



Número: **0802873-13.2020.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **10/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE JOACILDO DE LIMA (AUTOR)		HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO JUNIOR (ADVOGADO) DIEGO MARTINS DINIZ (ADVOGADO) HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35090381	05/10/2020 10:03	2753406_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, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251756

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Data do Acidente: 08/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JOACILDO DE LIMA

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, contados 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 15949904





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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251756

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Data do Acidente: 08/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JOSE JOACILDO DE LIMA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01029/01030 - carta_07 - INVALIDEZ

00040515



Carta nº 15956691





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AIL: 101.871.094-94

3 - CPF da vítima: 101.871.094-94

4 - Nome completo da vítima: JOSE OACILDO DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 462/2013

5 - Nome completo: JOSE JOACILDO DE LIMA

6 - CPF: 101.871.094-94

7 - Profissão: AGENTE FUNERÁRIO

8 - Endereço: Rua Maciel Cavalcante

9 - Número: 388

10 - Complemento: 14 - CEP: 50.884-000

11 - Bairro: São Paulo

12 - Cidade: Catolô de Rocha

13 - Estado: PB

14 - Telefone: 50.884-000

15 - E-mail: limaocildo@gmail.com

16 - Telefone: (83) 99813-1146

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: JOSE JOACILDO DE LIMA

18 - CPF do Representante Legal: 101.871.094-94

19 - Profissão do Representante Legal: AGENTE FUNERÁRIO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (Pais, Curador/Tutor)

☐ CONTA POUPEMANA (Corrente para os bancos abertos, Análise de risco) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do banco: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0585 1 CONTA: 30871 4

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, com base na documentação médica solicitada e encaminhada para análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica previdenciária, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 31 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso derrota, a indenização do Seguro DPVAT por morte. Aqueles 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: Diogo Martins Diniz CPF: 014.258.994-70 Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: Francineide Guedes Bezerra CPF: 101.119.554-54 Assinatura da testemunha: 40 - Local e Data, Catolô de Rocha-PB, 15 de julho de 2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 046548.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 046548.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:12 min do dia 14/07/2020, na Delegacia Online, **JOSÉ JOACILDO DE LIMA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Agente Funerário, natural de Bom Sucesso, nascido(a) em 18/09/1992, idade 27, estado civil Casado (a), de cor Branca, filho(a) de **MARIA DO CÉU PEREIRA DOS SANTOS** e **JOSE JOACY DE LIMA**, CPF 101.871.094-94, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Macilom Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, na cidade de Catolé do Rocha/PB, CEP: 58840000, telefone(s) (83) 99813-1146, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 08/07/2020 16:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Outro; Local do Fato: Rua Benjamim Constant, Tabajara, Catolé do Rocha/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que sofreu um acidente de moto no dia 08/07/2020 por volta das 16 horas da tarde; que um carro a sua frente fez uma manobra brusca à esquerda sem sinalizar; que acabou se chocando com a lateral do carro; que foi jogado ao chão; que ficou em gritos com dores; que transeuntes chamaram o SAMU que fez o resgate; que foi levado para o Hospital Regional de Catolé do Rocha; que lá foram feitos os primeiros procedimentos; que após o Raio X foi identificada uma fratura da clavícula direita; que foi medicado, foi imobilizado o braço e ficou em observação; que estava de capacete e possui CNH AB; que a moto é em nome de seu Pai e está regular; que na hora do acidente estava indo comprar uma peça de um carro funerário a mando de seu empregador; que não conhece o motorista do veículo, pois não o viu mais após ser levado pelo SAMU.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João José de Lima
JOSÉ JOACILDO DE LIMA

C131D6BD14A0500239295A8A2A3ADB2C
Código de Controle



ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@secd.pb.gov.br.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Jacildo de Lima, portador da carteira de identidade nº 3726330 e inscrito no CPF/MF sob o nº 001.375.094-94, residente e domiciliado na Rua Macken Cavalcanti, n.º 588, Cidade Catolândia - Bahia, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

