Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

10/10/2019

Número: **0848704-67.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **21/08/2019**
Valor da causa: **R$ 11.137,50**
Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ADEMILSON LUIZ DA SILVA (AUTOR)	**GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
25195930	10/10/2019 14:12	2651696_MANIFESTACAO SOBRE DOCS_01	Outros Documentos
25195929	10/10/2019 14:12	2651696_MANIFESTACAO SOBRE DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
25195926	10/10/2019 14:12	Petição	Petição

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08487046720198152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **ADEMILSON LUIZ DA SILVA,** em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório**,** vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento**,** bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 8 de outubro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190326846 **Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA**

Data do Acidente: 03/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00517/00518 - carta_01 - INVALIDEZ

00020259

Carta nº 14331427

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

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190326846
Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA
Data do Acidente: 03/12/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADEMILSON LUIZ DA SILVA

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

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00017/00018 - carta_03 - INVALIDEZ

00050009

Carta nº 14333018

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

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190326846 **Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA**

Data do Acidente: 03/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADEMILSON LUIZ DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **ADEMILSON LUIZ DA SILVA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **341**
Agência: **000008210**
Conta: **0000014535-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326846 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
0169137/19	738.799.914-72	ADEMILSON LUIS DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: ADEMILSON LUIS DA SILVA CPF: 738.799.914-72

Profissão: COMERCIANTE Endereço: RUA FORNANDO VALER DE OLIVEIRA Número: 368 Complemento: CASA

Bairro: PADRE ZÉ Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58026-040

E-mail: Tel (DDD): (83) 98650-8289

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 8210 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 14535 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 16/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ademilson Luis da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

