

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA**

Nº Sinistro: **3180515155**

Vitima: **JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA**

Data do Acidente: **12/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180515155**.

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 13548734



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA**

Sinistro: **3180515155**
Vítima: **JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA**
Data do Acidente: **12/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180515155** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 102.587.854-03	Nome completo da vítima Joana de Oliveira Pessoa
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Joana de Oliveira Pessoa		CPF titular da conta 102.587.854-03	Profissão Recusou
Endereço Rua Jiri Barroso		Número 308	Complemento CASA
Bairro Alto do Matheus	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58090-780
Email			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0034 D/V		BANCO Nome NRO.	
CONTA NRO. 050884 D/V 9		AGÊNCIA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. D/V	
		(Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa, 10 de outubro de 2018 Local e Data Joana de Oliveira Pessoa Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	150018/2018 PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
--	--

CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Aos

275-374065640-0

2/OUT/2018

HORA DE: 12:59:48

TERM 046230

OT. 13.021007-3

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0037

CONTROLE: 275100303

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: JOHNNATA DE OLIVEIRA PESSOA

AGENCIA: 0037

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000,000.004-0

DATA DA ABERTURA: 02/10/2018

LOTerias CAIXA

275-374065640-0

VIA

LOTerias

LOTerias

CAIXA Loterias

CAIXA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

15 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08699.01.2018.1.01.012

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08699.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:25 horas do dia 07 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Johnata de Oliveira Pessoa**, conhecido(a) por Jonata, CPF nº 102.587.854-03, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Josefa de Oliveira Pessoa e José Oliveira Pessoa Vasconcelos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/12/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ari Barroso, Nº 308, complemento CASA, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Próximo Ao Bar de "dona Antonia", na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Principal do Bairro do Alto do Mateus, nº S/N, Via Pública, Próximo Ao Posto de Saúde Nova Conquista, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/04/18 17:00h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: **LESÃO CORPORAL CULPOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, DANO CULPOSO.**


Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 125 FAN ESI, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, ano 2011, placa NOB-0464, chassi 9C2KC1670BR554958, características gerais: Placa Atual: João Pessoa/pb; em Nome de Antônio Pereira; nada Mais Sabe Informar.

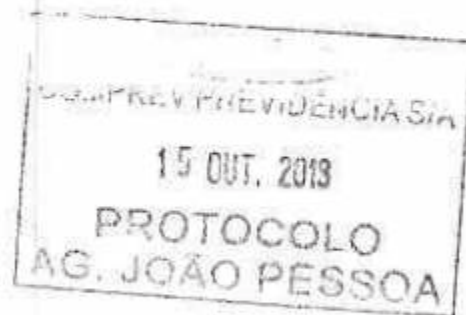
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

FOI ABALROADO POR UMA OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA NEM O CONDUTOR, SENDO O DECLARANTE SOCORRIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITI (TRAUMINHA) NESTA CIDADE, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, ASSINADO PELA MÉDICA ROSÂNGELA M. ESCOREL ALMEIDA, C.R.M.: 3883/PB.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
12ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

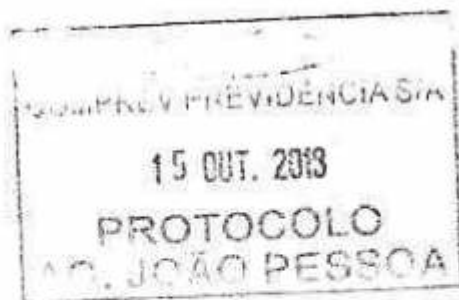
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 07 de outubro de 2018.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0


JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA
Noticiante



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 <i>João de Oliveira Pessoa</i>	CPF da Vítima <i>102.587.854-03</i>	Data do Acidente <i>12/04/2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pessoa 10 de outubro de 2018
Local e Data

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João de Oliveira Pessoa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1. MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA
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: 119542 Atd: Nao Regu
Data: 12/04/2018
Hora: 18:24:59
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.04.001802

CNS: 704706734004334 Sexo: M IDENTIDADE: 3465524 Fone: 987125269

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/12/1994 Id: 23 ano(s)

End.: RUA ARI BARROSO, 308

Bairro: ALTO DO MATEUS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSEFA DE OLIVEIRA PESSOA

Pai: JOSE OLIVEIRA PESSOA VASCONCELOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA

Tel/Doc. Responsavel: 987125269 / IDENTIDADE: 3465524

Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO COM MOTO NO ALTO DO MATEUS

Vitima de violência por: HA 30MIN. ATRAS CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[X] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Lesão Principal

COLISAO MOTO X MOTO COM ESCORIOCOES

Do m. P. @ Apr. Acidente de trânsito

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Do m. P. @ Apr.

Monocot. local. pulso e perfurante.