José Jacildo de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Catolândia - Bahia, 15 de julho de 2020

Local e data





CBE/CNIB/GRAND 101 119 554-24

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTCB1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Pot. Gr.: 2 - 245 - 130 - 5345 Nº Medidor: 000006671827



UNIT 5A 500-0000 (234°C)
5/1707008-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017070087



VALOR DA FATURA
R\$ 76,42



VENCIMENTO
13/07/2020



REFERÊNCIA
Jul / 2020



CONSUMO
89kWh

2,78 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CD	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Total (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$)	ICMS (R\$)	Alig. ICMS (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)
0601	Consumo em kWh	89	0,788610	70,18	70,18	25	17,54	70,18	0,73	3,36
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			7,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0608	BÔNUS ITAIPULPE 104381200212/2019			-1,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

	76.42	70.18	17.54	70.18	0.73	3.36
TOTAL						





PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÂNDIA DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 05807

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA
DATA: 08/07/2020 OCORRÊNCIA: 05807 PRESENTE (USUÁRIO) 16:20
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua José Jacinto de Lima MEDICO REGULADOR: []
APROV. NO LOCAL: [] RESGATE/EMERGÊNCIA: [] RESGATE/EMERGÊNCIA: []
QTA: [] SOCORRO POR TELEFONE: [] SOCORRO POR TELEFONE: []
TIPO DE AGRAVO: []
LOCALIZANTE DE TRANSTORNO: []
AGRESSÃO: []
CLÍNICO: []
DEBILIDADE/DEBILITAMENTO: []
ELITRODOLISIA: []
F.A.B.: []
GINECO-OBSTETRICO: []
LESÕES TÉRMICAS: []

ANTECEDENTES
[] AIDS [] DOENÇA MENTAL [] DOENÇA RENAL [] DOENÇA
[] ALCOOLISMO [] AVC [] DOENÇA [] DOENÇA
[] CIRURGIAS REALIZADAS [] INFARTO MIOCARDIO [] INTERMITENTES ARTERIAIS
[] COMALIZES [] DIABETES [] MEDICAMENTOS [] PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
[] DOENÇA CARDÍACA [] DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA [] OUTROS

DESTINO DO PACIENTE: HRCR RESPONSÁVEL: [] FUNÇÃO: []
SERVIÇO MÉDICO: []
MOTIVO DE TRANSPORTE: []
APOIO DIAGNÓSTICO [] SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE [] TRANSFERÊNCIA SIMPLES
OUTRO: []

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO
LOCAL: [] RESPONSÁVEL: [] FUNÇÃO: []
EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)
Surto de febre de 38,5°C e calafrios

DADOS VITAIS
VIA: [] OBSTRUÇÃO / RESPIRAÇÃO: []
PA: 130x90 mmHg FR: 18 TEMP: 38,5°C GLICEMIA: 99 mg/dl E. Com: 15 SpO2: 98%
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:
[] Ansiedade [] Dor Aguda [] Dor Aguda [] Dor Aguda [] Dor Aguda
[] Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída [] Dor Aguda [] Dor Aguda [] Dor Aguda
[] Comunicação Verbal Prejudicada [] Dor Aguda [] Dor Aguda [] Dor Aguda
[] Confusão Aguda [] Dor Aguda [] Dor Aguda [] Dor Aguda
[] Desemboço Prejudicada [] Dor Aguda [] Dor Aguda [] Dor Aguda
[] Débito Cardíaco Diminuído [] Dor Aguda [] Dor Aguda [] Dor Aguda
[] Náusea [] Dor Aguda [] Dor Aguda [] Dor Aguda
[] Constipação [] Dor Aguda [] Dor Aguda [] Dor Aguda
[] Incontinência Intestinal [] Dor Aguda [] Dor Aguda [] Dor Aguda
[] Eliminação Urinária Prejudicada [] Dor Aguda [] Dor Aguda [] Dor Aguda
[] Padrão Respiratório Ineficaz [] Dor Aguda [] Dor Aguda [] Dor Aguda
[] Outros