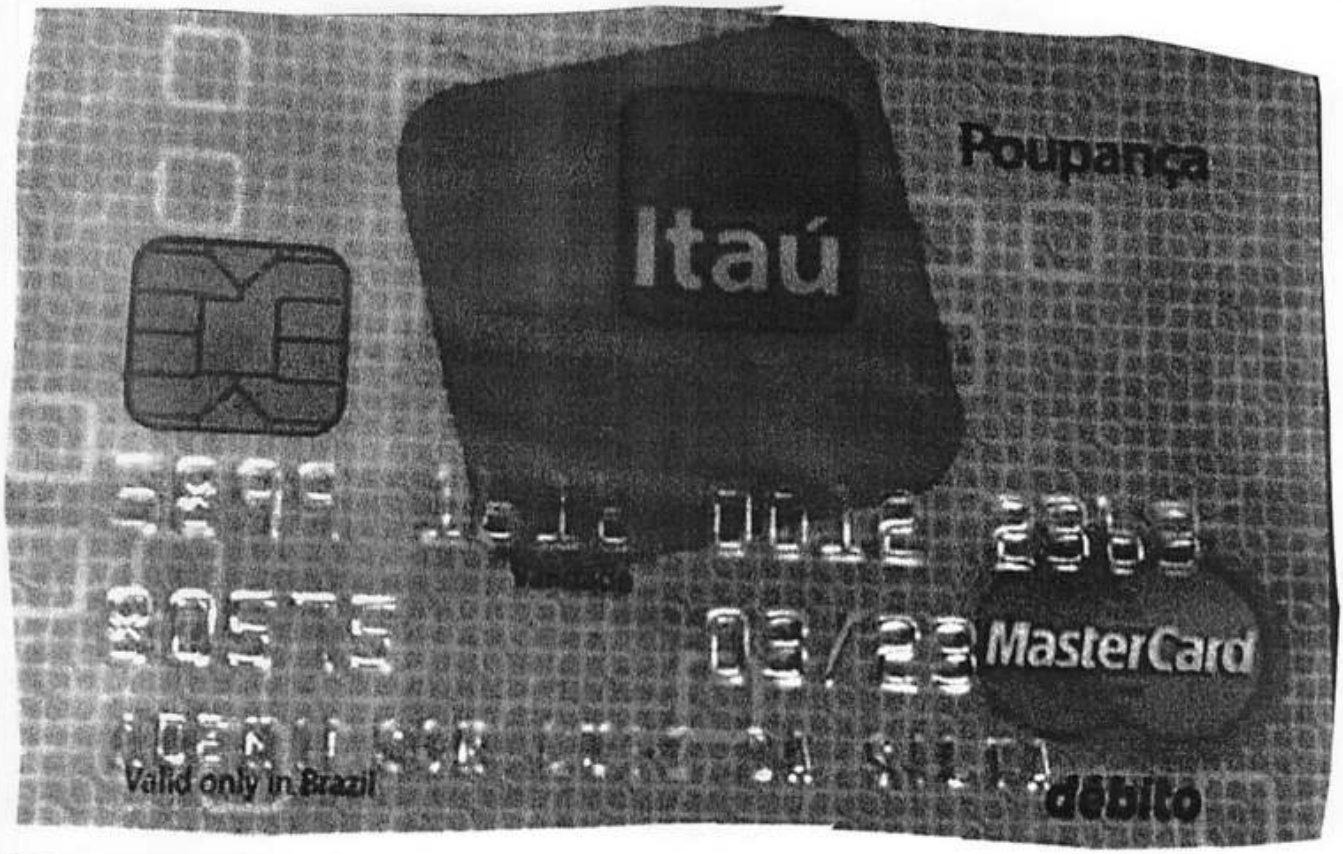
2ª | Nome: _____

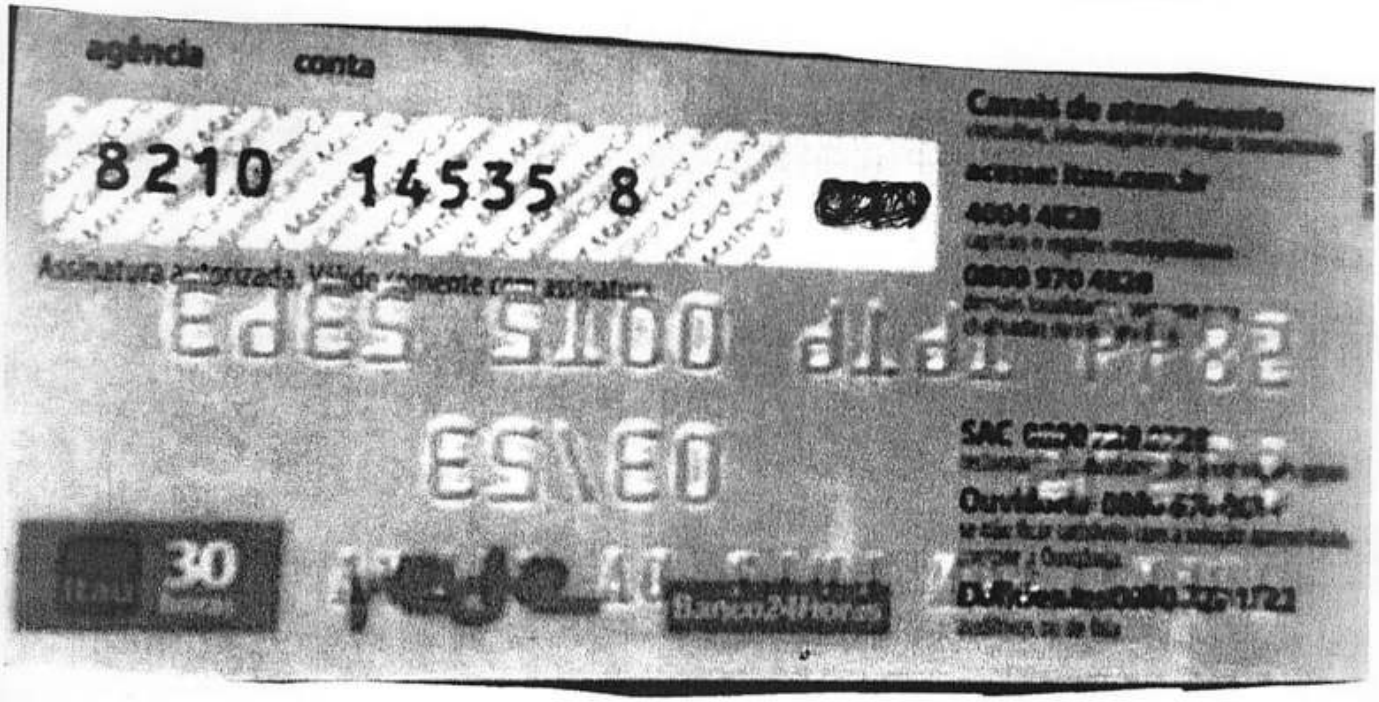
CPF: _____

Assinatura

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 16 MAIO 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SELO ROGO





LIFE ASSESSORIA
16 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0169137/19 | CPF da vítima: 738.799.914-72 | Nome completo da vítima: ADEMILSON LUIS DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: ADEMILSON LUIS DA SILVA | CPF: 738.799.914-72

Profissão: COMERCIANTE | Endereço: RUA FORNANDO VALER DE OLIVEIRA | Número: 168 | Complemento: CASA

Bairro: PADRE ZÉ | Cidade: JOÃO PESSOA | Estado: PB | CEP: 58026-040

E-mail: | Tel (DDD): (83) 98650-8289

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 8210 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 14535 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, João Pessoa 16/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ademilson Luis da silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 16 MAIO 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME

SAMU 192 REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Rua Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 812/062, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2275502, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ADENILSON LUIZ DA SILVA** idade 47 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão Carro x Moto)** no dia 03/12/2018, na Rua Presidente Getúlio Vargas, Bairro: Centro - João Pessoa - aproximadamente às 06:45 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

LIFE ASSESSORIA
16 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS

João Pessoa, 19 de Dezembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREI5ª Região 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08210

CONTA: 000000014535-8

Autenticação:
D0D7F42B4E2B65B7462D9A973149A9257C340FC68D6815599CFA8E11E72B0BD7

Sdeonno

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 05210.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05210.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:59 horas do dia 15 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Ademilson Luiz da Silva**, CPF nº 738.799.914-72, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Comerciante, filho(a) de Francisca Lopes Galvão e Sebastião Luiz da Silva, natural de Santana do Matos/RN, nascido(a) em 01/12/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Fernando Valter de Oliveira, Nº 168, bairro Padre Zé, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho de Cassiano, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98650-8289.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Getulio Vargas, Em Frente a Zeni., João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/12/18 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 03/12/2018 por volta das 06:30 horas quando transitava, pela Av. Princesa Izabel, Centro, João Pessoa-PB; com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS ano e modelo: 2012/2013, de cor preta de placa: QFH1784/PB CHASSI: 9C2JC4110DR770576 pertencente ao Sr. José Rodrigues Alves; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto sentido TV Cabo Branco/Mercado Central quando ao estava atravessando o sinal verde e foi abalroado por um veículo não identificado que ultrapassou o sinal vermelho da Av. Getúlio Vargas com a Rua Princesa Izabel, QUE devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU conforme DECLARAÇÃO de nº 812/062 e conduzido ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY onde foi diagnosticado Fratura fechada de ossos da perna direita, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0709/2019 assinado pela médica Christine Maria Batista de Brito Lyra CRM/PB: 3137.

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, 15 de maio de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

ADEMILSON LUIZ DA SILVA
Noticiante

LIFE ASSESSORIA
16 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS

Procedimento Policial: 05210.01.2019.1.00.401

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é segunda via de conta
Nº 024.595.420

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-490
CNPJ 09.095.183 / 0001-46 Insc.Est. 16.245.823-0

DADOS DO CLIENTE
ADEMILSON LUIZ DA SILVA
RUA FERNANDO WALTER DE OLIVEIRA 166
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/152375-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	09/05/2019	144	16/05/2019	R$ 131,51

Acesse: www.energisa.com.br

energisa

ADEMILSON LUIZ DA SILVA
Roteiro: 05-001-328-2860
83650000001-0 31510149000-3 01523752019-0 05900001019-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
16/05/2019	R$ 131,51	152375-2019-05-9

LIFE ASSESSORIA
21 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ RODRIGUÊS ALVES,
RG nº 2486347, Data de Expedição: 17/03/1990, Órgão: SSP PB,
Portador do CPF nº 033.237.378.452-, com domicílio na cidade de
JOÃO PESSÔA, no Estado de PARAÍBA,
onde resido na (Rua/Av./Est.) FERNANDO WALTER OLIVEIRA,
nº 156, complemento: PADRE BÊ, declaro, sob as penas da Lei,
que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima ADEMILSON LUIZ DA SILVA,
cujo o condutor era ADEMILSON LUIZ DA SILVA,

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: FAN 125 KS
Ano: 2012
Placa: OFH 1784
Chassi: 9C2JC4110DR770576
Data do Acidente: 03/12/2018

Local e Data: AV. GETÚLIO VARGAS ÁS 06:20 MANHÃ

Cartório Azevedo Bastos

José Rodrigues Alves
Assinatura do Declarante

Ademilson Luiz da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-8
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro Dos Estados - João Pessoa/PB - CEP 58030-000 www.azevedobastos.not.br - Tel.: (83) 2244-5454 - Fax: (83) 2244-5454
Reconheço por Autenticidade a assinatura de
JOSE RODRIGUES ALVES
, a qual confere com o padrão registrado nesse serventia, dou fé.
João Pessoa, três de Janeiro de dois mil e dezenove
Em Test° ✓ da verdade.
Marcelo Timóteo de Oliveira: Escrevente - (Qtd: 1, Total: 12.7)
Selo Digital de Fiscalização Tipo AH Y38163-BORS
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

LIFE ASSESSORIA
16 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS

LIFE ASSESSORIA
16 MAR 2019
CORRETORA DE SEGUROS

LIFE ASSESSORIA
16 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS

JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 0709/2019

Atendendo solicitação de GERSON LUCIANO SANTOS NETO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº186889 prontuário 2018.12.000233 pertencente a **ADEMILSON LUIZ DA SILVA** que foi atendido dia 03/12/2018 ás 07H41min, vitima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura fechada de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 17/12/2018 com alta médica dia 18/12/2018.