Diagnostico

Fratura do 2. MT

Conduta

Tratamento clínico

Prescrição

Exatidão da medicação

PROVIDENCIA S/A
15 OUT. 2018
PROTOCOLO
12.10.18 JOAO PESSOA

Mouribe Arruda Felinto
Ten. MED-Idt 0702098755/MO
CRM-PB 7522 / CRM-PE 21194

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

13/04 - Psicologia 20:04

Realizado atendimento + suporte
e orient.

Ana Nery de Medeiros

Psicóloga

157.228.614-48

CRP 101.458

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

COMPREV PREVIDENCIA S/A
15 OUT. 2013
PROTOCOLO
A.G. JOAO PESSOA

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000050884-9

Nr. da Autenticação 33DA21BA51B6C2F1

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Requis para simples pagamento da nota fiscal: preço de energia elétrica N° 012.433.825



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.906.182/0001-40 - Insc. Est. 18.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA TRAJANO DE OLIVEIRA PESSOA
RUA ARI BARROSO 308
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/326120-3

REFERÊNCIA

SET/2018

APRESENTAÇÃO

17/09/2018

CONSUMO

159

VENCIMENTO

24/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 141,44

Acesse: www.energisa.com.br



DESTINAR AQUI

JOSEFA TRAJANO DE OLIVEIRA PESSOA
Roteiro: 09-001-180-2840
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 05/10/2018

VENCIMENTO

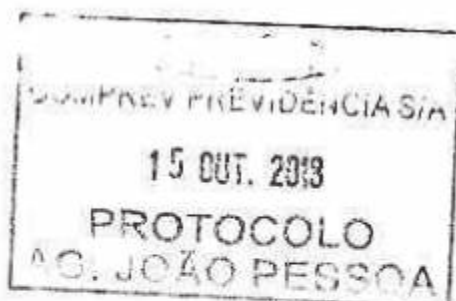
24/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 141,44

MATRÍCULA

326120-2018-09-4



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIA PEREIRA,

RG nº 2107226, data de expedição 30/05/2014
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 013.399.244-63, com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA JOELMA PEREIRA HERMINIO, nº 439,

complemento coza, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima João Pessôa de Oliveira Pessoa, cujo o condutor era

Joelma de Oliveira Pessoa

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI
Ano: 2011
Placa: NOB0464/PB
Chassi: 9C2KC1670BR554958
Data do Acidente: 12/04/2018
Local e Data: João Pessoa, 26/09/2018

Antonia Pereira
Assinatura do Declarante

TOSCANO DE BRITO
2º OFÍCIO DE NOTAS

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



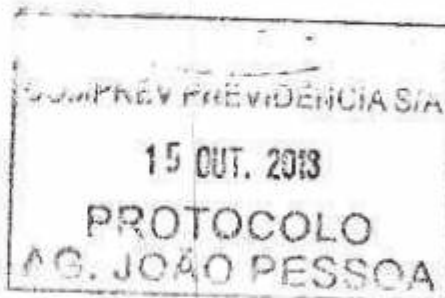
TOSCANO DE BRITO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Cândido Pessoa, 111 - CEP 53011-000
Fone: (81) 3241-7177 - João Pessoa - PB
www.toscano.br



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s)
ANTONIA PEREIRA*****

Em test. da verdade, João Pessoa - PB 26/09/2018 10:22:56
Marcos Alfredo da Rocha Silva - Escrevente
(2018-0124263)EPC:R\$ 19,48 FAPPE:R\$ 0,28 FEP:R\$ 2,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AM158834-DTIP
Confira a autenticidade em <https://selodigital.jpb.jus.br>



109

CERTIDÃO

Nº. 1079/2018

Atendendo solicitação de **JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 119542 e prontuário de Nº2018.04.1802 pertencentes aos mesmo que foi atendido dia 12/04/2018 às 18h24min, vítima de colisão de moto x moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

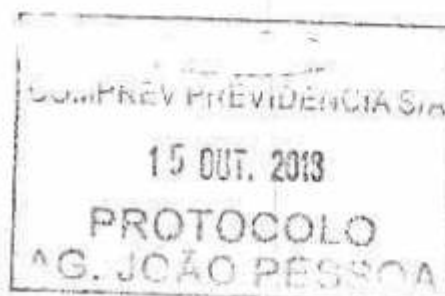
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 2º metatarso direito. Realizado cirurgia dia 24/04/2018 e alta medica dia 26/04/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de agosto de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente sob anestesia em J.D.H.
2. colocação de gesso.
3. Antepsia e anti-sepsia.

