



Número: **0875758-08.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILSON SABINO (AUTOR)		HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34140 267	10/09/2020 09:34	2748595_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JAILSON SABINO**

Nº Sinistro: **3180521425**
Vítima: **JAILSON SABINO**
Data do Acidente: **23/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE ALVES PESSOA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180521425**.

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 13572888

Pag. 01947/01948 - carta_01 - INVALIDEZ

00010974





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, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180521425 Vítima: JAILSON SABINO

Data do Acidente: 23/02/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ALVES PESSOA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAILSON SABINO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 00237/00238 - carta_02 - INVALIDEZ

00020119



Carta nº 14746647





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, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180521425

Vítima: JAILSON SABINO

Data do Acidente: 23/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ALVES PESSOA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON SABINO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JAILSON SABINO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000003449-5

Conta: 000000366-2

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





República Federativa do Brasil
Cartório do Único Ofício de Notas
Tabelião: **Antônio Martins de Sousa**
Escrevente: **Avanira Fernandes Matias Nobre**
Praça Barão do Rio Branco, nº 36
CEP 58.233-000 - Aracaju/Paraíba
Fone: (083) 373-1270

Traslado: 1º

Livro: 109

Folhas: 190

Procuração bastante que faz Jailson Sabino a José Alves Pessoa, para os fins abaixo:

Saibam quantos este público Instrumento de Procuração virem, que no Ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo, de dois mil e dezoito (2018), aos dezessete (17) dias do mês de Outubro, nesta cidade de Aracaju/PB, perante mim Escrevente, compareceu como outorgante: **JAILSON SABINO**, CPF nº 067.302.894-14, RG nº 2910538-SSP/PB, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente na Rua Projetada, s/n, Morada da Serra, Aracaju/PB.

Reconhecido como o próprio por mim Escrevente, do que dou fé; por ele me foi dito que por este instrumento público, nomeava e constituía seu bastante procurador: **JOSE ALVES PESSOA**, brasileiro, casado, agricultor, RG nº 2511611-SSP/PB, CPF nº 037.201.024-59, residente na Rua José Felipe Neri, 50, na cidade de Aracaju/PB, a quem confere poderes para junto a qualquer SEGURADORA, requerer Seguro Obrigatório DPVAT em do outorgante vítima de acidente automobilístico, podendo, dito procurador, assinar requerimentos, preencher e assinar qualquer formulário/documento de autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT; podendo, ainda apresentar documentos exigidos, assinar termos declarações, guias, dar e aceitar quitações, formulários em geral, receber correspondências, comparecer perante qualquer Repartição Pública, praticando e assinando tudo mais que for necessário ao fiel cumprimento do presente mandato, podendo ainda, dito procurador representar o outorgante junto ao BANCO BRADESCO: 237, Agência 3449, conta corrente nº 0366-2, na cidade de Aracaju/PB, com a finalidade de resolver assuntos de interesse do outorgante. Fica devidamente esclarecido que o outorgante na qualidade de vítima autoriza que seja efetuado o crédito que o mesmo tem direito na conta corrente acima citada. FICANDO ESCLARECIDO QUE NO MUNICÍPIO ONDE O OUTORGANTE RESIDE NÃO HÁ ESTABELECIMENTO DE IML COM O OBJETIVO DE PERMITIR O EXAME DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE CAUSADA DIRETAMENTE POR VEICULO AUTOMOTOR DE VIAS TERRESTRES. Os dados constantes na presente procuração foram fornecidos pelo outorgante, que responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer. E de como assim disse do que dou fé, lavrei este instrumento, que sendo-lhe lido, aceitou e assina Amanda Targino de Sousa Benevides a rogo do outorgante não alfabetizado que deixa impressão digital, independente de testemunhas instrumentárias de acordo com o provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral de Justiça do estado, comigo Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente que digitei. E eu, Antônio Ataulfo Targino de Sousa, Tabelião Substituto, subscrevo, dou fé, dato e assino com o sinal do meu uso. Aracaju, 17 de Outubro de 2018. Em test.º (sinal) da verdade. O Tabelião Substituto: Antônio Ataulfo Targino de Sousa. (a) Amanda Targino de Sousa Benevides. Está conforme o original. Eu, Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente, digitei dato e assino.

Aracaju, 17 de Outubro de 2018

Avanira Fernandes Matias Nobre

SELO DIGITAL
AHQ37901-HGS3
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Avanira Fernandes M. Nobre
ESCREVENTE AUTORIZADA
CPF 639.962.194-15



03 NOV. 2018
PROTOCOLO



CASA DO MARCEIRO-SCOPUS
IVANDA MARIA GOMES C
RUA PROFESSOR MORREIRA
CENTRO ARARUNA PB

V18.3 17/10/2018 10:36
TERM 000001 LOJA 000010413500001

AUTE 34517
DATA:17/10/2018 HORA DE BRASILIA:10:36

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO
BANCO : 237
AGENCIA: 03449 - ARARUNA
CONTA : 000000000366-2
NOME : JAILSON SABINO

DEPOSITANTE : O PROPRIO
FAVORECIDO
VALOR EM DINHEIRO : 800,00
VALOR EM CHEQUE : 0,00
VALOR TOTAL : 800,00

AG.BRADESCO :3449 - ARARUNA
CORRESP.BANC.:066 - CASA DO MARCEIRO
NSU: 029946720355 AUTENTICACAO: 074396

O CASA DO MARCEIRO ATUA COMO
CORRESPONDENTE BANCARIO DO BANCO
BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OUIDORIA BRADESCO
0000 727 9933