E`para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de abril de 2019

LIFE ASSESSORIA
16 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS

Médica da Vigilância á Saúde
CRM/PB 3137

LIFE ASSESSORIA
16 MAR 2019
CORRETORA DE SEGUROS

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980
FAX:( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 186889 Atd: Nao Reg
Data: 03/12/2018
Hora: 07:41:43
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Nome: ADEMILSON LUIZ DA SILVA
Num. Prontuario: 2018.12.000233
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/12/1971 Id: 47 ano(s)
End.: RUA FERNANDO WALTER OLIVEIRA DA SILVA,168
Bairro: PADRE ZE Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: FRANCISCA LOPES GALVAO Pai:
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: ADEMILSON LUIZ DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO CARROXMOTO NA GETULIO
Vitima de violência por: VARGAS MANHA CONDUTOR
[ ] Caso Policial

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 16 MAIO 2019

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[X] Aparentemente Bem	[ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado	[ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia	[ ] Dispineia
Glicemia:	IMC:	[ ] Diarreia	[ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular	[ ] Chocado
		[ ] Vomito	

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Queixa Principal
[illegible]NTE VITIMA DE COLISAO

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida e com colar cervical, refere ter sí
vítima de colisão moto-carro, há 30 minutos. Queixa-se de dor em MID. Nega dor
em tórax/abdome/pelve. Nega queixas cervicais. Nega perda de consciência, náuseas e/
vom

Diagnostico
Trauma contuso em MID

Conduta
- Solicito Rx de perna (D)
- Alta da cirurgia geral
- Aos cuidados da ortopedia

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Pedro Eduardo de O. C
Residente Cirurgia G
CRM-PB 1078
[illegible]

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 16 MAI 2019

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI

[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

José Walter A. da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel Assinatura e Carimbo do Medico

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa _____

[ ]Trauma _____ [ ]Neo _____ [ ]Tabagismo _____

[ ]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____Kg Altura: _____m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(ºC)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 16 10 2019

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fx Fechada ossos da Perna (D)

Conduta: (1) Imobilização p/ Cirurgia

(2) Tala Coxa - Pé

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 08/12/17

Nome: Ademilson Luiz
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento __/__/____

QPD: Dor + edema em perna

HDA: Colisão moto-carro
Dor + edema + deformidade em perna (D)

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS
16 MAIO 2019

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso ____ Kg em _____ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [ ]Dor_____ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispnéia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema_____ Outros: _____

ABD: [ ]Dor_____ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: _____

SME: [ ]Dor _____ [ ]Rigidez pós-repouso [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade _____ [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

2 - VIA AÉREA:
☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:
☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO:
☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS:
☒ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO
☒ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO
☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.
☐ Normal ☐ Alterado ☒ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
ECGL: 15

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal ____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☒ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: _____
Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão	☐ DEA	☐ KED Adulto	☐ Sonda vesical
☐ Cânula Orofaríngea	☐ Desobstrução vias aéreas	☐ KED Infantil	☐ Sedação
☐ Colar cervical	☐ Drenagem torácica	☐ Massagem cardíaca externa	☐ Talas / Tração
☐ Controle de hemorragia	☐ Desfibrilação / Cardioversão	☐ Orotraqueal	☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ Cricotireoidotomia	☐ Entubação Orotraqueal	☐ Prancha Longa	☐ VMI
☐ Curativo	☐ Inalação de Oxigênio (O2)	☒ Punção venosa	☐ VMNI
	☐ Imobilização de membros	☒ Sonda gástrica	☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): SSVV + LVO + IMOBILIZAÇÃO PADRÃO + REMOÇÃO

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)
02 MASCARAS + 04 PARES DE LUVAS + 01 ESCALPE 19 + 01 EQUIPO + 01 SRL SOORO + 06 ATADURAS.