Incisão:

4. Incisão longitudinal em região dorsal do pé ①.

Achados:

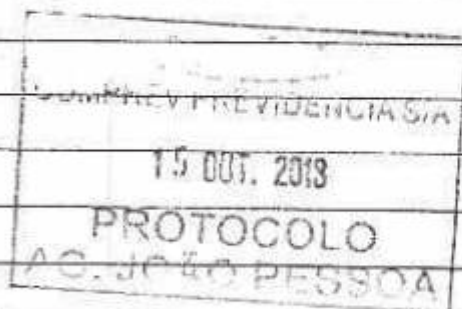
5. fx do 2º metatarsal ②.

Conduta:

6. Limpeza do foco da fratura
7. Limpeza com SF0.9% (abundante).
8. Redução ortotômica com fixação com F. de K. (2.0)
9. Avaliada pela inspeção
10. Fechamento por planos.
11. Lavativo exten. + Retirado do gesso.
12. Imobilização Bambaagem.
13. Alta cirúrgica sem acarrôncios.

Fechamento:

OBS:



Data: 24/09/19

MÉDICO/CRM

CRM: 41.126

R1 +

D. Aladim

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] 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(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

h < p_u i

Hipóteses Diagnósticas: _____

Eritema 2º mitotaxas.

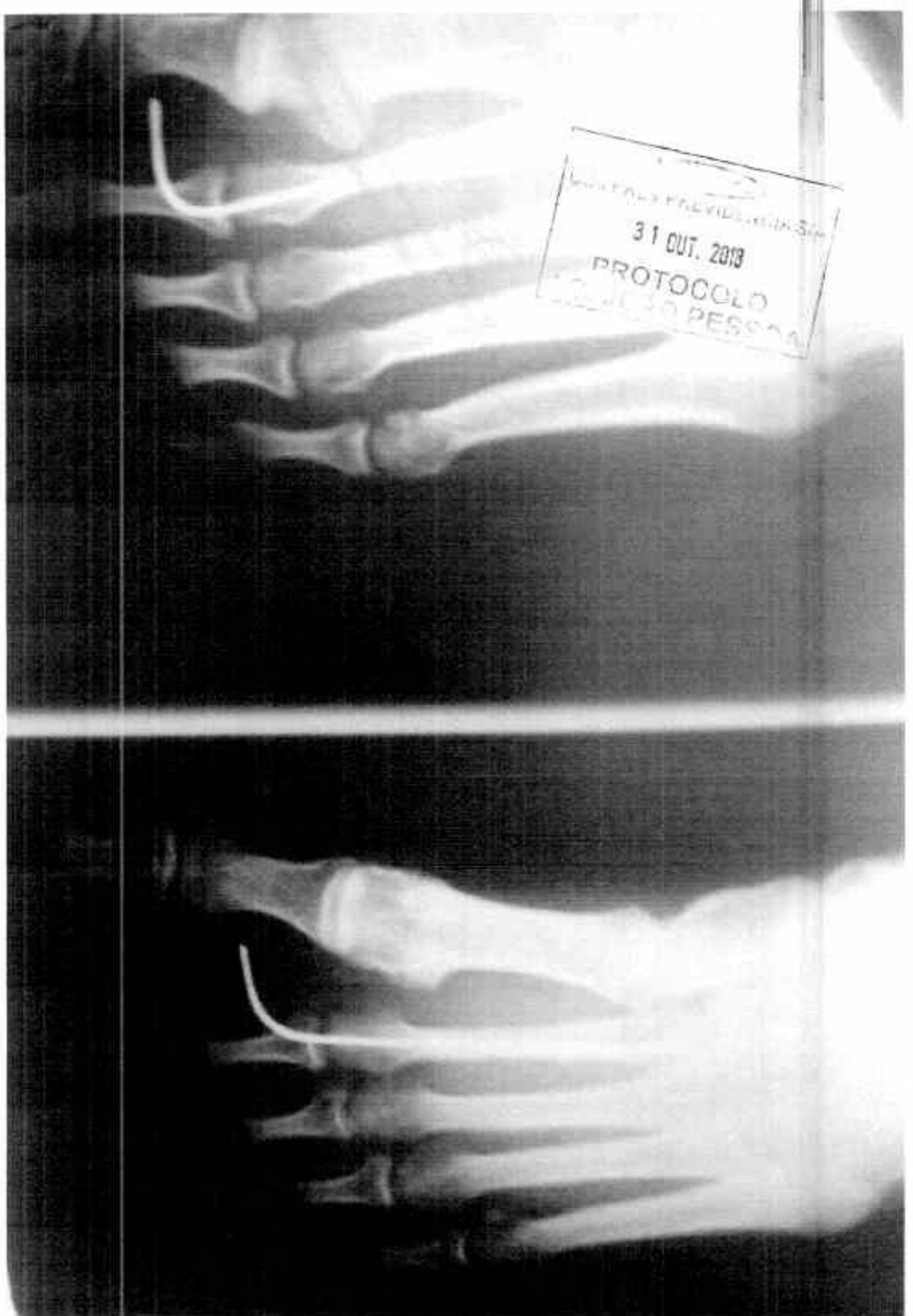
Conduta: _____

1. malis lig
2. rta m < p *Por CCS cirurg*

PROVIDENCIA SIA
15 OUT. 2013
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa
Dr. Enes P. Bessa Neto
Médico Residente Ortopedia e Traumatologia
CRM - 8498