INTERVENÇÕES
3500 + AUC com SRI + Terapia Medicamentosa (Depressão + ARD) + Imunossupressão
EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:
Paciente consciente, orientado, vítima de calafrios matutinos x
Cansaço, sem resposta de febre de 38,5°C. De acordo com
Risco a vítima foi encaminhada para a enfermaria para observação e
Realizado intervenção por registro médico e encaminhado ao HRCR.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 Soro Ringer lactado 01 AFD
01 Jaleco 02 Aodores
01 Equipa
01 Diquena

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTETRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL ☐ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS:

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - AMBU)
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
☐ CRICOTIROIDOSTOMIA
☐ CÂNULA OROFARÍNGEA
☐ INTUBAÇÃO NASOOROTRAQUEAL
☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA
☐ OUTROS

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

01 SCL
01 Dipirona + A.D.G.U

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☒ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABEÇA (CABEÇA)

RECUSA

NOME

R.G.

ASSINATURA

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO

CRM

MAT

ENFERMEIRO(A): Mirabel Rafael de Lima

COREN 366.353

MAT: COREN 14

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.

COREN

MAT

CONDUTOR

COREN

MAT



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PRONTO SOCORRO

BENEFICÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA		HORA		NÚMERO DO ATENDIMENTO	
JAQUIRA DE O. LIMA		08/07/2020		16:51:01		114171	

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
NOME		JOSE JOACILDO DE LIMA		RUA		CARIMATO RUS	
CPF		10187109494		PROFISSÃO			
ESTADO CIVIL		CASADO(A)		NATURALIDADE		BOM SUCESSO - PB	
TIPO DE TUMOR		MARIUA DO DEU PEREIRA		NOME DO PAI			
ENDEREÇO		RUA MACILON CAVALCANTE		NÚMERO		568	
CEP		CATELO DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306		MUNICÍPIO		SÃO PAULO	
FORMA DE CREDENCIAMENTO		FORMA DE CREDENCIAMENTO		TELEFONE		(83)9606-3639	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL		X Francisco de Guedes Bastos		NÚMERO		568	
		2 - SINAIS VITAIS		SINUS		GLUCOSE	
TA		FC		PR		SPO2	
120/80 mmHg		89		89		99	
TEMP		TEMP AXILAR		C		%	
36.9		36.9		C		%	
3 - ACOPLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
ESCALA DE GLASSOW							
VERMELHO		AMARELO		VERDE		AZUL	
AO		RV		RM		AP	
TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
1		2		3		4	
5		6		7		8	
9		10		11		12	
HISTÓRIA BREVE							
COMORBIDADES							
HISTÓRIA		REVALUAÇÃO		HORA		ENFERMEIRO PLANTONISTA / COREN	
HISTÓRIA		REVALUAÇÃO		HORA		ENFERMEIRO PLANTONISTA / COREN	
4 - ANAMNESE / EXAMES FÍSICOS							
Paciente vítima de acidente de moto, com fratura de fêmur direito, apresentando lesões secundárias pós-trauma.							
5 - SERVIÇOS REALIZADO (FATURAMENTO)							
DIAGNÓSTICO INICIAL							
fratura de fêmur direito							
0301060029							

[illegible]

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/10/2020 10:03:56

Número do documento: 2010051003563000000033535638

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **JOSÉ JOACILDO DE LIMA, RG: 3.726.110 SSP/PB**, Residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante - nº 588 - Loteamento: São Paulo – Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo - CRM/12094, no dia 08 de julho de 2020. Deu entrada na Urgência e Emergência, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto. Foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida ficando em observação.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Bruno R. Clea de Oliveira
Diretor Geral