VIA DO CLIENTE

CASA DO MARCEIRO-SCOPUS
IVANDA MARIA GOMES C
RUA PROFESSOR MORREIRA
CENTRO ARARUNA PB

V18.3 17/10/2018 10:36
TERM 000001 LOJA 000010413500001

AUTE 34517
DATA:17/10/2018 HORA DE BRASILIA:10:36

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO
BANCO : 237
AGENCIA: 03449 - ARARUNA
CONTA : 000000000366-2
NOME : JAILSON SABINO

DEPOSITANTE : O PROPRIO
FAVORECIDO
VALOR EM DINHEIRO : 800,00
VALOR EM CHEQUE : 0,00
VALOR TOTAL : 800,00

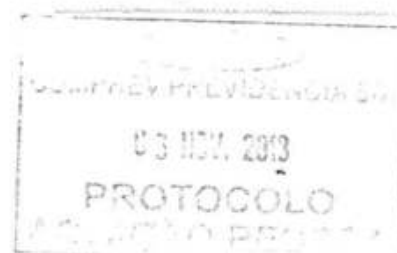
AG.BRADESCO :3449 - ARARUNA
CORRESP.BANC.:066 - CASA DO MARCEIRO
NSU: 029946720355 AUTENTICACAO: 074396

O CASA DO MARCEIRO ATUA COMO
CORRESPONDENTE BANCARIO DO BANCO
BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OUIDORIA BRADESCO
0000 727 9933

VIA DO CLIENTE



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

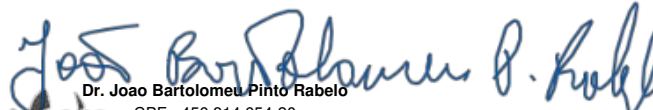
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180521425
Nome do(a) Examinado(a): Jailson Sabino
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Projetada, S/N
Morada da Serra Araruna PB CEP: 58233-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2910536
Data local do acidente: [23/02/2018]
Data local do exame: [30/08/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PERICIANDO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA DIREITA, QUE RESULTOU EM FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO NO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA EM JOÃO PESSOA, OSTEOSSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA PORÉM HOUVE INFECÇÃO E SOLTURA DE PARAFUSOS, TENDO SIDO SUBMETIDO A NOVA CIRURGIA PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE NO DIA 03/04/2019. NÃO REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.
Complicações: INFECÇÃO E SOLTURA DE MATERIAL DE SÍNTESE QUE FOI NECESSÁRIO CIRURGIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE.
Data da Alta: 30/05/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NA REGIÃO MEDIAL E LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DORSAL ACENTUADA E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DORSAL ACENTUADA E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.
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 o 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ☐ "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2018

Ocorrência nº. 292/2018

Aos DEZESEIS dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ARARUNA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOACIL DE LIMA MOREIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:45min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JAILSON SABINO, conhecido(a) por JAILSON, Identidade nº 2910536-SSP/PB, CPF nº 067.302.894-14, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Jorge Sabino Conceição, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 12/10/1982 (35 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Bernardo, Rua projetada, tendo como ponto de referência: Antiga alpargatas, na cidade de Araruna/PB, fone(s) para contato: 99947-9100.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 23 de fevereiro de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 20h:0min;
- 4) **Local do fato:** Sítio Bernardo;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** NÃO;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** ;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?**

6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

7) **Testemunha(s) do fato/acidente:**

Francisco Railton- Sítio Mata Velha, Araruna/PB
Jorge Sabino-Sítio Bernardo, Araruna/PB

8) **Breve resumo do fato:**

QUE no dia 23 de fevereiro de 2018 por volta das 20 horas o noticiante caminhava nas imediações da loja de peças PMP; QUE atravessar a pista indo em direção a sua casa no endereço supracitado foi atropelado por uma motocicleta; QUE da batida foi lançado há alguns metros de distância; QUE o motociclista evadiu-se do local dificultando a identificação da motocicleta; QUE o noticiante foi socorrido pelo SAMU de Araruna e encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; QUE o noticiante sofreu fraturas de acordo com o laudo em anexo; QUE procurou esta DP para registrar o fato.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

JAILSON SABINO
Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.474-4

Modelo Delegado: JIAMELTO





República Federativa do Brasil
Cartório do Único Ofício de Notas
Tabelião: **Antônio Martins de Sousa**
Escrevente: **Avanira Fernandes Matias Nobre**
Praça Barão do Rio Branco, nº 36
CEP 58.233-000 - Aracaju/Paraíba
Fone: (083) 373-1270

Traslado: 1º

Livro: 109

Folhas: 190

Procuração bastante que faz Jailson Sabino a José Alves Pessoa, para os fins abaixo:

Saibam quantos este público Instrumento de Procuração virem, que no Ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo, de dois mil e dezoito (2018), aos dezessete (17) dias do mês de Outubro, nesta cidade de Aracaju/PB, perante mim Escrevente, compareceu como outorgante: **JAILSON SABINO**, CPF nº 067.302.894-14, RG nº 2910538-SSP/PB, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente na Rua Projetada, s/n, Morada da Serra, Aracaju/PB.