Dr. Sônia







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3 4 6 5 5 2 4 0 5 JUL 2006 DATA DE EXPEDIÇÃO

NOME JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA

FILIAÇÃO Jose Oliveira Pessoa Vasconcelos
Josefa de Oliveira Pessoa

João Pessoa PB NATURALIDADE 09.12.1994 DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 61896 Fls. 268v Liv. A 57 DOG ORIGEM

do 4º Cart. J. Pessoa PB

CPF

João Pessoa - PB ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROV. PREVIDENCIA SIM

15 OUT. 2013

PROTOCOLO

NO. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P 06





Johnata de Oliveira Pessoa ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

BRASIL

Serviços Barra GovBr

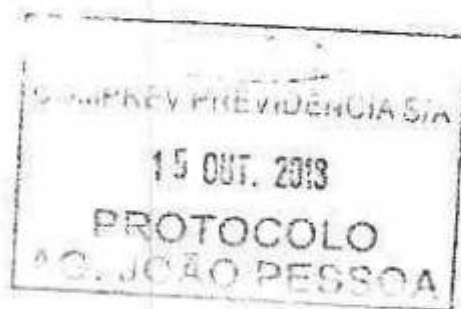
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **102.587.854-03**Nome: **JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA**Data de Nascimento: **09/12/1994**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **25/08/2009**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **10:55:25** do dia **05/10/2018** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **73FC.3544.0269.D2AE**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201144067
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 0032904782-5 00/00000000 2018

AMPONIA PEREIRA

01339924463

NOB0461-75

NOVA

PR

9C28C1670RR554958

PAS/MOTOCICLETA NAO APENC

ALCOGADADO

HONDA/CG 150 FAN EST

2011/2011

2 P/149 /CC

PARTIC

PRETA

1	00/00/0000	1*
P		2*
V		3*
A		

PREMIO TARIFARIO R\$ 15,00 P A O O 15/02/2018

A.E. ADM DE COND. NACION HONDA LTDA

JOÃO PESSOA-PR

20/08/2018

TRANSFERRÊNCIA DE DANOS PATRIMONIAIS
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS ON RUA - SEGURO DPVAT

PB Nº 014201144067 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01339924463

NOB0461-75

00329047825

HONDA/CG 150 FAN EST

2011

9

9C28C1670RR554958

PREMIO TARIFARIO

***** SEGURO P A O O

5 / 10/0000 15/02/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.743.549/0001-04

014201144067-2018-0200

COMPRÉV PREVIDENCIA S/A

15 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180515155 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA **Data do acidente:** 12/04/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 2º metatarso direito

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL EM PÉ DIREITO COM LIMITAÇÃO DE 75% FLEXO DE SEGUNDO RAIOS DE PÉ DIR.

Resultados terapêuticos: CIRURGIA EM 24/04/2018 E ALTA EM 26-04-2018.
NÃO FEZ FISIOTERAPIA .

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 2º pododáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180515155**

Nome do(a) Examinado(a): **JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Ari Barroso, 308, casa - Alto do Mateus - João Pessoa - PB - CEP 58090-780

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3465524**

Data e local do acidente: [**12/04/2018**] **JOÃO PESSOA-PB**

Data e local do exame: [**22/11/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do 2º metatarso direito

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 12-04-2018 AO EXAME : PRESENÇA DE CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL EM PÉ DIREITO COM LIMITAÇÃO DE 75% FLEXO EXTENSÃO DE SEGUNDO RAIOS DE PÉ D

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

CIRURGIA EM 24/04/2018 E ALTA EM 26-04-2018 NÃO FEZ FISIOTERAPIA

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

2º METATARSO D

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180515155 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA **Data do acidente:** 12/04/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180515155 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA **Data do acidente:** 12/04/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180515155 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA **Data do acidente:** 12/04/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 2º metatarso direito

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL EM PÉ DIREITO COM LIMITAÇÃO DE 75% FLEXO DE SEGUNDO RAIOS DE PÉ DIR.

Resultados terapêuticos: CIRURGIA EM 24/04/2018 E ALTA EM 26-04-2018.
NÃO FEZ FISIOTERAPIA .

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 2º pododáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: