZ



00020067



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Nº Sinistro: 3180450135

Vítima: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180450135**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **04/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01057/01068 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13467074



SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO



do pelo Banco Bradesco S.A. em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente

CONTA

493 6 0038355 4



THORIZED SIGNATURE

Facil Bradesco 4002-0022 / 0800 570-0022
do Exterior +55 (11) 4002-0022
000 704-6383 (Débito) / 0800 727-9988 (Crédito)
Auditoria ou de Fala: 0800 722-0099
0800 727-9955
Bradesco

NO EXTERIOR



DISCOVER

ATM
pulse

Banco24Horas





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/, - Catoie - Campina Grande - 58100-090 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000497/18

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 Nº 000497/18 registrada em 28/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:12 horas, compareceu o Sr. ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAZEIRINHO - PB, Casado, escolaridade Médio Completo, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 748.323 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 53694406468, residindo à rua PROFESSORA GENUÍNA PESSOA, S/N, bairro CENTRO, na cidade de GURJÃO - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 03h00min do dia 04.07.2018, estava trafegando por uma estrada vicinal que liga a Fazenda Pendência a cidade de Soledade/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ano/modelo 2018/2018, de cor vermelha, chassi nº 9C2KD0810JR022333, placa QFU-4713/PB, licenciada em nome de Robério Luiz de Almeida Farias, quando nas imediações do Sítio Catingueira foi "fechado" por um caminhão pipa de placas e outras características não identificadas, inclusive o condutor, fazendo com que o comunicante perdesse o controle de direção, caindo em um barranco, sofrendo traumatismo em MEI, com fratura do cotovelo, sendo socorrido por populares que passavam pelo local, sendo levado inicialmente para Gurjão/PB e de lá foi transferido em uma ambulância para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos e posteriormente transferido para o hospital Antonio Targino, também nesta cidade, onde finalmente passou por cirurgia, conforme documentos em anexo, enquanto que o condutor do caminhão pipa que deu causa ao acidente evadiu-se do local, tomando rumo ignorado, não prestando qualquer tipo de socorro ao comunicante; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local do ocorrido, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do caminhão 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, Terça-feira, 28 de Agosto de 2018

Robério Luiz de Almeida Farias
ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Declarante

José Alberto do Nascimento

Delegado de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

Roberto Luiz de Almeida Faria

CPF da Vítima

53694406468

Data do Acidente

04/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

José Romão de Araújo

CPF do Representante legal

46528964497

E-mail

jose.romao@bentluek.com

Telefone (DDD)

(51) 99805-5708

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.

Gurupá, 20 de Agosto de 2018

Local e Data

Roberto Luiz de Almeida Faria

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°-1686324 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.768/0038-52 Data: 04/07/2018
Av. Iral, Floriano Pessoa, 4700 - Moinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58437-809
Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: Ana Tereza Gomes Mônica
Nascimento: 01/12/1960

PACIENTE: ROBERTO LUIZ DE ALMEIDA FAITAS

Endereço: PROFESSORA GENJUNA PESSOA

Cidade: Goiânia

Mãe: MARIA SÂNIA DE ALMEIDA FAITAS

Responsável:

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

OBS FIÇÃO:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Cabeça	13. Fratura costal 9ª/10ª
2. Pescoço	14. Fratura costal 11ª/12ª
3. Torácica	15. Fratura costal 13ª/14ª
4. Braço	16. Fratura costal 15ª/16ª
5. Cotovelo	17. Fratura costal 17ª/18ª
6. Antebraço	18. Fratura costal 19ª/20ª
7. Mão	19. Fratura costal 21ª/22ª
8. Ombro	20. Fratura costal 23ª/24ª
9. Escápula	21. Fratura costal 25ª/26ª
10. Clavícula	22. Fratura costal 27ª/28ª
11. Húmero	23. Fratura costal 29ª/30ª
12. Rádio	24. Fratura costal 31ª/32ª
13. Ulna	25. Fratura costal 33ª/34ª
14. Carpo	26. Fratura costal 35ª/36ª
15. Metacarpo	27. Fratura costal 37ª/38ª
16. Falange	28. Fratura costal 39ª/40ª
17. Dedo	29. Fratura costal 41ª/42ª
18. Tornozelo	30. Fratura costal 43ª/44ª
19. Calcâneo	31. Fratura costal 45ª/46ª
20. Talo	32. Fratura costal 47ª/48ª
21. Navicular	33. Fratura costal 49ª/50ª
22. Escafóide	34. Fratura costal 51ª/52ª
23. Trapezóide	35. Fratura costal 53ª/54ª
24. Trapezóide	36. Fratura costal 55ª/56ª
25. Trapezóide	37. Fratura costal 57ª/58ª
26. Trapezóide	38. Fratura costal 59ª/60ª
27. Trapezóide	39. Fratura costal 61ª/62ª
28. Trapezóide	40. Fratura costal 63ª/64ª
29. Trapezóide	41. Fratura costal 65ª/66ª
30. Trapezóide	42. Fratura costal 67ª/68ª
31. Trapezóide	43. Fratura costal 69ª/70ª
32. Trapezóide	44. Fratura costal 71ª/72ª
33. Trapezóide	45. Fratura costal 73ª/74ª
34. Trapezóide	46. Fratura costal 75ª/76ª
35. Trapezóide	47. Fratura costal 77ª/78ª
36. Trapezóide	48. Fratura costal 79ª/80ª
37. Trapezóide	49. Fratura costal 81ª/82ª
38. Trapezóide	50. Fratura costal 83ª/84ª
39. Trapezóide	51. Fratura costal 85ª/86ª
40. Trapezóide	52. Fratura costal 87ª/88ª
41. Trapezóide	53. Fratura costal 89ª/90ª
42. Trapezóide	54. Fratura costal 91ª/92ª
43. Trapezóide	55. Fratura costal 93ª/94ª
44. Trapezóide	56. Fratura costal 95ª/96ª
45. Trapezóide	57. Fratura costal 97ª/98ª
46. Trapezóide	58. Fratura costal 99ª/100ª