Reconhecido como o próprio por mim Escrevente, do que dou fé; por ele me foi dito que por este instrumento público, nomeava e constituía seu bastante procurador: **JOSE ALVES PESSOA**, brasileiro, casado, agricultor, RG nº 2511611-SSP/PB, CPF nº 037.201.024-59, residente na Rua José Felipe Neri, 50, na cidade de Aracaju/PB, a quem confere poderes para junto a qualquer SEGURADORA, requerer Seguro Obrigatório DPVAT em do outorgante vítima de acidente automobilístico, podendo, dito procurador, assinar requerimentos, preencher e assinar qualquer formulário/documento de autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT; podendo, ainda apresentar documentos exigidos, assinar termos declarações, guias, dar e aceitar quitações, formulários em geral, receber correspondências, comparecer perante qualquer Repartição Pública, praticando e assinando tudo mais que for necessário ao fiel cumprimento do presente mandato, podendo ainda, dito procurador representar o outorgante junto ao BANCO BRADESCO: 237, Agência 3449, conta corrente nº 0366-2, na cidade de Aracaju/PB, com a finalidade de resolver assuntos de interesse do outorgante. Fica devidamente esclarecido que o outorgante na qualidade de vítima autoriza que seja efetuado o crédito que o mesmo tem direito na conta corrente acima citada. FICANDO ESCLARECIDO QUE NO MUNICÍPIO ONDE O OUTORGANTE RESIDE NÃO HÁ ESTABELECIMENTO DE IML COM O OBJETIVO DE PERMITIR O EXAME DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE CAUSADA DIRETAMENTE POR VEICULO AUTOMOTOR DE VIAS TERRESTRES. Os dados constantes na presente procuração foram fornecidos pelo outorgante, que responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer. E de como assim disse do que dou fé, lavrei este instrumento, que sendo-lhe lido, aceitou e assina Amanda Targino de Sousa Benevides a rogo do outorgante não alfabetizado que deixa impressão digital, independente de testemunhas instrumentárias de acordo com o provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral de Justiça do estado, comigo Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente que digitei. E eu, Antônio Ataulfo Targino de Sousa, Tabelião Substituto, subscrevo, dou fé, dato e assino com o sinal do meu uso. Aracaju, 17 de Outubro de 2018. Em test.º (sinal) da verdade. O Tabelião Substituto: Antônio Ataulfo Targino de Sousa. (a) Amanda Targino de Sousa Benevides. Está conforme o original. Eu, Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente, digitei dato e assino.

Aracaju, 17 de Outubro de 2018

Avanira Fernandes Matias Nobre

SELO DIGITAL
AHQ37901-HGS3
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Avanira Fernandes M. Nobre
ESCREVENTE AUTORIZADA
CPF 639.962.194-15



03 NOV. 2018
PROTOCOLO





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DECLARACAO

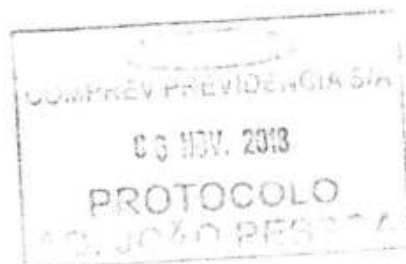
Declaro para os fins de direito que o paciente o Sr.(a) Paulson Saldanha, portador do RG n° 2930536, inscrito no CPF n° 067.302.894-14, com Cartão Nacional de Saúde (CNS) n° 511, residente na rua Empedada, Avenida da Serra, no município de Araruna, foi atendido por esse serviço de saúde (Serviço Atendimento Móvel de Urgência SAMU/Araruna/PB), no dia 23 / 02 / 18 as 20h, pela equipe composta pelo médico o sr(a) _____, Enfermeira a Sr(a) Lucia, técnica de enfermagem a Sr(a) Tatiana e condutor o Sr (a) Camilo; vítima de atropelamento

Desde já agradecemos a atenção e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimento, se necessário.

Araruna/PB 17 / 10 / 18;

Thais Laurena da Silva Ferreira
Coordenadora Administrativa
SAMU-ARARUNA
MAT: 10933

Diretor Administrativo



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON SABINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03449-5

CONTA: 000000000366-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2111201805000000000023703449000000000366168750 PAGO



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON SABINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03449-5

CONTA: 000000000366-2

Nr. Autenticação

BRADESCO040920190500000000002370344900000000036684375 PAGO



VALDECIR MARIA DA CONCEIÇÃO SABINO
RUA PROJETA 1, S/N LCT MORADA DA SERRA - ARAPIRUA
ARAPIRUA / PB CEP: 58237000 (A9-82)

Emprego: 21/09/2018 Referência: Set / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MODERNO
Roteiro: 13-82-183-1895 Nº medidor: 0000297338

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cred. Redentor: João Pessoa / PB - CEP: 58071-600
CNPJ: 08.085.183/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012.813.772
Cód. para Dth Automático: 0001040453

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Set / 2018	21/09/2018	23/10/2018	033.962.634-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1549469-3

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
23/09/18	626	21/09/18	591	1	35	28
Demonstrativo						
Código Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. Ioma (R\$)	Saco Calc. (R\$)
0601 Consumo em kWh		88,003	0,798170	\$2,54	\$2,54	25
0601 Adic. B. Vermeil				4,88	4,88	25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA				1,81	0,00	0

Código de Classificação do item TOTAL: 58,83 57,22 14,30 57,22 0,46 3,12

Média últimos meses (kWh) 58
VENCIMENTO 28/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 58,83

Histórico de Consumo (kWh)

58 | 30 | 30 | 21 | 41 | 41 | 40 | 39 | 71 | 81 | 71 | 72
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVAÇÃO AO FISCO

298b.e73d.614b.bb67.c4fe.33ff.967a.0eae

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
D C MENSAL	11,84	0,00	NOMINAL 220
D C TRIMESTRAL	23,69		
D C ANUAL	47,39		
F C MENSAL	7,74	0,00	CONTRATADA
F C TRIMESTRAL	15,49		232
F C ANUAL	30,98		231
DMC	8,59	0,00	LIMITE SUPERIOR
DICR	16,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia/PB	13,18	22,37
Compra de Energia	22,02	37,43
Serviço de Transmissão	2,06	3,48
Encargos Setoriais	3,11	5,29
Impostos Diretos e Encargos	19,46	31,43
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	58,83	100,00

Valor do EUSD (Ref. 7/2018) R\$ 18,81

ATENÇÃO

Resolução Tarifária - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Baixa Tensão 15,41% Médio
Resolução Tarifária - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.438 - Alta Tensão 16,75% Médio
- Letura confirmada

Faturas em atraso



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:34:39

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009343872300000032654346

Número do documento: 20091009343872300000032654346

Itaucard



Consulte sua fatura na internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.

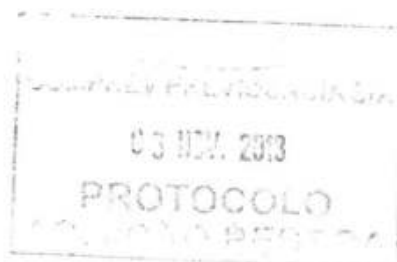


CTC RECIFE PE PL7
JOSE ALVES PESSOA
R JOSE FELIPE NERI 50
1 ANDAR - DO IPES
58233-000 ARARUNA - PB



3211094230017590000000041030 021018

Data de Postagem: 02/10/2018
Data de Vencimento: 17/10/2018
Data de Fechamento (emissão): 02/10/2018
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 12/11/2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE ALVES PESSOA inscrito (a) no CPF 037.201.024 / 59, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JAILSON SABINO inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.302.894 / 14, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JAILSON SABINO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.302.894 / 14, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOSE FELIPE NERI</u>		Número <u>50</u>	Complemento <u>1º ANDAR</u>
Bairro <u>DO IPES</u>	Cidade <u>ARARUNA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58233-000</u>
Email <u>ZEZINHO DPVAT@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>83.939479100</u>

ARARUNA-PB 01 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

Jose Alves Pessoa
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





CERTIDÃO

Nº. 0678/2018

Atendendo solicitação de **JAILSON SABINO** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº105734, e Prontuário de Nº 2018.02.003517 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 24/02/2018 às 23H28min, apresentando trauma em perna direita.

Submetido á avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de pilão tibial direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 07/03/2018 com alta médica dia 10/03/2018.

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

João Pessoa, 08 de maio 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:	
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>	
<i>Assepsia + Antissepsia</i>	
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>	
Incisão:	
<i>Incisão em 1/3 distal de osso da perna direita e face lateral de tornozelo direito</i>	
<i>Dissecção por planos</i>	
<i>Hemostasia com eletrocautério</i>	
Achados:	
<i>Visualização de foco de fratura da tíbia e fíbula distal</i>	
Conduta:	
<i>Realizada manobra de redução sob uso de intensificador de imagem</i>	
<i>Aposição de 01 placa em trevo Ø 4.5mm</i>	
<i>Aposição de 02 parafusos esponjosos Ø 4.5mm</i>	
<i>Aposição de 04 parafusos corticais Ø 4.5mm</i>	
<i>Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%</i>	
<i>Realizado RX controle</i>	
<i>Aposição de 01 placa em 1/3 tubular Ø 3.5mm</i>	
<i>Aposição de 03 parafusos corticais Ø 3.5mm proximais ao foco</i>	
<i>Aposição de 03 parafusos corticais Ø 3.5mm distais ao foco</i>	
Fechamento:	
<i>Fechamento de planos</i>	
<i>Curativo</i>	
<i>Tala bota gessada</i>	
OBS:	

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4128 SBT 0603
MÉDICO/CRM

Data: 07/03/18

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





Nome: <i>Jailson Sabino</i>			Registro:		
Idade: <i>35 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>07/03/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Enéas Bessa (R1)</i>		
3º Assistente: <i>Aníbal</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do Pílo Tibial Direito</i>					<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura do Pílo Tibial e Fíbula</i>					
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					

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



Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

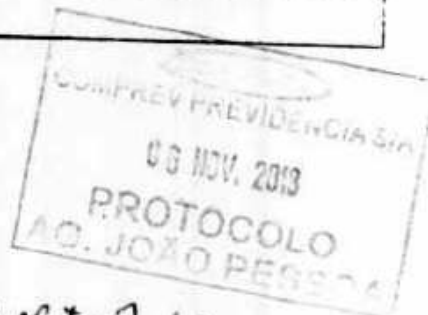
Nome JAILSON SABINO				CNS 162361727580005		Prontuário	
Data de Nascimento 12/10/1982	Idade 35A 4M 12D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO				Nome do Pai JORGE SABINO			
Endereço MATA VELHA				Bairro ZONA RURAL			Cep 58233000
Município ARARUNA - PB				Telefone Residencial		Telefone Celular (83) 900000000	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNS 2593262		Telefone (83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Resultado de exames complementares			
CID M79.6	Data de encaminhamento 24/02/2018 09:24:51		

João Henrique Pontes
Oftalmologista
CRM 47.501 / EOT 13274

Assinatura e carimbo do profissional



OFTALMOLOGIA : 18:00 - 24/02/18

Obs: Paciente já recebeu alta no prontuário eletrônico.
Vítima de atropelamento, apresentando edema + equimose importante em pálpebra superior. globo ocular íntegro: Ectocopia (avaliado na maca): conjuntiva calma, córnea transparente, pupila regular e fotoreagentes, CAB.
Versões normais

Nega BAV. AVL SX CD.

