



Número: **0803398-35.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **11/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34314 878	15/09/2020 11:21	2749425_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182529

Vítima: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

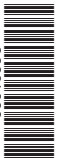
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15791074

Pag. 01991/01992 - carta_01 - INVALIDEZ

00010996





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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182529

Vítima: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000048970-4

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 087.843.584-08 4 - Nome completo da vítima: JOEUFERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: JOEUFERSON RAFAEL DO NASCIMENTO 6 - CPF: 087.843.584-08
7 - Profissão: LOTEIPEIRO 8 - Endereço: RUA PADRE JOSÉ DE ANCHIETA 9 - Número: 58 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: D VENEZA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58084-050
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (83) 978056654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 48970 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imagem digitalizada da vítima ou beneficiário não assinado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA - PB, 15 Maio de 2020.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EDP 002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00207.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00207.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:37 horas do dia 14 de maio de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Joemerson Rafael do Nascimento**, conhecido(a) por Messinho, CPF nº 087.843.584-08, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marizete Rafael do Nascimento e Inácio Josinaldo Batista do Nascimento, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 27/06/1989 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre José de Anchieta, Nº S/N, complemento CASA, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Próximo da Igreja Católica de São Francisco, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Senador Rui Carneiro, nº S/N, Via Pública, Próximo do Posto de Combustível "freeway", João Pessoa/PB, bairro Miramar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/12/19 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo NXR 160 BROS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2017/2018, UF: PB, placa OFX-5551, chassi 9C2KD1000JR001468, renavam 0114222128-5, características gerais: Nº. C.r.l.v.g.: 013813982237; nº. P.r.L.: 20180000062111-4; nº. Motor: Kd10e0j001482; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária:a.f. Adm. de Conc. Nacional Honda L.t.da.; proprietário Anterior: Novo Rumo Motores e Peças L.t.da.; em Nome de Katia Cristina M. T. do Nascimento.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NA HORA, DATA E LOCAL JÁ DESCRITOS TODOS ANTERIORMENTE ACIMA, APARECEU REPENTINAMENTE NA SUA FRENTE UM VEÍCULO E CONDUTOR QUE NÃO FORAM IDENTIFICADOS AMBOS E QUE OS MESMOS SE EVADIRAM DO LOCAL DOS FATOS SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE, SENDO QUE APÓS A COLISÃO, O DECLARANTE PERDEU O CONTROLE E EQUILÍBRIO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, LOCALIZADO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA, CAPITAL DO ESTADO DA PARAÍBA, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDOS MÉDICOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

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
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Alexandre José Nunes de Souto Lima
Agente de Investigação - Matrícula 157.356-1

Procedimento Policial: 00207.01.2020.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Secretaria
de Segurança

Lucena/PB, ____

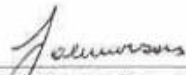

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Alexandre José Nunes de Souto Lima
Agente de Investigação - Matrícula 157.356-0




JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

Noticiante

Procedimento Policial: 00207 ____



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 087.843.584-08 4 - Nome completo da vítima: JOEUFERSON RAFAEL DO NASCIMENTO.

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

5 - Nome completo: JOEUFERSON RAFAEL DO NASCIMENTO 6 - CPF: 087.843.584-08
7 - Profissão: COZINHEIRO 8 - Endereço: RUA PADRE JOSÉ DE ANCHIETA 9 - Número: 10 - Complemento: SN
11 - Bairro: D VENEZA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58084-050
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 988056654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 48970 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imagem digitalizada da vítima ou beneficiário não assinado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 15 Maio de 2020.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ED 002/2019





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1210434



Identificação do paciente			
ID 1466705	Nome JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 27/06/1989	Idade 30 anos 5 meses 18 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIZETE RAFAEL DO NASCIMENTO	Pai INACIO JOSINALDO BATISTA DO NASCIMENTO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LIDIELSON PEREIRA DOS SANTOS - ACOMPANHANTE		
DDD Celular 83	Celular 983104244	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3487629	Nº Cns	
Local de procedência MIRAMAR	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade ALAGOA GRANDE	CBO/R	
Endereço			
CEP 58084420	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ANTONIO ANTUNES DE LIMA
Número SN	Complemento	Bairro JARDIM VENEZA	
Admissão			
Data e Hora 15/12/2019 01:46:59	Número da pulseira 1000007191045	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente TRABALHO		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X BICICLETA	
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			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima acido. moto, nega alergias avaliado e encaminhado U/I CDE			
Diagnóstico			CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA			Tempo 01min 08seg

Imprimir



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: 28/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000048970-4

Nr. da Autenticação 6C2360EDC33D10A7



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Recibo para simples pagamento do valor fixado na última leitura N°043.650.918