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada =
DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exame Primário no SUS
Exame Primário no SUS
Exame Primário no SUS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Pupilas reagentes () Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow

PA

HGT:

SHT:

EXAMES SOLICITADOS:

() Hemograma
() Gasometria arterial
() Monografia Computarizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Assinatura e Carimbo do Médico:
Assinatura e Carimbo do Médico:
Assinatura e Carimbo do Médico:



SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO

ROBERTO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS
PLA PROFª GEMINA FERRAZ S/A - CENTRO
SUL/PAO/PS CER. 335 DE 000 (AG. 100)
Endereço: 09070-2018 Referência: 01/2018
Cidade: São Paulo - SP
Rota: 2 - 001-405-4440 N° medidor: 0000130325

ENERGISA
Código para o Cliente: 00014022227
Código para o Cliente: 00014022227

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

Conta referente a: 09/07/2018 Data prevista da próxima leitura: 08/08/2018
Apresentação: 09/07/2018
CPF/CNPJ: 036.344.054-68

UC (Unidade Consumidora): 5/1403323-7

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
09/07/18	7189	06/07/18	7200	32

Demonstrativo	
Descrição	Valor
001 Consumo em kWh	101,00
002 Adc. 6ª Vemeta	12,55
003 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	0,53
004 JUROS DE MORA 09/07/18	0,07
005 JUROS DE MORA 09/07/18	1,48
006 MULTA 09/07/18	2,19
007 MULTA 09/07/18	2,27
008 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/07/18	1,21
009 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/07/18	0,07

COL. Código de Classificação do Item: TOTAL 128,95 128,95 33,91 128,95 1,43 0,62

Média últimos meses (kWh): 188
VENCIMENTO: 16/07/2018
TOTAL A PAGAR: R\$ 153,92

Histórico de Consumo (kWh)
154 173 144 149 132 129 129 100 106 113 190 190
Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

RESERVAÇÃO: 87b4.81ca.7bdc.c3f2.eb08.567e.563c.a52c.

Indicadores de Qualidade	
Limites da ANEL	Apurado
DC ORDEM	0,03
DC TRIMESTRAL	12,00
DC ANUAL	24,12
PC ANUAL	2,43
PC TRIMESTRAL	3,06
PC DIÁRIA	13,70
PC 15	2,54
PC 30	2,22

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia	31,00	20,17
Consumo de Energia	43,01	28,00
Consumo de Energia	4,98	3,24
Consumo de Energia	0,51	0,33
Consumo de Energia	0,42	0,27
Consumo de Energia	0,00	0,00
Total	153,92	100,00

ATENÇÃO: Faturas em atraso

VENCIMENTO: 16/07/2018
TOTAL A PAGAR: R\$ 153,92

83620000001-3 53920354000-0 14033232018-7 07200105019-5



SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 52.015-070 - CNPJ: 09.123.884/0001-87

PARA CONSULTA COM A CAGEPA,
INFORME O NÚMERO
DE INSCRIÇÃO

69465908

Nº. ESR

18603625

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

OTAVIO EMILIANO ALVES
RUA VITAL F DA SILVA, 63 - IAND - CENTRO QUEIMADAS
PB 58475-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Reserva	Reserva	Reserva	Reserva	
030.008.395.0350.000	000	-	-	-	-	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
			LIGADO	POTENCIAL		

Consta(n) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, no mais de 5 dias, considere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
MAR/2018	04/06/2018	37,31			
JUN/2018	08/07/2018	39,62			

EMISSÃO:

27/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 76,73



SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO

GOVERNO
DA PARAIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Roberta Luz de Almeida Torres</u>	
Endereço: <u>Protona de Imã - Fátima Bairro Quilômetro</u>	
Data de Nascimento: <u>04.11.70</u>	Documento de Identificação: <u>Bairro Quilômetro</u>
Queixa: <u>Acidente de trabalho</u>	Data do Atendimento: <u>27.08.2018</u> Hora: <u>08h15</u> Documento: <u></u>
Acidente do trabalho? <u>() Sim () Não</u>	
Classificação de Risco	
Nível de consciência: <u>() Bom () Regular () Baixo</u>	Aspecto: <u>() Calmo () Fútil de dor () Gemente</u>
Frequência respiratória: <u></u>	Frequência cardíaca: <u></u>
Pressão arterial: <u></u>	Temperatura axilar: <u></u>
Dosagem da HGT: <u></u>	Mucosas: <u>() Normocrômica () Pálida</u>
Deambulação: <u>() Livre () Cadeira de rodas () Maca</u>	

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 1 hora

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 118

Data da internação: 04/07/2018 Hora: 09:29:00

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
	União da Saúde	

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE ROBERTO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS		6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1686348
7 - CARTÃO DO SUS 708602567935589	8 - DATA DE NASCIMENTO 01/12/1960	9 - SEXO Masc ☒ F ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA SANTA DE ALMEIDA FARIAS		11 - TELEFONE DE CONTATO 83 997071152
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) PROFESSORA GENUÍNA PESSOA, 0, GURJÃO		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Gurjão	14 - COODENADA MUNICIPAL - 15 - UF 250650 PB	16 - CEP 58670000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Trauma no cotovelo @ com dor e inchaço</i>	
---	--

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Ref. Enxerto</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exf / R</i>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fraatura do cotovelo @</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Enxerto de ligamento</i>		25 - CLÍNICA 26 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02	27 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF 980016277645787	28 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016277645787
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 04/07/2018		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - CNPJ EMPRESA 38 - Nº DO VILHETE 39 - CNAB DA EMPRESA 40 - CBOA	41 - CBOA	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COOD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11	48 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Roberto Luiz de Almeida Junior
pessoa responsável pelo doente Maria Elvira de Almeida Junior
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

CPF: 536.944.064-68 (Doente)

CPF: 526.029.539-61 (Responsável)

Em, 05 de Julho de 2018

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável



Data da Internação: 04/07/2018 Hora: 09:29:00

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
---	---	--

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362836
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362836

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE ROBERTO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS		6 - Nº DO PROCTUÁRIO 1696348
7 - CARTÃO DO SUS 708602567935589	8 - DATA DE NASCIMENTO 01/12/1960	9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA SANTA DE ALMEIDA FARIAS		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE 83 987071152
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) PROFESSORA GENUÍNA PESSOA, 0, GURJÃO		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Gurjão		14 - CDD - ZONE SANITÁRIA 250630
		15 - UF PB
		16 - CEP 58670000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Trauma no abdômen com dor e inchaço	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Pericardite	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exf / Hx	
20 - DIAGNÓSTICO LÍNEA Exf / Hx	21 - CID 10 PRIMÁRIA
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Exf / Hx		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CATEGORIA 02	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - Nº DO DOCUMENTO (CNE/CIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016277645787
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE EDUARDO OTÁVIO BRAGA MORAIS		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 04/07/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 	37 - Nº DO SEU NIT 	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA 	40 - CNIE DA EMPRESA 	41 - CBOE 	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR	() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	44 - CDD - ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNES () CPF 	46 - Nº DO DOCUMENTO (CNE/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Roberto Luiz A. Brito IDADE: 57 SEXO: m
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 05/07/18

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia
() Dispnéia de esforço

() Tontura
() Grande
() Média

() Síncope
() Pequena
() Ortopnéia
() Expectorção

() Paipitações
() Dor Precordial
Relacionada () Esforço

() Tosse Seca
() Típica
() Emoções () Frio

() Atípica
() Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica N
() Diabetes Mellitus N
() Arritmias

() Hipertensão Pulmonar
() Insuf. Cardíaca Congestiva N
() Insuf. Renal

() DPOC () Outros
() Insuficiência Coronariana N
() Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos:
() Etilismo
() Dislipidemia

neg
() Cirúrgico neg

() Tabagismo N
() Sedentarismo
() Outros

Medicamentos em uso ☒ Não

() Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral ☒ Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: ACR, 2T, 0D

FC: 74 b.p.m P.A.: 120 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

- ☒ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Outs: _____



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

Diagnóstico

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDIS

Roberto Lou

Idade

Prescrição Médica

Horário

Enfermagem

Evolução Médica

Leito

05/07

Dieta livre

SC 0,9% 1500 ml EV em 24hs

Dipirona 20ml + AD EV 6/6hs

Omeprazol 40 mg IV / dia

Tiludil 20mg EV 1/12hs

Fentanyl 100mcg + SC EV 2/500 SN

Fusidil 20ml + AD EV 5/200 SN

SSV + CEG

Amikina 600 mg + AD @ 6/6hs

Dr. Eduardo Augusto Almeida
CRM 10.123.456
R. 1000, 1000

Fred. Oliveira @

Prévio de atendimento

sem intercorrências

Col. VPM

Curativo Amikina no colúmbio @

Dr. Eduardo Augusto Almeida
CRM 10.123.456
R. 1000, 1000

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 05/07/2018
HORA: 08:51:18

2298610



Paciente
Nome do Paciente: ROBERTO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS
Prontuário: 913014
Estado Civil: 536.944.094-66
CPF: 748323 SSP PI
RG: 748323 SSP PI
Grau de Instrução: _____
Profissão: _____
Fone Residencial: 88509066
Fone Trabalho: _____
Complemento Endereço: _____
Filiação: Mãe: MARIA SANTA DE ALMEIDA FARIAS
Pai: LUIZ GARCIA DE FARIAS
Endereço: R. PROFESSORA GENUINA PESSOA, 488 - CENITINO, GUARUÁ-PB CEP: _____