PERTENCES DA VÍTIMA
☒ Não
☐ Sim
Objetos:

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 16 MAI 2019

Entregues a / Local: _____ Assinatura com Carimbo do recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: LOUILSON MATRÍCULA: _____
TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____
ENFERMEIRO(A): EMANUEL COREN: 199116
MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento
NOME: _____ RG / CPF: _____
ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____
TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

SAMU 192 REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

PREFEITURA DE JOÃO PESSOA

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	ID da Ocorrência	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base	Hora de Chegada no Local
03/12/2018	2275502		04		06:45 Hs	06:56 Hs

Paciente / Usuário: Ademilson Luiz da Silva | Idade: 47 | Sexo: ☒ Masc ☐ Fem | Telefone:

Local da Ocorrência: ☒ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Conde ☐ Outro:

Logradouro | Bairro: Centro | Médico Regulador: Fabio

Quantidade de vítima(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:

OTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trota ☐ Outro:

DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☒ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento

Destino (Unidade Hospitalar): Trauminha

Responsável / Função (Assinatura e Carimbo): Antonio

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

Motivo:

☐ TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

▷ CAUSAS EXTERNAS

- ▷ Acidente de Trânsito
  - ☒ Colisão carro x moto
  - ☐ Queda de moto
  - ☐ Atropelamento por:
  - ☐ Colisão carro x carro
  - ☐ Capotamento
  - ☐ Outro:
- ☐ F.A.F.
- ☐ F.A.B.
- ☐ Agressão Física
- ☐ Afogamento
- ☐ Queda - Altura aproximada:
- ☐ Soterramento / Desabamento
- ☐ Choque Elétrico
- ☐ Outro:

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ Doença Mental
☐ Alcoolismo	☐ Doença Renal
☐ AVC	☐ Droga
☐ Convulsões	☐ Hipertensão Arterial
☐ Diabetes	☐ Internamentos Anteriores
☐ Doença Cardíaca	☐ Problemas Respiratórios
☐ Doença Infecto-contagiosa	☐ Medicamentos de uso Contínuo

Quais?

1. DADOS VITAIS

P.A: FC: 114 FR: 20 HGT: — SpO2 - S/O2: 96 SpO2 - C/O2: —

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

DOR: LUMBOSO RETIRAU CAPACETE E COLOCOU CAIXA DE PAPELÃO.

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 16 MAI 2019

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Mobilidade prejudicada MID

Intervenções: MOBILIZAÇÃO PADRÃO + RENAGAN.

Evolução do Enfermeiro:

DEFORMIDADE CURVÍLINEA EM DEVIDA LAICERAL E NEGATIVO PARA CABEÇA EXPOSTA FEMURA DE POSSIVEL TIBIA E FIBULA, SEM DOR

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA QUEIXA

SSVV + HVD + IMOBILIZAÇÃO PADRÃO + RENAGAN DOR NATAÇÃO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente com D.D.H. não anestesia
2. Assepsia + antissepsia
3. Aparição de campo estéril

Incisão:

4. Longitudinal Medial

Achados:

5. Ex fechado segmentar do Terço Distal

Conduta:

6. Redução anatômica fechada
7. Colocação de placa 16 furos longa (Cx 4,5m)
8. Colocação de 06 parafusos corticais
9. Controle por scopia
10. Fechamento de pele + planos
11. Curativo estéril
12. Rx de controle
13. Imobilização Talo Pata

Fechamento:

OBS: Ato cirúrgico sem intercorrência

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 16 MAIO 2019

Dr. Felipe Bezerra Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-11126

Data: 17 / 12 / 2018

MÉDICO/CRM

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Admilson Luiz da Silva				Registro:	
Idade:	Sexo: m	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: Humberto Jorge			1° Assistente: Omar	
2° Assistente: Felipe Bezerra		3° Assistente: –		Instrumentador:	
Anestesista: Romero		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fx ossos nasais por provável empuxão cisto dentro	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
o mesmo	

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 16 MAIO 2019

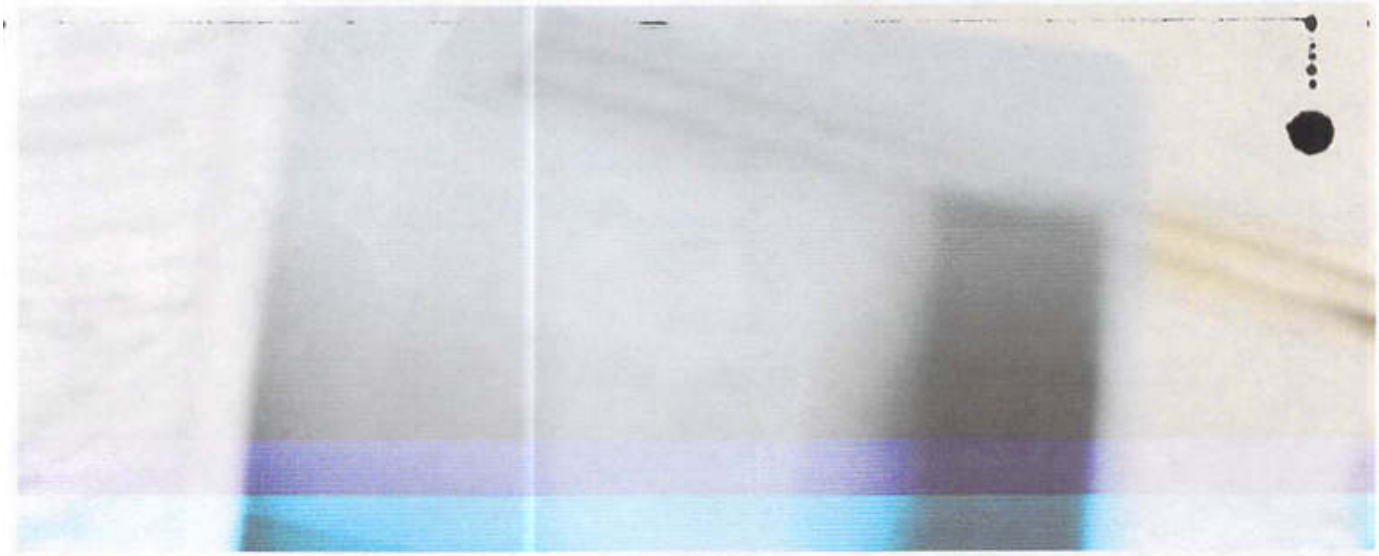
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
ato cirurgico	