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO
RUA PADRE JOSE DE ANCHIETA S/N AP 007
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1322260-9

REFERÊNCIA

MAI/2020

APRESENTAÇÃO

06/05/2020

CONSUMO

305

VENCIMENTO

13/05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 270,90

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244 06 09532.302172 1 82540000027090				
Pagador: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 087.843.584-08				
RUA PADRE JOSE DE ANCHIETA S/N AP 007 - JD VENEZA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009532302	001322260202005	13/05/2020	R\$ 270,90	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:21:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091511211363200000032816866>

Número do documento: 20091511211363200000032816866



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIR
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO	BAE 1210434	Data/Hora Entrada 15/12/2019 01:46:59	Data Baixa
Data de nascimento 27/06/1989	Idade 30a 5m 18d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988104244
Mãe MARIZETE RAFAEL DO NASCIMENTO		CNS	Prontuário
Endereço ANTONIO ANTUNES DE LIMA, SN	Bairro JARDIM VENEZA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL BRAGA CAVALCANTE	Nº Cons. Regional 9248/PB
Data/Hora Classificação 15/12/2019 01:46:59		Data/Hora Prescrição 15/12/2019 03:07:37	

ANAMNESE

==ORTOPEDIA== PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM MIE, SEM FERIMENTOS. NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES. HD: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO CD: INTERNAMENTO + AO BLOCO PARA TRACÃO ESQUELÉTICA.

DIETA

À LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0)

CUIDADOS

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

Conduta

Internar Paciente

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:21:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091511211363200000032816866>

Número do documento: 20091511211363200000032816866



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, 3/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO	BAE 1210434	Data/Hora Entrada 15/12/2019 01:46:59	Data Baixa
Data de nascimento 27/06/1989	Idade 30a 5m 18d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988104244
Mãe MARIZETE RAFAEL DO NASCIMENTO		CNS	Prontuário
Endereço ANTONIO ANTUNES DE LIMA, SN	Bairro JARDIM VENEZA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB
Data/Hora Classificação 15/12/2019 01:46:59		Data/Hora Prescrição 15/12/2019 01:52:29	

ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLETA, CONSCIENTE E ORIENTADO. TRAUMA EM FACE + COXA DIREITA TORAX E ABDOMEN SEM ALTERAÇÕES
CD: ALTA CIRURGIA GERAL + PARECER ORTOPEDIA + PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

MOIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Eduardo Motta Braga
Urologia / Cir. Geral
CRM PB 7253 / CRM RJ 144

EDUARDO MOTTA BRAGA
(: 7253/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 15/12/2019 01:48:07





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO	1210434	15/12/2019 01:46:59	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
27/06/1989	30a 5m 18d	Masculino	(83) 988104244
Mãe		CNS	Prontuário
MARIZETE RAFAEL DO NASCIMENTO			
Endereço	Bairro	Município	UF
ANTONIO ANTUNES DE LIMA, SN	JARDIM VENEZA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X BICICLETA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS	9519/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
15/12/2019 01:46:59		15/12/2019 03:19:42	

ANAMNESE

BMF PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA APROXIMADAMENTE 03 HORAS APRESENTANDO TRAUMA EM FACE. NEGA VOMITO OU PERDA DE CONSCIENCIA, NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE ORIENTADO CONTACTUANTE, EM MACA.AO EXAME FISICO AUSENCIA DE DEGRAU OSSEO PALPVEL EM FACE, BOA ABERTURA BUCAL COM CONDILOS PALPAVEIS E OCLUSAO ESTAVEL, FCC EM REGIAO MENTUAL. NEGA ALTERACAO DA ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS. CD: AGUARDA VAGA EM SALA DE SUTURA

Conduta

Em observação

Enfermeiro

ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS

(CRM-9519/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 15/12/2019 01:48:07





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número:

Paciente:

Procedimento:

SUS: ☒ Não SUS: ☐

Médico:

Prontuário: 1210434

Data: 18/12/19

Disposição:

Data: 18/12/19

Caixa Proma:

Drº parcellle + Drº alexandre

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
ZNV	Placa DCP longa de 16 furos	01		
	Parafuso cortical N° 3/8	01		
	Parafuso cortical N° 4/0	04		
	Parafuso cortical N° 4/4	01		
	Parafuso cortical N° 3/6	04		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Grª Brown	Cigulha de plasto A 100	01		