Atendimento
Data: 05/07/2018
Hora: 08:59
Setor: 3008-SECRETARIA CONVENIOS
Médico Atendente: 2305-RALTON MARINHO DA COSTA
Tipo Atendimento: 5-INTERNAÇÃO CIRURGICA
Motivo Atendimento: 4-INTERNAÇÃO URGENCIA
Plano / Convênio: 37-PACOTE/PACOTE ENFERMARIA
Nº Carteira: _____
Validade: _____
Nº CNS: 708602567933550

Posto
Guia: _____
Internação: _____
Acomodação: _____
Leito: 2 lácos
Nº Carimbo: (913014)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) ROBERTO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente _____ CRM _____ Estado de: PI, para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésicas, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometer-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.
Fica ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico acima.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: ROBERTO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS
Endereço: R. PROF. SJOJA GENUINA PESSOA, 488 Bairro CENTRINO, GUARUÁ-PB
Telefone: 987071152

CAMPINA GRANDE, 05 de Julho de 2018

AUGUSTO TORRES
Responsável pelo Atendimento

ROBERTO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS
Responsável pelo Paciente

RX DE CONTRÓ
REALIZADO EM: 05/07

HOSP TAL ANTONIO TARGINO		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
NOME:		LEITO:		CONVÊNIO:	
ALAC:		DATA:		DIAGNÓSTICO:	
MEDICAMENTOS			HORÁRIO		
08/01/14 Amil 1000					
S.R.B. 1000			22		
Cefotaxima 1000			17 ⁰⁰ 23/05		
Dipirona 1000			17 ⁰⁰ 23/05		
Folbaf 400			17 ⁰⁰		
Diclofenac 200 8x7			17 ⁰⁰ 01/06		
Omeprazol 10 12/12			06		
Nortridon 10 8x8 (4x)					
Fram 100 12/11 (9x)					
C. am					
Clem 400 12			22		
EVOLUÇÃO MÉDICA					
Amel. com febre Amel. com febre Intermitente por febril. Amel.					





PACIENTE: _____

Nº DO PRONTO-SOCURO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____

DATA DA OPERAÇÃO: 05/07/18 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

OPERADOR: [assinatura] 1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____

3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____

ANESTESISTA: [assinatura] TIPO DE ANESTESIA: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: [assinatura] TIPO DE OPERAÇÃO: [assinatura]

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: _____

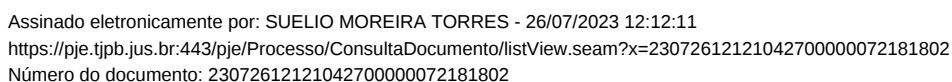
EXAME RADIOLÓGICO NO ATU: _____

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
VIA DE ACESSO: FÍSTULA E TÉCNICA: LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MAT EMPREGADO: ASPLECTO - VICIERAS

Caules Wy canis
Luna pul
Quem A -
no no campo
Heurter
Bela amp
Luis com fidei for
super
ca

Dr. William Edson de Oros
CRM 368.741-3/RS
TEOD 11.319



ANTONIO TARGINO R. Professora Genuíra pessoa 468 - Centro Guajará PB

PACIENTE: Roberto Luiz de Almeida Farias 57 anos

CONVÊNIO: pacote SUS ☐ PRONTUÁRIO: 913014/2298610 DATA: 05/07/18

CIRURGIA: tratamento cirurgico Fratura de calcâneo

CIRURGIÃO: Dr. Ralten AUXILIAR:

AUXILIAR: ANESTESISTA: Dr. Marcio

CIRCUANTE: Drika SALA: 06 HORÁRIO: INÍCIO: 16:00 FINAL: 17:00

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.	COD.	MATERIAL	QUANT.	COD.	FIOS	QUANT.
1872	ADRENALINA		107329	ADAPTADOR PI SORO	01		ACIPLEX N°	
1890	ÁGUA DESTILADA	06	110085	AG. RAQUI 27BD			ALGODÃO CIA N°	
1699	AMINOPIRINA		120089	AG. RAQUI 25BD			ALGODÃO S/A N°	
1929	ARAMIN	02	181281	AG. RAQUI PI OBESO BD			CROMADO CIA N°	
2070	ATROPINA		40x12	AGULHA DESCARTÁVEL N°	08		CROMADO SIAN°	
255799	BEXTRA			AGULHA PERIDURAL N°			ETHIBOND N°	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO			AGULHA RAQUIN°			FITA CARDIACA	
485C	CEFA-OTINA 1g	02		ALGODÃO HIDRÓFILO		04/03	MONOCRYL N°	
122706	CEFAZOLINA 1g		2255	ALGODÃO ORTOPÉDICO	04	04/04	MONONYLON N° 2.0	04
1757	CEFTRIAXONA		9113	ATADURA CREPON N°			PROLENE N°	
164896	CETROPROFENO IV			ATADURA GESSADA			VICRYL N° 0L	0L
1910	CLORETO DE POTÁSSIO		2356	BOLSA COLOSTOMIA				
2038	CLORETO DE SÓDIO	0L		CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°				
5804	DEXAMETASONA	02	211558	CAPA PARA VÍDEO				
4865	DICLOFENACO SÓDICO		2429	CATETER OXIGÊNIO	0L			
2020	DIPIRONA		27080	COLETOR URINA ABERTO				
5975	DOPAMINA		22381	COLETOR URINA FECHADO				
32'90	EFEDRINA	0L		COMPRESSAS				
5339	FENERGAN		142341	COMPRESSAS 25X25	100			
2038	FUROSEMIDA			DRENO PENROSE N°				
4286	GARAMICINA			DRENO SUÇÃO N°				
2045	GLICOSE 50%			DRENO TÓRAX N°				
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO		59587	ELETRODO	05			
5385	HEPARINA		2585	EQUIPO MACROGOTAS				
5380	HIDROCORTISONA		287393	EQUIPO PI ARTROSCOPIA				
2262	METOCLOPRAMIDA		26'5	ESPARADRAPO	30cm			
37659	NAUSEDRON 8mg	01	20117	FITA GLICEMIA				
69938	OMEPRAZOL 40mg		142220	GAZES 7,5X7,5	40 pcd			
70181	PROSTIGMINE	03		GAZES				
70338	QUELICAM		3425	GEL-OLAN				
23819	RANITIDINA	01	609'7	GILETE				
70335	SOLIMEDROL 500mg			GUENDEL N° 04	0L			
403792	TORADOL		3468	INTRA-CATH				
70371	TRANSAMIN			JELCO N°				
70572	TRILATIL 40mg	01		LÂMINA BISTURI N° 24	02			
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.	132709	LUVAS 6.5	0L			
70254	A. FENTANILA		111209	LUVAS 7.0	0L			
8885	DIEMFAX 10mg		40126	LUVAS 7.5	02			
3028	DIMORF 1.0mg		3522	LUVAS 8.0	02			
3084	DIMORF 0.2mg		149870	LUVAS 8.5				
123149	DIMORF 10mg		69762	MICROPOR LARGO				
69956	DORMONID	01		SCALPS N° 2L	0L			
69939	DORMONID COMP.		3735	SERINGA DE 01cc				
46890	FENOBARBITAL		3700	SERINGA DE 03cc				
8889	HIDANTAL		3719	SERINGA DE 05cc	03			
9962	KETALAR		3689	SERINGA DE 10cc	04			
69820	PETIDINA		3897	SERINGA DE 20cc	06			
73210	TRAMAL		341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/burro)	0L			
146832	ULTIVA			SONDA FOLEY N°				
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.		SONDA NELATON	14	0L		
70548	ATRACURIO			SONDA NSG				
126233	CISATRACURIO			SONDA RETAL				
9051	ETOMIDATO							
3042	FENTANIL	2ml						
2801	LIDOCAINA 2% CV	01						
2119	LIDOCAINA 2% S/V							
2810	LIDOCAINA GELEIA							
2199	NEOCAINA 0.5% CV	01						
70750	NEOCAINA 0.5% S/V							
1995	NEOCAINA PESADA							
3212	NILPERIDOL							
142364	NOVAPUPI C/V							
97449	NOVAPUPI ISEDARICA							
264580	NOVAPUPI S/V							
2216	PANCURONIO							

COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA XENENADA	
149217	ALCOOL	50cm
304003	CLCREXIDINA	algodão 60cm
2631	EPI	
3603	BADEERVANTE	100m
3611	PVPÍ TÓRICO	
4111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CAPNÓGRAFO	
	CRANÍOTOMO	
	INTENSIFICADOR de Imagem	
	MICROSCÓPIO CIRÚRG.	
	MONITOR CARDÍACO	10
	NITRÓGENIO	
	OXÍDIO NITRÓSSO	
	OXÍGENIO	30/m
	OXÍMETRO DE PULSO	10
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9156	KANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	0L
9180	S. GLUCOSADO 250ml	
9199	S. GLUCOSADO 500ml	
9143	S. RINGER 500ml	0L
134489	VOLUMEN 6%	
COD.	OUTROS	QUANT.
	Artéria respiratória	
	Tracur	0L

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIPLEX N°	
	ALGODÃO CIA N°	
	ALGODÃO S/A N°	
	CROMADO CIA N°	
	CROMADO SIAN°	
	ETHIBOND N°	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL N°	
04/03	MONONYLON N° 2.0	04
	PROLENE N°	
	VICRYL N° 0L	0L

COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ALCOOL	30ml
304002	CLCREXIDINA	algodão 60ml
2631	ETIP	30ml
3803	DEGERIVANTE	100ml
3611	PVP/ÍCTICO	
4111	VASELINA	

COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CARXOGRAFO	
	CRANOTOMO	
	INTENSIFICADOR de Imagem TC	
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO	12
	NITROGÊNIO	
	OXÍDO NITRICO	
	OXIGÊNIO	30/m 12
	OXÍMETRO DE PULSON	12
	VÁCUO	

COD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98223	S. FISIOLÓGICO 500ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	04
9180	S. GLUCOSADO 250ml	
9199	S. GLUCOSADO 500ml	02
9145	S. RINGER 500ml	
134483	VOLUMEN 6%	

COD.	OUTROS	QUANT.
	Filtro respiratório (1)	
	Tacuar	0L

Elita Sábina de Oliveira Costa
Téc. de Enfermagem
Rég. no. 051165327



PRESCRIÇÃO MÉDICA

July 1992

EITO

CONVENIO:

DATA

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

Mrs. Brown
 S. Fisher 1000 15
 One project w. John
 C. White 181066 15
 D. M. 1466 14
 Dec 1978 18 00
 Clemens 4000
 Total 9000
 Gustafson
 P. Allen

EVOLUÇÃO MÉDICA

Exatidão no tipo de
p.o. mediana

12:06
Jero 07

MOSE WILCO
OROLOGIO
SOST.
MATERIALE IN
COPERTURA IN
PAGLIA DA
COSTA
COSTE



 HOSPITAL ANTONIO TARGUI	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
	NOME: <u>Roberto Luiz</u>	IDADE: _____	
	ALA: <u>02</u>	LEITO: <u>32</u>	MÉDICO: <u>DR. Raulton</u>

DATA: 05/07/18

MANHÃ

TARDE

NOITE

Paciente em pós-operatório de fratura de cotovelo (E) feito Rx de controle medicado Acal + SSV.


 Marta Cristina Silva
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN 604317



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

Nome: Roberto Luiz Almeida Idade: 57 Sexo: masculino

Procedência:

Profissão:

1) SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomático ☐ Sintomático ☐ Oligossintomático

2) SINTOMAS:

☐ Cefaléia ☐ Tontura ☐ Síncopes
☐ Dispnéia de esforço ☐ Grandes esforços ☐ Pequenos esforços
☐ Tosse Seca ☐ Médios esforços ☐ Ortopnéia
☐ Dor precordial ☐ Tosse produtiva ☐ Palpitação
☐ Relacionada: ☐ Esforço ☐ Típica ☐ Atípica
☐ Frio ☐ Emoções ☐ pós-prandial

Comentários:

3) PATOLOGIA EM CURSO:

☐ Hipertensão Arterial Sistêmica ☐ Hipertensão Pulmonar
☐ Diabetes Mellitus ☐ Insuf. Cardíaca Congestiva
☐ Insuf. Coronariana ☐ Arritmias
☐ DPOC ☐ Outros
☐ Insuf. Renal ☐ Aguda ☐ Crônica

4) ANTECEDENTES PESSOAIS:

☐ Etilismo ☐ Tabagismo ☐ Sedentarismo
☐ Cirúrgico ☐ Alergia a medicamentos ☐ Dislipidemia
Medicamentos em uso: ☐ Sim ☒ Não ☐ Outros

5) EXAME FÍSICO:

Estado Geral: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Precário

Ap. Cardiovascular-Comentário:

F.C.: 50 B.P.M.

P.A.: 110x60 mmHg

Abdômem-Comentários:

Membros Inferiores - Comentários:

6) E.C.G.

Ex. complementares

7) CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO

☐ Grau I - ACC e ECG normais (Risco Cirúrgico Normal)
☒ Grau II - ACV e ECG anormais (Risco Cirúrgico Normal)
☐ Grau III - ACV e ECG anormais (Indicado Monitorização Cardiológica)
☐ Grau IV - ACV e ECG com graves alterações (Alto se possível evitar)

Comentários:

05
07
18

Dr. Fábio S. de Farias
Cardiologista Intervencionista
CRM-PB 8123



Sr(a): ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS
 Idade: 57 ANOS
 RA: 0110074504 Dt Coleta: 05/07/2018 - 11:21:33
 Dr(a): RAILTON MARINHO DA COSTA/3965
 Convenio: PACOTE -HAT
 Emissão: 05/07/2018 - 12:12:34 Local: EMERGENCIA



HEMOGRAMA COMPLETO



ERITROGRAMA	Valores Encontrados
Hemácias	5,09
Hemoglobina	15,6
Hematócrito	45,5
V.C.M.	89,4
H.C.M.	30,6
C.H.C.M.	34,3
RDW	13,8

Valores de Referência
milh/mm ³ 3.90 a 6.70
g/dL H: 13.5 a 18.0 M: 12.0 a 15.0
% H: 40 a 55 M: 36 a 49
u3 80.0 - 98.0
p9 26.0 - 32.0
g/dL 32.0 - 35.0
11.0 - 14.5

Série Vermelha: Normocitose. Normocromia.

LEUCOGRAMA

Leucócitos	6840	/mm ³	3800 - 10000
Bastonetes	0	0	0-2 0-500
Segmentados	62	4241	46-57 1.820-6.700
Eosinófilos	1	68	1-5 36-500
Basófilos	0	0	0-2 0-100
Linfócitos	25	1710	20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0	0-1 0-100
Monócitos	12	821	2-10 72-1000

Série Branca: Leucócitos morfologicamente conservados.

PLAQUETAS	186000	/mm ³	140.000 - 450.000
-----------	--------	------------------	-------------------

Série Plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Método: AUTOMAÇÃO XT1600
 Material: SANGUE TOTAL

Dr. Talita Nunes Cardoso
 Dra. Talita Nunes Cardoso
 FARMACEUTICA / BIOQUÍMICA
 CRF - PB 4096

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br

Central de Atendimento: ☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102.5555 ☎ 83 988310102

UNIDADE CENTRO
 ☐ Rua Sandra Exuperema, 51

UNIDADE CATOLÉ
 ☐ Av. Vigarão Calista, 077

UNIDADE PRATA
 ☐ Rua Rodrigues Alves, 1048

UNIDADE CATINGUEIRA
 ☐ R. Severina Sefredo de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII ☐ 249
 ☐ Rua Nilo Peçanha, 83 - Prata

UNIDADE INTEGRAÇÃO

UNIDADE CRUZEIRO

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO
 ☐ Rua Camões Sales, 453

UNIDADE QUEIMADAS
 ☐ Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE ANTÔNIO TARGINO ☐ 249
 ☐ R. Delmiro Gouveia, 349 - Centenario



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/07/2023 12:12:11

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23072612121042700000072181802>

Número do documento: 23072612121042700000072181802

Sr(a): ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS
Idade: 57 ANOS
RA: 0110074504 Dt Coleta: 05/07/2018 - 11:21:33
Dr(a): RAILTON MARINHO DA COSTA/3965
Convenio: PACOTE -HAT
Emissão: 05/07/2018 - 12:12:34 Local: EMERGENCIA



GLICEMIA

Resultado 101

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL 70 a 99

CREATININA

Resultado 0,70

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,60 a 1,30
Mulheras: 0,50 a 0,90

RITMO DE FILTRACAO GLOMERULAR ESTIMADO (MDRD)

Adulto não-negro 124

mL/min/1,73
m2

Adulto negro 149

mL/min/1,73
m2

Valores de referência:

ADULTO MAIOR DE 18 ANOS: SUPERIOR A 60 mL/min/1,73 m2

Nota:

- Ritmo de filtração glomerular (RFG) é o melhor parâmetro da função renal. Valores persistentemente abaixo de 60 mL/min/1,73m2 estão relacionados com doença renal crônica.
- A estimativa de ritmo de filtração glomerular deve ser usada com cautela em pacientes hospitalizados, considerando morbidades que levam a desnutrição, flutuações do nível sérico de creatinina e uso de medicamentos que interferiram na dosagem desta. Esta estimativa não deve ser usada para ajustar dose de medicamentos.

Referência:

Stevens L.A., et al. Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Filtration Rate. N Engl J Med. 2006;354:2473-83.

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50

UREIA

Resultado 32

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Dra. Talita Nunes Cardoso
FARMACÊUTICA / BIOQUÍMICA
CRF - PB 4096

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: 83 2102.5577 83 2102 5555 83 988310102

UNIDADE CENTRO
R. Aca Sandra Barbosa, 61

UNIDADE CATOLÉ
R. Al. Vigário Calixto, 877

UNIDADE PRATA
R. Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATINGUEIRA
R. Severina Sezerena da Alameda, 17

UNIDADE JOÃO XXIII
R. Rua Nilo Paçinha, 85 - Prata

UNIDADE INTEGRAÇÃO
R. Rua Sebastião Uchôa, 25

UNIDADE CRUZEIRO
R. Al. Almirante Barroso, 1493

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO
R. R. Camões Sales, 403

UNIDADE QUEIMADAS
R. Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE ANTÔNIO TARGINO
R. R. Dalmiro Gouveia, 349 - Centro Grd



SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO



TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR
ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

DATA DE NASCIMENTO: **01/12/1960** NÚMERO DO TÍTULO: **004897881295** ZONA: **22** SEÇÃO: **20**

MUNICÍPIO/UF: **GURJAO/PS** DATA DE EMISSÃO: **03/11/2003**

JUIZ ELEITORAL

PC 30AR DIREITO

Robério Luiz de Almeida Farias
ASSINATURA DO INTERESSADO DIGITAL DO ELEITOR

COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
ELEIÇÃO 2016 - 1º TURNO
ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Inscrição: 0048 9788 1295
NASC: 01/12/XXXX ZONA: 0022 SEÇÃO: 0020



Sistema Único de Saúde

JOSE RAMOS DE ARAUJO

Data Nasc.: 11/06/1962 Sexo: M

700 5075 8358 2156

SUS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

JOSE RAMOS DE ARAUJO

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR 718406 SSP PE

CPF 400.289.644-91 DATA NASCIMENTO 11/06/1962

LOCAL SEVERINO DANIEL DE ARAUJO

CAUSA RAMOS DE QUEIMOS

PERMANENTE

ACC. 23

1ª EXATIDÃO 01/09/1990

1497902643

PARAIBA

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

TÍTULO ELEITORAL

JOSE RAMOS DE ARAUJO

DATA DE REGISTRO 11/06/1962

0049 4394 1252

10/09/2015

CAMPINA GRANDE/PE

IDENTIDADE Nº 01661 DATA EXP: 23/09/2013

DOADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS X SIM NAO

VALIDADE INDETERMINADA

POLEGAR DIREITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

CONSELHO REGIONAL 16º REGIÃO

TÉCNICO EM RADIOLOGIA CREA Nº 021511

JOSE RAMOS DE ARAUJO

FILIAÇÃO: SEVERINO DANIEL DE ARAUJO

IZALRA RAMOS DE QUEIMOS

DATA NASC.: 11/06/1962 NATURAL: Paraíba/PE

NACIONALIDADE: BRASILEIRA CPF: 400.289.644-91

CRIAL IDENT. Nº: 718408 ORG. EXP: SSP/PE

HABILITAÇÃO: RADIOLOGIA

Fortaleza de Araújo Silva

DIRETOR PRESIDENTE

SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº 013814043749
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD. RENAVAM - 011-8074000-3 - RENAVAM
011-8074000-3 - 011-8074000-3 - 2018

NOME
ROBERTO LUIZ DE SALES LOPES

PLACA
5560440-1000

DATA
11/03/2018

PLACA ANTUA
011-8074000-3

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLETA 400 CC

COMBUSTIVEL
ALCOOL GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/FAIRLAD 400

ANO FAB.
2018

CAPACIDADE
400 CC

CATEGORIA
B

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA
12/03/2018

PREMIO TARIFARIO (R\$)
12/03/2018

PREMIO TOTAL (R\$)
12/03/2018

DATA DE PAGAMENTO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE SUPORTANDO A PESSOA
TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013814043749 SILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE E O SEU SILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES LIGAR NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO

WWW.SEGURADONALIGER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 322 1266

EXERCICIO
2018

DATA FIANÇA
11/03/2018

PLACA
011-8074000-3

RESERVA
011-8074000-3

MARCA/MODELO
HONDA/FAIRLAD 400

ANO FAB.
2018

CATEGORIA
B

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA
12/03/2018

PREMIO TARIFARIO (R\$)
12/03/2018

PREMIO TOTAL (R\$)
12/03/2018

DATA DE PAGAMENTO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

DATA DE COTAÇÃO
12/03/2018

SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO

26 SET 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VITÍMA

Nome Roberto Luiz de Almeida Farias
Nacionalidade brasileira Est. Civil casado
Identidade 748.323-2 CPF 536.944.064-68
Endereço R. Profª Genuína Pessoa Nº 511
Bairro Centros Cidade Gurgão Est. Paraíba

PROCURADOR:

Nome : José Ramos de Araújo Profissão: Téc. Em Radiologia

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: Divorciado

Identidade : 718.406 SSP-PB CPF : 408.289.644-91

Endereço : Rua Vital Francisco da Silva Nº 63 1º andar Centro Queimadas - PB

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatorio - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Credito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário medico, junto a qualquer hospital. Para tanto requerer o que necessareio for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da Vitima:

Gurgão, 31/07/2018

Loca e Data

Roberto Luiz de Almeida Farias

Assinatura do Beneficiário/Vitima

(reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Gonzaga Lucena	Rua Luis de Farias 33, Joo, NBB, Centro
Cartório de Registro Civil e Notas	CPF 06.374.007 - Gurgão - PB
	TEL 33-8833-1073
Roberto Luiz de Almeida Farias	
31 de julho de 2018	
AUTENTICADO: AMF04488 - C38D	

09.303.793/0001-92
Cartório de Registro Civil
Hilma Dúpias Gonzaga Leite
Escrivã Substituta
Rua Luis de Farias Gurgão. 33
CEP 57.000-000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354234/18

Vítima: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

CPF: 536.944.064-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE RAMOS DE ARAUJO : 408.289.644-91

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

ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS : 536.944.064-68

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: 26/09/2018
Nome: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS
CPF: 536.944.064-68

ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA BRANCA/PB

Processo: 08008594020218150911

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 - Centro - RJ - Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SERRA BRANCA, 25 de julho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477