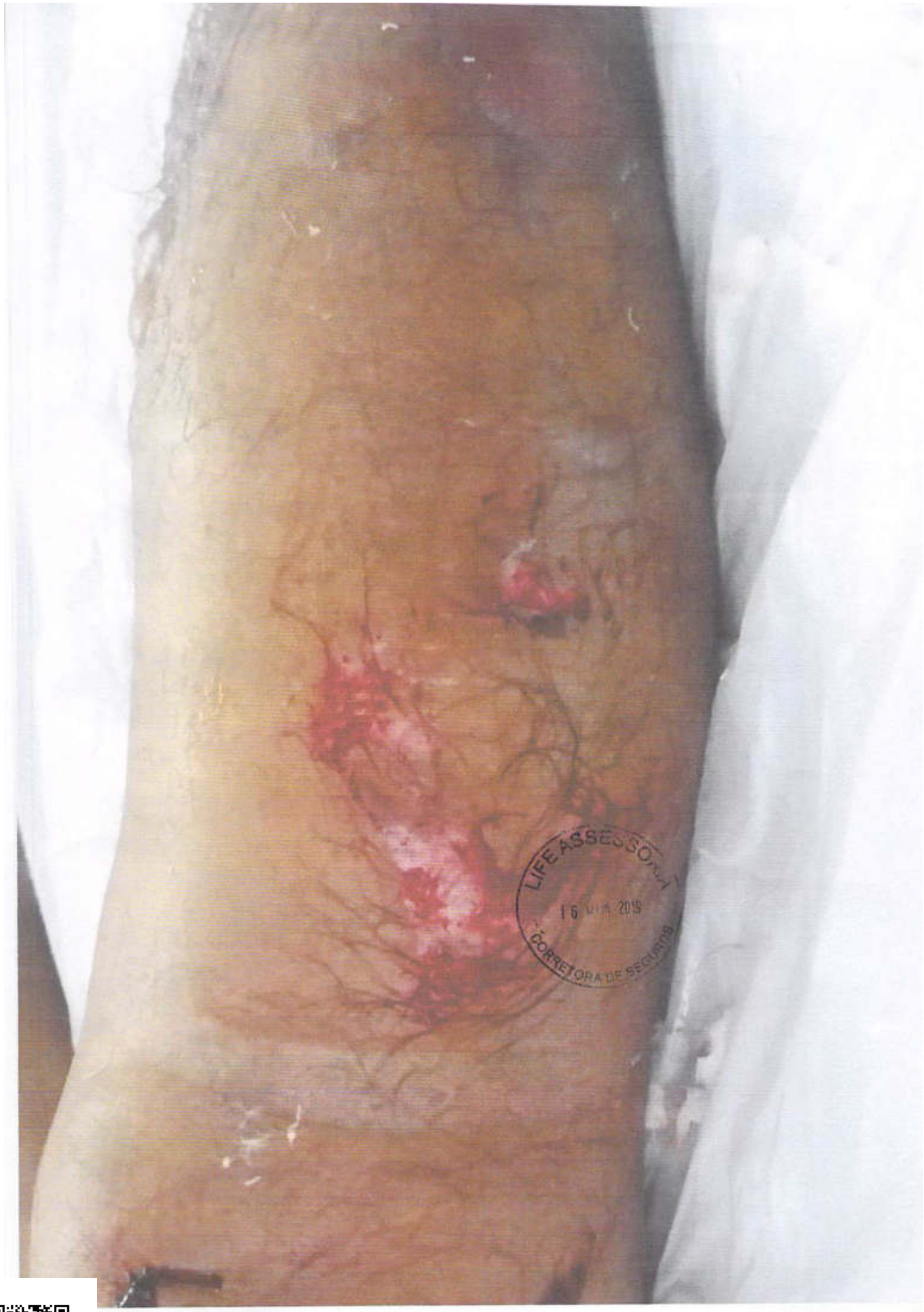
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (x) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (x) Não	