Ed: Alta da Oftalmologia d orientações (compressas gela Retorno re notar Baixa da acuidade visual. das

COMPLEXO PREVIDENCIA S/N
03 NOV. 2013
PROTOCOLO
AO. JOAO PESSOA



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: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura piloro ileal*

Conduta: *Internamento*

Dr. *Edson D. Tinoco*
Cirurgião de Transplante de Órgãos
Cirurgião de Mão e Microcirurgia
CRM-PB 7112

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: SAISON LAGINO Data da Admissão: 25/10/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Fractura Pélvis direita D.
HDA: Encefalopatia orgânica
permanente com fraturas
pélvis direita direita.

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

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematemese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melenas [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

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

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

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

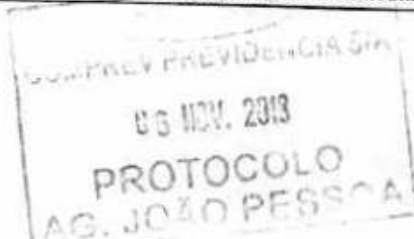
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Jailson Sabino				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 35 anos	SEXO Mas	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 24/02/2018		DATA DE ALTA 10/03/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA 14 dias	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do Pílo Tibial Direito				CID S82.3	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da tíbia e fíbula distal					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura do pílo tibial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					
DATA 10/03/18				Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 9128 SBO 9603 ASS. MÉDICO / C.R.M	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					





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



LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1064774

PACIENTE: JAILSON SABINO

DATA DE NASCIMENTO: 12.10.82

Data e Hora do Atendimento: 23.02.18

Horário: 23:14h

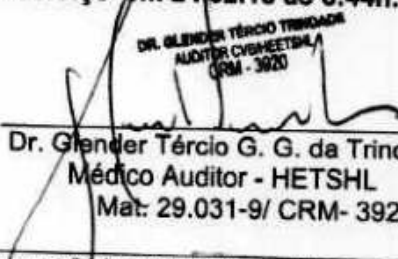
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital procedente de Araruna vítima de atropelamento por motocicleta sendo projetado a distancia levando a TCE, trauma de face, blefarodema severo do lado direito com oclusão palpebral total e abrasão na região frontal direita, hematoma periocular direito, perda do nível de consciência e posteriormente vômitos. Atendido pelo Dr. Eduardo Jorge Dore Soares CRM 6181, Dra. Camila Lacerda CRM 8032, Dr. Ricardo R. Carvalho CRM 6628, Dr. Roberto Santos CRM 1590, Dr. Leonardo Paiva CRM 4550.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA PIREITA + FRATURA DA PAREDE LATERAL DA ORBITA DIREITA CID 10 S 82 9 e S 02 1

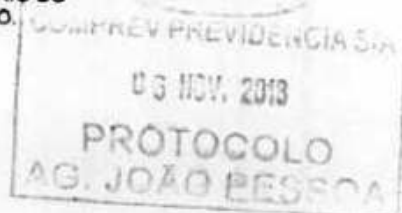
RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, da traumatologia, da neurocirurgia, da oftalmologia, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da coluna cervical, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da perna direita AP e Perfil, Rx do joelho direito AP e Perfil e colocação da tala gessada e encaminhamento para o ORTOTRAUMA conforme pactuação.

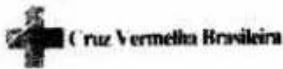
ALTA HOSPITALAR: Encaminhado para outro serviço em 24.02.18 às 8:44h.

Data da Emissão: 24.09.18


Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat: 29.031-9/ CRM- 3920

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Guia de Encaminhamento Externo

1064774

Dados do paciente

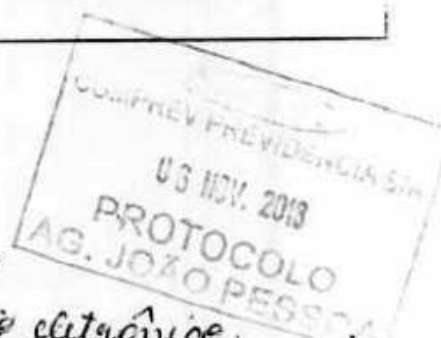
Nome				CNS		Prontuário	
JAILSON SABINO				162361727580005			
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Raça / Cor	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
12/10/1982	35A 4M 12D	Masculino	PARDA				
Nome da Mãe				Nome do Pai			
VALDECI MARIA DA CONCEICAO				JORGE SABINO			
Endereço				Bairro		Cep	
MATA VELHA				ZONA RURAL		58233000	
Município				Telefone Residencial		Telefone Celular	
ARARUNA - PB						(83) 900000000	
Unidade de saúde solicitante				CNES		Telefone	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				2593262		(83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária	AP	Endereço
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento		
ALTA MEDICA		
Resultado de exames complementares		
CID	Data de encaminhamento	
M79.6	24/02/2018 09:24:51	

João Henrique Figueira
Oftalmologista
CRM 41.471 EOT 13274

Assinatura e carimbo do profissional



OFTALMOLOGIA : 18:00 - 24/02/18

ds: Paciente já recebeu alta no prontuário eletrônico.
Vítima de atropelamento, apresentando edema + equimose importante em pálpebra superior. globo ocular íntegro: Ectocórnea (avaliado na marca): conjuntiva calma, córnea transparente, pupila regular e fotoreagente, CR.