Dr. Inácio Parcellle
Cirurgião Geral - ORTOPEDIA
CRM 4274

Dr. André Luiz de G. Silva
Farmácia

ASSINATURA DO AGENTE - CORPM

Flonina 837230

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2

	SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
HTOP				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
HTOP				
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Joanenson Rafael do Nascimento			1210134	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
14 - CÓD. REG. MUNICÍPIO			15 - UF	
16 - CEP				
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO			25 - CID 10 LOCALIZAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
CX: 4.5 / TMC / B-Braun				
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
01 Placa longa DCP de 16 furas 01 agulha de plexo A100 04 parafuso corticais N° 36 01 parafuso cortical N° 38 04 parafuso corticais N° 40 01 parafuso cortical N° 44				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO				
41 - DOCUMENTO				
42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
43 - ASSINATURA CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
Dr. Indalecio Rabeli Fernandes Cirurgião de Mão - Microscopia Ortopedia - Traumatologia CRM PB 88.271 EOI 1474				
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTHIL

Nome: SOEMERSON R. NASCIMENTO BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/12/19
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Pós osteossíntese do fêmur
Cirurgião: Dr. Paulli 1º Assistente: Dr. Alexandre Nishimura
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Pós oss. fêmur.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

10730
João Pessoa, 18/12/19
Alexandre Nishimura
F(NQ).ASCIR.009-1



Aguilha de plexo A 100 - B - B-nalun





DATA: 574219

FRONTUÁRIO:

1210434

PACIENTE: LOMERSON RAFAEL DOMASPINHA SEXO: M COR: PARD IDADE: 27

PRESSÃO ARTERIAL: 80 PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: 16 PULGADO TEMPERATURA: 36.5 PESO: 83 GRUPO SANGÜÍNEO: A

ESTADO GERAL : (BOM) (REGULAR) (MAU) (PESSIMO) RISCO CIRURGICO : (BOM) (REGULAR) (MAU) (PESSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATORIO OK AP. CIRCULATORIO OK

AP. DIGESTIVO	OK	ESTADO-MENTAL	LOK	DROGAS EM USO
---------------	----	---------------	-----	---------------

PRE-ANESTESICO	11/17 3 E 1 + 10/10/18 6 am	EST. MEDICO (ASA)
----------------	-----------------------------	-------------------

DIAGNOSTICO DE OBSERVATORIO: R 00:1 N 15:5 A B 1 A DE 10:10

DIAGNOSTIC PRE-OPERATORS	PRAF CD STI SAKIA DO FEMUR
DIAGNOSTIC RESULTS	Ido 01026130 25 FEB 1945 141510Z 131000

CI ALERGIA REALIZADA	TR	210026
CI ALERGIA REALIZADA	TR	210026

CIRURGIÃO		AUXILIARES			
	2	3		14	8

INICIO DA ANESTESIA	10:30	TERMINO DA ANESTESIA	16:00	DURAÇÃO DA ANESTESIA	5h 30min
---------------------	-------	----------------------	-------	----------------------	----------

CODIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CR.	VALORES R\$
1. 010 0 11 31	101	

ANESTESISTA Thais CPF 100.404.814-34 CRM-PB 1829

13:30	14:35	15:30
-------	-------	-------

W T N U	
SURGE ENCLOSURE	SRL - SRL - SRL - T

Handwriting practice paper for the letter 'i'. The page features a vertical margin on the left with a ruler scale from 35 to 225. The main area contains two rows of cursive 'i' characters. The top row is labeled 'i' and the bottom row is labeled 'i'.

NOTES: 100-100-100-100-100-100-
R S R S R S R S R S R S R S

☐ AMBROSIA GESA ☒ AQUADIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☒ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS.

TINCA		Hunter
-------	--	--------

09-038	(Obras em Andamento)	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
--------	----------------------	---

DATE: _____

1. Plutonium contaminated

0.5% PUA 30 ROWE

11 ① *Limulopsis* sp. EIVASO 20 wt.
② Bull. 130 20 wt. 15

DESTINO DO PACIENTE	16
---------------------	----

☐ APT* ☐ INFERIARIA ☒ 17

DEKAWCH SONA 104 18

2 D. 1.1 pons 2x

2. OUTROS UNF4 10460810 30% 20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

rocha DDI, manto espesso, variação de S.D. (116)
 S.M. (12) com (1+2). Bloco de flexão FAVOR com
 6+4 (12) m. 100. In (12) D.D. (3+4). S.M. do 12 m.
 + 10 m. 12 m. 100. In (12) D.D. (3+4). S.M. do 12 m.
 12 m. 100. In (12) D.D. (3+4). S.M. do 12 m.
 12 m. 100. In (12) D.D. (3+4). S.M. do 12 m.
 12 m. 100. In (12) D.D. (3+4). S.M. do 12 m.