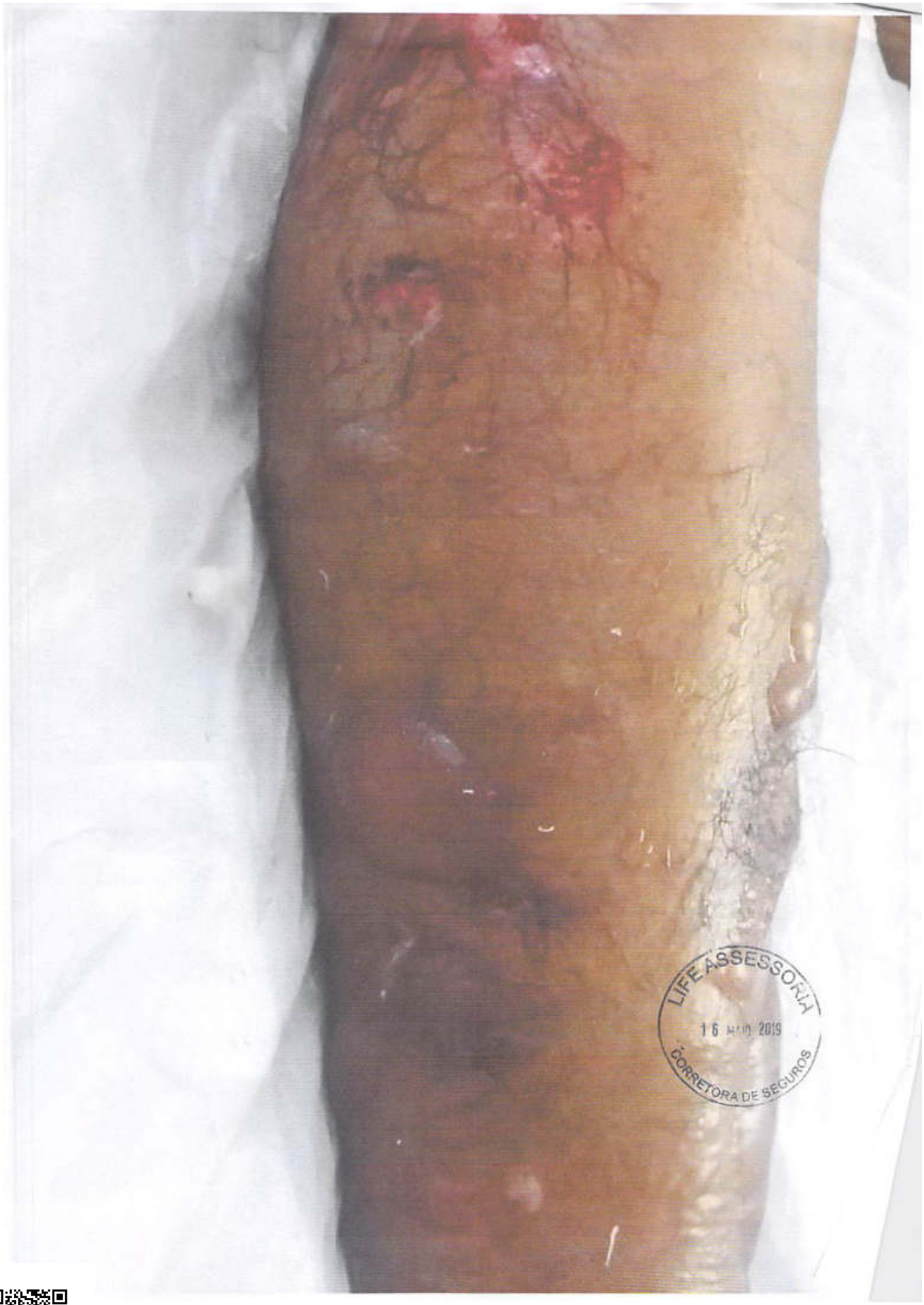
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 (x) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

LIFE ASSESSORIA
16 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS

LIFE ASSESSORIA
16 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS




LIFE ASSESSORIA
CORRETORA DE SEGUROS


LIFE ASSESSORIA
16 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS

LIFE ASSESSORIA
16 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS

LIFE ASSESSORIA
16 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS

LIFE ASSESSORIA
16 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

LACRE 00382693 41

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 01420003007 8
RNI 20180002153059-0