Nega BAV. AVL SK CD.

cd: Alta da oftalmologia e orientações (compressas geladas). Retorno se notar baixa da acuidade visual. da.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831139241

Data Nasc: 12/10/1982 - 35 anos

Paciente: JAILSON SABINO

Data Exame: 23/02/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

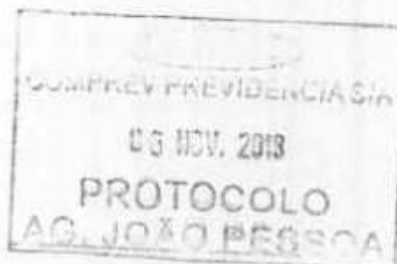
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Sinais de fraturas nas paredes do seio maxilar direito e assoalho da órbita, com leve desalinhamento dos fragmentos ósseos. Associadamente, observa-se conteúdo hipodenso no interior deste seio, provavelmente relacionado a hemossinus.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 24/02/2018 01:58.

Dra. Danielle C.S. Pereira
CRM: 6088 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831139241

Data Nasc: 12/10/1982 - 35 anos

Paciente: JAILSON SABINO

Data Exame: 23/02/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

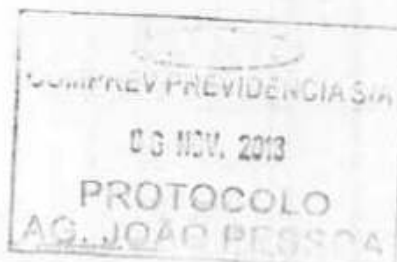
Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.
Articulações interfacetárias e uncovertebrais de aspecto habitual.
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Nota: Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 24/02/2018 02:01.

Dra. Danielle C.S. Pereira
CRM: 6088 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831139241

Data Nasc: 12/10/1982 - 35 anos

Paciente: JAILSON SABINO

Data Exame: 23/02/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

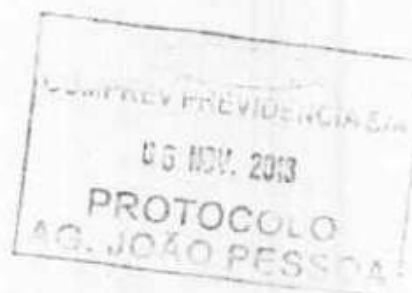
Técnica

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise

Sinais de fraturas nas paredes do seio maxilar direito e assoalho da órbita, com leve desalinhamento dos fragmentos ósseos. Associadamente, observa-se conteúdo hipodenso no interior deste seio, provavelmente relacionado a hemossinus.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 24/02/2018 02:00.

Dra. Danielle C.S. Pereira
CRM: 6088 - PB





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

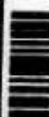
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JALSON SABINO	Data de Nascimento	12/10/1982	Idade	35	Sexo	MASCULINO	Nº	1064774	Nº Prontuário	23/02/2018 23:27:24
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Convenio	SUS										
Matrícula											
Validade da Prescrição											
23/02/2018 23:27:00 - 24/02/2018 23:27:00											
Sentença											
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apresentamento				
1 DIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.			AGORA				
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.			AGORA				
3 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO	1000.0	ML		E.V.			AGORA				
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						AGORA				
5 PARECER ORTO	0.0										
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0										
7 NEUROCIRURGIA	0.0										
7 CURATIVO	0.0										
8 HGT AGORA	0.0										

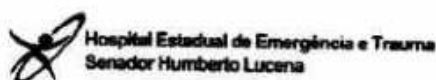
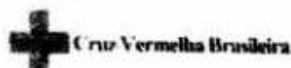
EDUARDO JORGE DORE SOARES
CRM:

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data: 23/02/18 23:27
Usuário: EDUARDO JORGE
Bolsim 1064774



23 de Fevereiro de 2018



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JAILSON SABINO	BAE 1064774	Data/Hora Entrada 23/02/2018 23:14:09	Data Baixa
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 162361727580005
Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO	Telefone de Contato (83) 900000000		Prontuário
Endereço MATA VELHA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional EDUARDO JORGE DORE SOARES	Nº Cons. Regional /
Data/Hora Classificação 23/02/2018 23:14:09	Data/Hora Prescrição 23/02/2018 23:27:24		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

#Cirurgia Geral #

Paciente provindo de Araruna, vítima de atropelamento por moto, sendo projetado a distância levando a um TCE e trauma de Face com perda do nível de consciência e posteriormente vômito. Atendido pela SAMU que realizou a imobilização completa e transporte para este hospital, com relato que o paciente fez ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica.

Ao exame Glasgow 14, apresenta de hematoma peri-orbicular direito, Tórax + Abdome + Pelve sem alterações. Apresenta provável fratura em M I D (pé e tomazelo).