Thaiz Clea de Oliveira Medeiros

Diretor Geral

Mat. 188.655-0

Catolé do Rocha – PB, 13 de julho de 2020.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015456360849
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. REG. EXERCÍCIO
1 0086903529-0 00/00000000 2019

NOME
JOSE JOACY DE LUNA

CPF / CNPJ PLACA
40031802320 MOU8829/PB

PLACA ANT. / UF CHASSI
NOVO PB 9C2KD03106R001048

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ESD 2005 2006

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I P 00/00/0000 1º
V 2º
A 3º

FAIXA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
***** 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 13/11/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA
CATOLE DO ROCHA-PB 29/11/2019

31623 19763

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015456360849 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 29/11/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 40031802320 MOU8829/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
00869035290 HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB. CATEG. Nº CHASSI
2005 9 9C2KD03106R001048

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA PARCELADO 13/11/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

19763-0843005-20191129



== ATESTADO MÉDICO ==

Atesto para os devidos fins de Direito, que

José Francisco de Lira

encontra-se com

CID *S42.0*, necessitando ausentar-se de suas atividades

profissionais, por um período de

45 (quarenta e cinco)

dias, a partir desta data.

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

08/02/20

Médico CRM - Carimbro

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____
CRM: _____ UF: _____
ENDEREÇO COMPLETO: _____ CIDADE: _____ UF: _____
TELEFONE: _____

Paciente: Acir de Lima
Endereço: Quilombo do Boque - P.B.
Prescrição: Quilombo do Boque, P.B.
Tramadolol 50mg - 60 cc.
180mg de 800h, 2x dia.

Data: 20/03/2020

Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo

CRM/PB: 12054

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO: _____
IDENT.: _____ ÓRG. EMISSOR: _____
END.: _____
CIDADE: _____ UF: _____
TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: ____ / ____ / 20 ____
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE



Sr.(a)

José Tomédo

== RECEITUÁRIO ==

Solicitado ?

*Imobilização por claudicação
(imobilização e 8)*

09/04/20

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

Médico - CRM - Carimbro





Estado da Paraíba
Secretaria Estadual da Saúde
Hospital Reg. Dr. Américo Maia da Vasconcelos
Cabolé do Rocha - PB



Sr.(a)

Tere Tereido

RECEITUÁRIO

Fx Clavícula

ttto Conservador

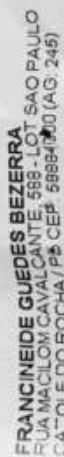
Retorno

23/07/20

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

Médico - CRM - Carimbro





CBE/CNP I/RANI 101 119 554-24

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: BT
Classe: RES MTC BT / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Pot. 2 - 245 - 130 - 5345 Nº Medidor: 00009871827



UNIDADE COTIDIANA (°C) 5/1707008-7

REGISTRO DE CADASTRO EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017070087



VALOR DA FATURA
R\$ 76,42



VENCIMENTO
13/07/2020



REFERÊNCIA
Jul / 2020



CONSUMO
89kWh

2,78 kWh
MEDIA DIARIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

Cód	Descrição	Quant	Tarifa e/ Tributos	Valor Base Calc		ICMS		ICMS Base Calc (R\$)	PIS/Confins (R\$)	
				Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)		PIS/Confins (R\$)	PIS/Confins (R\$)
0601	Consumo em kWh	89	0,788610	70,18	70,18	25	17,54	70,18	0,73	3,36
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0999	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			7,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	BÔNUS TAIPULE 10438/2002 12/2019			-1,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200251756 **Cidade:** Catingueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA **Data do acidente:** 08/07/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 05 //
DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA
ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ
PERMANENTE.
CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198500/20

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Data do acidente: 08/07/2020

CPF: 101.871.094-94

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE JOACILDO DE LIMA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE JOACILDO DE LIMA : 101.871.094-94

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.

