

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



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

Jônata de Oliveira Pessoa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jônata de Oliveira Pessoa	CPF titular da conta	102.587.854-03	Profissão	Recepcionista
Endereço	Rua Jiri Barrero	Número	308	Complemento	Codza
Bairro	Alto do Matias	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email		CEP	58030-780	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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

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

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

 AGENCIA
NRO.

0031

DV

 CONTA
NRO.

050884

DV

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGENCIA

NRO.

DV

CONTA

NRO.

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Jônata de Oliveira Pessoa, 10 de outubro de 2018

Local e Data

15/10/2018

 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
INN: sorteios de segunda-feira, 3 sábado, Apo:

275-374865640-0

/OUT/2018

HORA DF 12:59:48

DT. 13.021867-3
LOCALIDADE: JOÃO PESSOA

TERM 846236

AG. VINCULADA: 8837

CONTROLE: 275188385

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPO CAIXA FAL 11

NAME: JOHNNATA DE OLIVEIRA PESSOA

AGÊNCIA: 8837

OPERACAO: 813

CONTA-DV: 000.000 000.004-8

DATA DA ABERTURA: 02/10/2018

LOTERIAS CAIXA

275-374865640-0

VIA

Lotérias

CAIXA Loterias

CAIXA

COMPRAV PREVIDÊNCIA SIM

15 OUT. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO 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 12^ª 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):

(I) **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 Antônia 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 POLICIA, 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.35640

JOÃO J. DE SOUTO LIMA
15 OUT. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa/PB, 07 de outubro de 2018.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigacao

Agente de Investigacao

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

Noticiante



DEPARTAMENTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
15 OUT. 2013
PROTÓCOLO
AN. JOÃO PESSOA

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

Johnata de Oliveira Pessoa

CPF da Vítima

102.587.854-03

Data do Acidente

12/07/2018

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

Local e Data

 15 OUT. 2013
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

• ITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
• C. CO 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
Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA Num. Frontuario: 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

Endencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

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

Vitima de violencia por: HA 30MIN, ATRAS CONDUTOR

|| Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	TMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito

Observacao

Vitima Principal

COLISAO MOTO X MOTO COM ESCORIACOES

Dor no R- O dor acide de curv

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Dor e dor

escoracel local. pubo e pernas.

Diagnostico

Fractura de 2. MTF Conduta

Induzi a cirurgia

Prescricao

1. Boletim da medicacao
2. CONTRATO PREVIDENCIAIS

Mouribe Arruda Felinto
Ten.MED-Idt 07020003755/MAC
CRM-PB 7522 / CRM-PE 21194

15 OUT. 2013

PROTÓCOLO

JOAO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

13/04 - Pricolab 954 20.004

Realized assessment + supports
& grants.

ana neyde medeiros
Psicóloga
252-2286 - 48
CRP 101-758

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

COMPRA PREVIDÊNCIA S/A
15 OUT. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZZATO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IMI

Assinatura do Paciente/Responsável

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

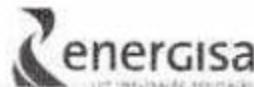
Nr. da Autenticação 33DA21BA51B6C2F1

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segundário de conta

Referência para simples pagamento da nota fiscal on-line de energia elétrica N° 012.433.826



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-880
CNPJ: 09.205.188/0001-40 - Insc. Est: 18.015.023-0

DADOS DO CLIENTE

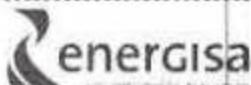
JOSEFA TRAJANO DE OLIVEIRA PESSOA
RUA ARI BARROSO 308
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/326120-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2018	17/09/2018	159	24/09/2018	R\$ 141,44

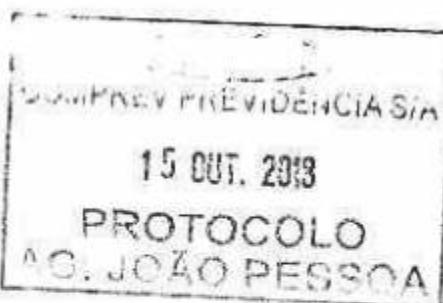
Acesse: www.energisa.com.br



DETALHE AQUI

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
24/09/2018	R\$ 141,44	326120-2018-09-4



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIA PEREIRA,

RG nº 2107226, data de expedição 30/05/2014
Órgão 55PAB, portador do CPF nº 01339924463, com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA JOELMA PEREIRA HERMINIO, nº 439,
complemento 0020, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Johnato de Oliveira Pereira, cujo o condutor era
Johnato de Oliveira Pereira

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI

Ano: 2011

Placa: NOB 04641PB

Chassi: 9C2KC1670BR554958

Data do Acidente: 12/04/2018

Local e Data: João Pessoa, 26/07/2018

 TOSCANO DE BRITO
2º OFÍCIO DE NOTAS

Antonia Pereira

Assinatura do Declarante

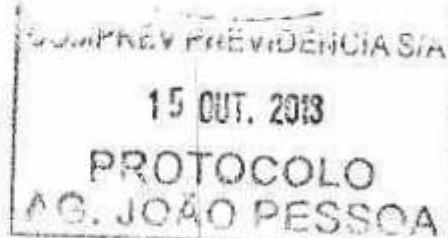
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TOSCANO DE BRITO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Cândido Pessoa, 200
Fone: (83) 3241-7177
www.toscano-de-brito.com.br



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
ANTONIA PEREIRA
JOÃO PESSOA
PARAIBA
Em test. de verdade, João Pessoa - PB 26/07/2018 10:22:56
Marcos Alfredo da Rocha Silva - Escrivão
(2018-0124263) R\$ 0,40 FIP/PRF R\$ 0,28 FIP/PRF R\$ 0,90 ISS/R\$ 0,47
SELO DIGITAL: #H158834-BTIP
Confira a autenticidade em <https://selodigital.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.

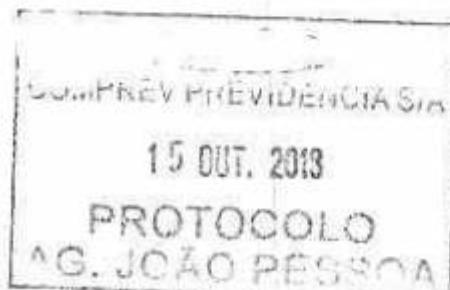
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 2º metatarso direito. Realizado cirurgia dia 24/04/2018 e alta médica dia 26/04/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data 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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Janata de O. Pessoa</i>				Registro:	
Idade: <i>26/04/2013</i>	Sexo: <i>m</i>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Dr. Vicente</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
<i>- Fx exp do 1º mto Tars. Direito</i>		

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
<i>- O mesmo</i>		

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
<i>- Redução cruento com ferrocô com fio a x. N° 20</i>		<i>2</i>

Acidente durante Ato Cirúrgico		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Descreva:	PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA
Biópsia de Congelação:		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico				

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente sob anestesia em J. D. H.
2. Colocação de gavetas.
3. Antiseptico + anti-septico.

Incisão:

4. Incisão longitudinal em região dorsal ao pí ①.

Achados:

5. Frx do 2º metatarso ②.

Conduta:

6. Limpeza do piso da fratura.
7. Limpeza com SFO.9% (alveolante).
8. Redução anatômica com fixação com F. de K. (2.0).
9. Aliviada pela Ortopedia.
10. Fechamento por planos.
11. Luminoso externo + Retirado do aparelho.
12. Imobilização Bambagim.
13. Ata cirúrgica sem acarretamentos.

Fechamento:

OBS:

SOMENTE P/ PREVIDÊNCIA SÍN	15/07/2013
PROTÓCOLO	
AC. JPA/PESSOA	

Data: 26/09/19


 MÉDICO/CRM RI +
 CRM: 41.118 Dr. Gladys
 Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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 < Pu

15 OUT. 2013
PROTÓCOLO
EXAMES COMPLEMENTARES

Hipóteses Diagnósticas: _____

Eritema 2º militares.

Conduta: _____

*Imobilizar
Sustentar - Par CTO am*

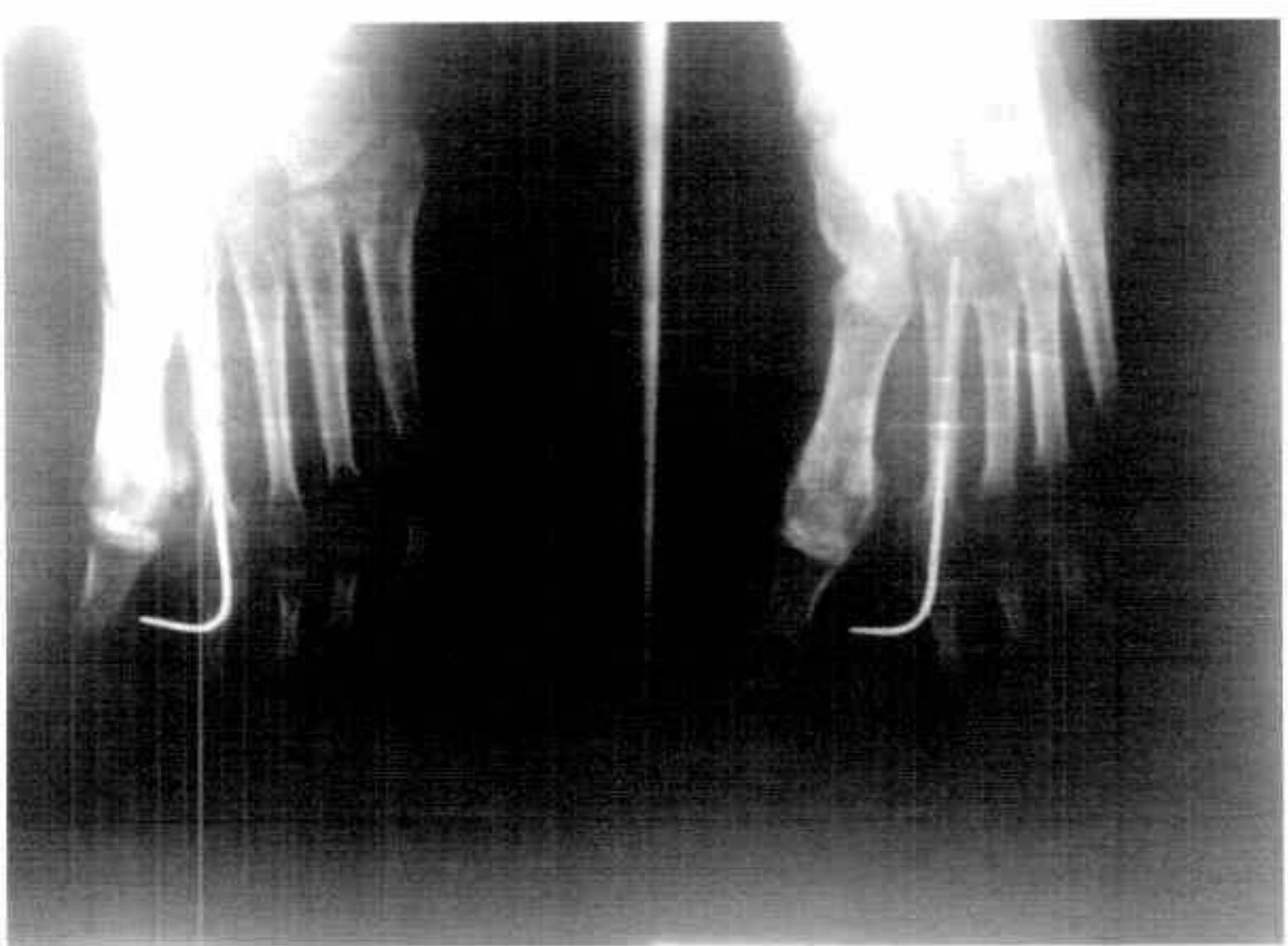
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa, PB

Dr. Engenho Bessa Neto
Residente-Ortopedia
Traumatologia
CRM - 8498

Dr. Sônia







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3465524 DATA DE EXPEDIÇÃO 05 JUL 2006

NOME: JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA

^{FILIAÇÃO} Jose Oliveira Pessoa Vasconcelos
Josefa de Oliveira Pessoa

NATURALIDADE: João Pessoa PB DATA DE NASCIMENTO: 09.12.1994

DOC. ORIGEM: Cert. Nasc. 61896 Fls. 268v Liv. A 57
do 4º Cart. J. Pessoa PB

CPF: João Pessoa - PB ASSINATURA DO DIRETOR: *Johnata*

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
15 OUT. 2013
PROTÓCOLO
JOHNATA DE OLIVEIRA PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P 06



ASSINATURA DO TITULAR: *Johnata de Oliveira Pessoa*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

BRASIL
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr



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

DETROZ - PB N° 014201144067
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

卷之三十一 三教合流

ESTATE OF THE REV. MR. J. A. COOPER

• 100 •

PARTIE PREMIÈRE

卷之三

© 1998 The Coetzee Foundation, Inc.

1988 DESSO 2-22

TRANSPORTES DE CARGAS PESADAS EN VEHICULOS AUTOMOVILES DE VIA TERRESTRE DE PESO SUB CARGA AL PESO EN TRANSPORTADAS EN RAIL - SEGURO CREDIT

PB NO. 014201144067 83-1144067-1

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

www.seguradoraalide.com.br
SAC: 0800 022 1204

卷之三

卷之三

SEGURADORA LIBER - DEVAT

◎ 摘自《王陽明全集》卷之三

THE PRACTICAL USE OF S

15 OUT 2013

PROTÓCOLO
AC-4040 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 AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL EM PÉ DIREITO COM LIMITAÇÃO DE 75% FLEXO
médico pericial: EXTENSÃO DE SEGUNDO RAIO 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

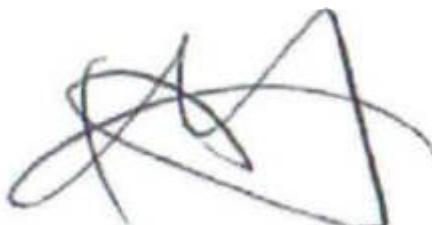
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJMAN

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 RAIO DE PÉ D

III. Nexo 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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

2º METATARSO D

% 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

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 Morais 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

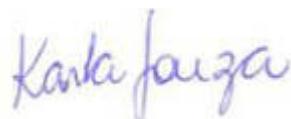
Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



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 AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL EM PÉ DIREITO COM LIMITAÇÃO DE 75% FLEXO
médico pericial: EXTENSÃO DE SEGUNDO RAIO 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 SZTRAJMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