Conduta: Medicação
Radiografia + avaliação da Ortopedia
TC + parecer da Neuro e buco

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MG/TSM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO ✓

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA ✓

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA +

CURATIVO

HGT AGORA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

CID10

Razão registrada por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 23/02/2018 23:14:50

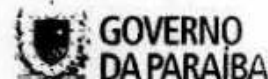
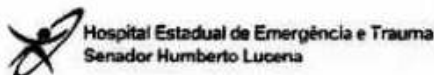
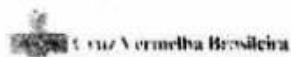
Descrição



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:34:39

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009343872300000032654346

Número do documento: 20091009343872300000032654346



AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JAILSON SABINO	BAE 1064774	Data/Hora Entrada 23/02/2018 23:14:09	Data Baixa
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 162361727580005
Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 900000000
Endereço MATA VELHA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2018 23:14:09			Data/Hora Prescrição 24/02/2018 00:48:51
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO ADMITIDO AS 23:14 PROVENIENTE DE ALHANDRA GLASGOW 15

DOR EM PERNA DIREITA

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANA

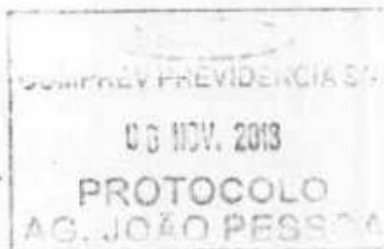
SINAIS DE FRATURA DE FÍBULA EM RADIOGRAFIA DA PERNA

CD. TRATAMENTO CONSERVADOR PELA NEUROCIRURGIA; LIBERO PARA PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?**Conduta**

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JAILSON SABINO

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)

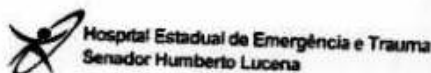
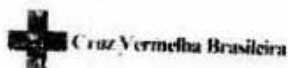
Nº registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 23/02/2018 23:14:50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:34:39

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009343872300000032654346

Número do documento: 20091009343872300000032654346



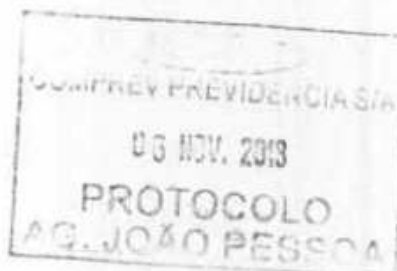
CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente JAILSON SABINO		BAE 1064774	Data/Hora Entrada 23/02/2018 23:14:09	Data Baixa
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 162361727580005	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO				Prontuário
Endereço MATA VELHA, S/N		Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE		Motivo ATROPELAMENTO	Profissional ROBERTO ANTONIO DOS SANTOS	Nº Cons. Regional 1590/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2018 23:14:09		Data/Hora Prescrição 24/02/2018 03:07:50		
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	
Anamnese paciente vítima de acidente de moto apresenta ao exame de rx fratura dos ossos da perna direita. apos liberação das outras clinicas, deverá paciente ser transferido para hospital ortotrauma. conforme pactuação.				
Conduta Em observação <i>7 ale ferida de 150 grs</i>				

JAILSON SABINO

ROBERTO ANTONIO DOS SANTOS
(: 1590/PB)



192 Vermetta Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JAILSON SABINO	BAE 1064774	Data/Hora Entrada 23/02/2018 23:14:09	Data Baixa
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 162361727580005
Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO	Telefone de Contato (83) 900000000		Prontuário
Endereço MATA VELHA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA	Nº Cons. Regional 4550/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2018 23:14:09	Data/Hora Prescrição 24/02/2018 08:44:33		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

Vítima de atropelamento, sic

Consciente, orientado, no momento.

Apresentando, em face, blefarodema severo lado D com oclusão palpebral total + abrasão em região frontal, lado D.

Fratura da parede lateral de órbita D, sem deslocamento/rotação. Tratamento conservador.

CD

1 - Alta da BMF

2 - Parecer da Otorrinolaringologia.

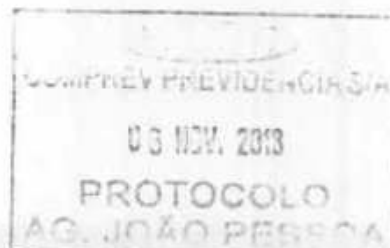
Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Dr. Leonardo Paiva
CRM: 4550
CBO: 3510

JAILSON SABINO

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA
(: 4550/PB)



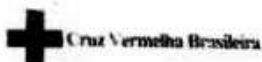
Atualizado registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAÚJO em 23/02/2018 23:14:50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:34:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009343872300000032654346>

Número do documento: 20091009343872300000032654346



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LÍBIO, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332168700

Boletim de Atendimento: 1064774



Identificação do paciente			
D 1284390	Nome JAILSON SABINO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35 anos 4 meses 11 dias	Estado civil	Religião
Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO	Pai JORGE SABINO		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JORGE SABINO - PAI		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2910638	Nº Cns 162361727580005	
Local de procedência ARARUNA	Tipo MUNICIPIO	UF PB	CSOR
Email	Naturalidade ARARUNA		
Endereço			
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora 23/02/2018 23:14:09	Número da pulseira 1000006167898	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente chegou ao pronto socorro com queixa de dor abdominal, sem sinais de trauma, com exame físico normal. Foi encaminhado para o CTG.			
Diagnóstico			CID
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO			Tempo 41seg