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0049881055-0	00/00000000	2018

NOME: JOSE RODRIGUES ALVES

CPF / CNPJ: 03327378452
PLACA: OFH1784/PB
PLACA ANT / UF: NOVO PB
CHASSI: 9C2JC4110DR770576
ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
COMBUSTÍVEL: GASOLINA
MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS
ANO FAB.: 2012
ANO MOD.: 2013
CAP / POT / CIL: 2 P/124 /CI
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA
COTA ÚNICA:
VENC. COTA ÚNICA: 00/00/0000
VENC / COTAS: 1ª 2ª 3ª
PADRÃO I.P.V.A.: *******
PARCELAMENTO / COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ********
IOF (R$): SEGURO
PRÊMIO TOTAL (R$): P A G O
DATA DE PAGAMENTO: 19/06/2018

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA
0

CENTRAN

LOCAL: JOAO PESSOA-PB
DATA: 20/06/2018
32280
69135

LIFE ASSESSORIA
16 MAIO 2019
CORRETORA DE SEGUROS

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS **INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS** (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ADEMILSON LUIS DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 03/12/2018 CPF DA VÍTIMA 738.799.914-72

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FERNANDO VALGER DE OLIVEIRA

Nº 168 COMPLEMENTO CASA BAIRRO PADRE ZÉ

CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58026-040

E-MAIL TELEFONE (83) 98651-8367

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA João Pessoa 15/05/2019

IDENTIDADE RG 1.523.471 SSP/PB

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

DATA 16 MAIO 2019

NOME

ASSINATURA

LIFE ASSESSORA CORRETORA DE SEGUROS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF – CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE RODRIGUES ALVES

Nº de Inscrição
033273784-52

Data do Nascimento
11/09/79

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.10

José Rodrigues Alves
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

JOSE RODRIGUES ALVES
RUA FERNANDO WALTER DE OLIVEIRA, 158 - PADRE ZE
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58026-940(AO 1)

energisa

Emissão: 08/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classe/Subcla: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 5 - 1 - 328 - 2080 Nº medidor: 00008019439

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.023-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 015.302.644
Cód. para Déb. Automático: 000135231198

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	09/11/2018	10/12/2018	033.273.784-52

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1352319-6

Canal de contato

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento de acesso a sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Reafirmamos a necessidade de desempedir o acesso ao local da medição. Persistindo o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso sem não [illegible]

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
11/10/18	8911	09/11/18	8930	1	19	29

Demonstrativo

CO	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Total(R$)	Valor ICMS(R$)	Base Calc ICMS	Aliq.	Icms(R$) Pis/Cofins(R$)	Base Calc Pis (0,9440%)	Pis(R$) (4,3482%)	Cofins(R$)
0801	Custo de Disponibilidade		18,11	0,00	0		0,00	18,11	0,17	0,79
0801	Adic. B.Vermelha		1,05	0,00	0		0,00	1,05	0,01	0,04
0801	Adic. B.Amarela		0,10	0,00	0		0,00	0,10	0,00	0,00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804	JUROS DE MORA 10/2018		0,02	0,00	0		0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2018		0,39	0,00	0		0,00	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018		0,02	0,00	0		0,00	0,00	0,00	0,00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2186347 DATA DE EXPEDIÇÃO 17 MAR 1993

NOME JOSÉ RODRIGUES ÁLVES

FILIAÇÃO Severino Rodrigues da Silva
Maria de Lourdes Alves Rodrigues

NATURALIDADE Tacima PB 11.09.1979

Cert.Nasc.nº3.941,fls.5v,Liv.5-A-

DOC. ORIGEM
Cart. Belém PB

CPF

João Pessoa — PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

LIFE ASSESSORIA
16 MAI 2019
CORRETORA DE SEGUROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326846 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PARAFUSOS)(PÁG.11) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0164137/19

Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Data do acidente: 03/12/2018

CPF: 738.799.914-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADEMILSON LUIZ DA SILVA : 738.799.914-72

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 16/05/2019	Data do cadastramento: 16/05/2019
Nome: ADEMILSON LUIZ DA SILVA	Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 738.799.914-72	CPF: 614.058.096-04
ADEMILSON LUIZ DA SILVA	SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0164137/19

Número do Sinistro: 3190326846

Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Data do acidente: 03/12/2018

CPF: 738.799.914-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ADEMILSON LUIZ DA SILVA : 738.799.914-72

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 21/05/2019 Nome: ADEMILSON LUIZ DA SILVA CPF: 738.799.914-72	Data do cadastramento: 21/05/2019 Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA CPF: 614.058.096-04
ADEMILSON LUIZ DA SILVA	SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

EM ANEXO