Assinatura do Secretário de Saúde
Anestesiologista
CRM 1822





SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MASC ☒ FEM ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Pro de Keth AS 4-01

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CNS CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD. ORÇÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: **JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO** BE/PRONTUÁRIO: **1210434**
IDADE: **86 anos** SEXO: **FEM** COR: DATA: **15/12/2019**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA**
CIRURGIÃO: **DR DANIEL** 1º ASS: **MR1 JORGE**
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **SEDAÇÃO** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	
FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
TRAÇÃO TRANSTIBIAL A DIREITA		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: **15/12/2019**

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
PERCUTANEA
Achados:
FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

Conduta:
PASSAGEM DE FIO DE KC 3 EM TRANSTIBIAL EM PERNA ESQUERDA DIREITA
LMC SF 0,9%
CURATIVOS ESTEREIS
Fechamento:
TRAÇÃO COM 8 KG DE PESO
CONTROLE
Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

15/12/2019



101 SPERA
CIRCUANTE
CUBEN-PO 115.448 TE FINGI. ASCIR. 921



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Josmerson Rafael do Nascimento
Loc. Nasc. Alagoa Grande Est. Pb Data 27.06.1989
Filiação Mário Joséinaldo Batista Nascimento
Teófilo Nivalzete Rafael do Nascimento
Doc. Nº REN. Nº 20.004. Pb. 454, Liv: 19. 1º cart.
Alagoa Grande

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 05.09.06 DRT João Pessoa Pb

Maria Tereza S. Silva



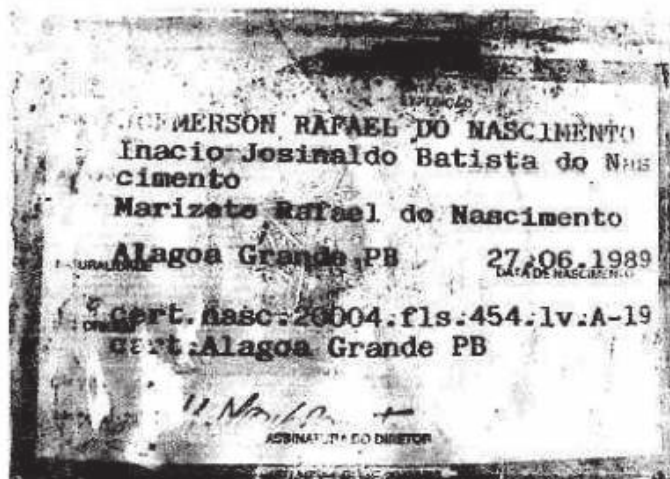
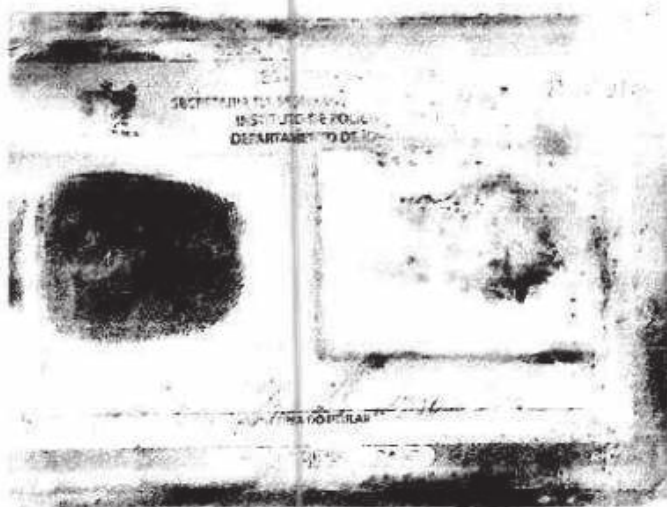
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 97.540 Série 00031 Pb



Josmerson Rafael do Nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013813982237

30662885097

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20180000062111-4

VIA 1 COD. RENAVAM 0114222128-5 RNTTC 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
KATIA CRISTINA M T DO NASCIMENTO
R P JOSE DE ANCHIETA SN APT 07
JARDIM VENEZA
58084050 JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ 05699613439 PLACA OFX5551/PB

NOME ANTERIOR
NOVO RUMO MOTORES E PECAS LTDA

PLACA ANT/UF JOVO PB CHASSI 9C2KD1000JR001468

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/NXR 160 BROS ANO FAB 2017 ANO MOD 2018

CAP/POT/CIL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N.Motor : KD10E0J001482

JOAO PESSOA-PB DATA 27/02/2018

9999999 7003781



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____ CPF DA VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA *Suelio Moreira Torres* _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200182529 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 15/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO. P1,6,12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0142390/20

Vítima: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

CPF: 087.843.584-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO : 087.843.584-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/05/2020
Nome: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO
CPF: 087.843.584-08

JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