Imprimir PREVIDENCIA S/A

03 NOV. 2013

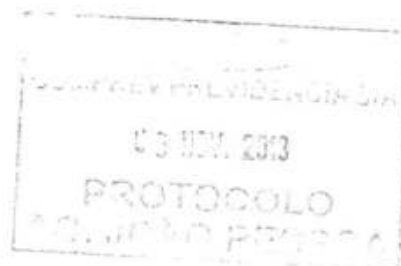
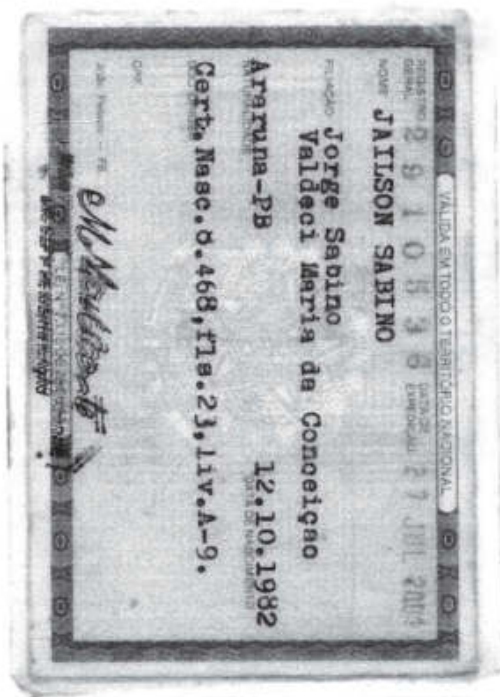
PROTOCOLO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:34:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009343872300000032654346>

Número do documento: 20091009343872300000032654346



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180521425 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON SABINO **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG. 1/2.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONDUTA MANTIDA. PÁG. 1/2.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180521425 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON SABINO **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180521425 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON SABINO **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NA REGIÃO MEDIAL E LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DORSAL ACENTUADA E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO PILÃO TIBIAL, PORÉM DEVIDO INFECÇÃO FOI NECESSÁRIO NOVA CIRURGIA PARA RETIRADA DE PLACAS E PARAFUSOS, RESULTANDO EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR COM LIMITAÇÃO GRAVE DA DORSEFLEXÃO DO TORNOZELO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO MODERADA DO TORNOZELO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO TORNOZELO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





República Federativa do Brasil
Cartório do Único Ofício de Notas
Tabelião: **Antônio Martins de Sousa**
Escrevente: **Avanira Fernandes Matias Nobre**
Praça Barão do Rio Branco, nº 36
CEP 58.233-000 - Araruna/Paraíba
Fone: (083) 373-1270

Traslado: 1º

Livro: 109

Folhas: 190

Procuração bastante que faz Jailson Sabino a José Alves Pessoa, para os fins abaixo:

Saibam quantos este público Instrumento de Procuração virem, que no Ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo, de dois mil e dezoito (2018), aos dezessete (17) dias do mês de Outubro, nesta cidade de Araruna/PB, perante mim Escrevente, compareceu como outorgante: **JAILSON SABINO**, CPF nº 067.302.894-14, RG nº 2910538-SSP/PB, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente na Rua Projetada, s/n, Morada da Serra, Araruna/PB.

Reconhecido como o próprio por mim Escrevente, do que dou fé; por ele me foi dito que por este instrumento público, nomeava e constituía seu bastante procurador: **JOSE ALVES PESSOA**, brasileiro, casado, agricultor, RG nº 2511611-SSP/PB, CPF nº 037.201.024-59, residente na Rua José Felipe Neri, 50, na cidade de Araruna/PB, a quem confere poderes para junto a qualquer SEGURADORA, requerer Seguro Obrigatório DPVAT em do outorgante vítima de acidente automobilístico, podendo, dito procurador, assinar requerimentos, preencher e assinar qualquer formulário/documento de autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT; podendo, ainda apresentar documentos exigidos, assinar termos declarações, guias, dar e aceitar quitações, formulários em geral, receber correspondências, comparecer perante qualquer Repartição Pública, praticando e assinando tudo mais que for necessário ao fiel cumprimento do presente mandato, podendo ainda, dito procurador representar o outorgante junto ao BANCO BRADESCO: 237, Agência 3449, conta corrente nº 0366-2, na cidade de Araruna/PB, com a finalidade de resolver assuntos de interesse do outorgante. Fica devidamente esclarecido que o outorgante na qualidade de vítima autoriza que seja efetuado o crédito que o mesmo tem direito na conta corrente acima citada. FICANDO ESCLARECIDO QUE NO MUNICIPIO ONDE O OUTORGANTE RESIDE NÃO HÁ ESTABELECIMENTO DE IML COM O OBJETIVO DE PERMITIR O EXAME DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE CAUSADA DIRETAMENTE POR VEICULO AUTOMOTOR DE VIAS TERRESTRES. Os dados constantes na presente procuração foram fornecidos pelo outorgante, que responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer. E de como assim disse do que dou fé, lavrei este instrumento, que sendo-lhe lido, aceitou e assina Amanda Targino de Sousa Benevides a rogo do outorgante não alfabetizado que deixa impressão digital, independente de testemunhas instrumentárias de acordo com o provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral de Justiça do estado, comigo Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente que digitei. E eu, Antônio Ataulfo Targino de Sousa, Tabelião Substituto, subscrevo, dou fé, dato e assino com o sinal do meu uso. Araruna, 17 de Outubro de 2018. Em test.º (sinal) da verdade. O Tabelião Substituto: Antônio Ataulfo Targino de Sousa. (a) Amanda Targino de Sousa Benevides. Está conforme o original. Eu, Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente, digitei dato e assino.

Araruna, 17 de Outubro de 2018

Avanira Fernandes Matias Nobre

SELO DIGITAL
AHQ37901-HGS3
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Avanira Fernandes M. Nobre
ESCREVENTE AUTORIZADA
CPF 639.962.194-15



03 NOV. 2018
PROTOCOLO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403030/18

Número do Sinistro: 3180521425

Vítima: JAILSON SABINO

CPF: 067.302.894-14

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 23/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILSON SABINO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/08/2019

Nome: JOSE ALVES PESSOA

CPF: 037.201.024-59

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019

Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 114.261.744-03

JOSE ALVES PESSOA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

