



Número: **0821987-67.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **07/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
K. F. D. S. (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36110656	30/10/2020 10:41	2761033_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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200063411

Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDJANE FERREIRA DE SOUZA

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,

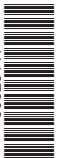
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15490851

Pag. 00293/00294 - carta_01 - INVALIDEZ

00020147





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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200063411 Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDJANE FERREIRA DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01683/01684 - carta_03 - INVALIDEZ

00040842



Carta nº 15491301





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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200063411

Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDJANE FERREIRA DE SOUZA

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: EDJANE FERREIRA DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000411339-5

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.

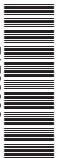
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00423/00424 - carta_15R - INVALIDEZ

00030212



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0051665120 3 - CPF da vítima: 044.655.744-79 4 - Nome completo da vítima: Keliwenn Ferreira de Sousa

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

5 - Nome completo: Keliwenn Ferreira de Sousa 6 - CPF: 098.251.034-02
7 - Profissão: Roteiro 8 - Endereço: Sitio Samambau 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58431-099
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 733/98805-6654

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: Edjane Ferreira de Sousa 18 - CPF do Representante Legal: 044.655.744-79 19 - Profissão do Representante Legal: Agente de Seguro

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)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 441339 5
(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 (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 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.

Solicito o prosseguimento da 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 presencial, 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (ou nascidos)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 06/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0051665120 3 - CPF da vítima: 044.655.744-79 4 - Nome completo da vítima: Keliwenn Feneira de Souza

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

5 - Nome completo: Keliwenn Feneira de Souza 6 - CPF: 098.251.034-02
7 - Profissão: Roteiro 8 - Endereço: Sitio Samambau 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58431-099
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 733/98805-6654

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: Edjane Feneira de Souza 18 - CPF do Representante Legal: 044.655.744-79 19 - Profissão do Representante Legal: Agente de Fone

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO 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)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 441339 5
(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 (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 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.

Solicito o prosseguimento da 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 presencial, 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (ou nascidos)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 06/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019





**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00081.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00081.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:03 horas do dia 03 de fevereiro 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 Luiz de Cerqueira Cotrim Neto, matrícula 1564871, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Edjane Ferreira de Souza**, conhecido(a) por Jane, CPF nº 044.655.744-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Edileuza Ferreira de Souza e Edvaldo Alves de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 18/04/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Samambaia, Nº S/N, complemento CASA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Próximo da Igreja Evangélica Samambaia, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/07/19 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) 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 CG 150, marca HONDA, tipo de veículo TITAN KS, cor VERMELHA, ano 2006/2006, UF: PB, placa MNK-5037, chassi 9C2KC08106R938639, renavam 88848294-9, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 9786585629; nº. 20122000004180-6; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior:nova; placa Atual: Esperança/pb; alienação Fiduciária: Restituição de Benefício Tributário; em Nome de Raimundo Pedro Vicente.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO O SEU FILHO DE NOME KELWENN FERREIRA DE SOUSA, NASCIDO EM 23/03/2005, MENOR COM 14 ANOS DE IDADE, ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA NO LOCAL TAMBÉM JÁ CITADO ANTERIORMENTE, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DE CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO SEU FILHO QUE FICOU NO LOCAL DO ACIDENTE MACHUCADO SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E DEPOIS PARA OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NECESSÁRIOS E PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO 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 157.356-0

Procedimento Policial: 00081.01.2020.1.05.101

1/2



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 03 de fevereiro de 2020.

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
CPF: 000.000.000-00

EDJANE FERREIRA DE SOUZA

Noticiante



Procedimento Policial: 00081.01.2020.1.05.101

2/2





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00081.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00081.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:03 horas do dia 03 de fevereiro 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 Luiz de Cerqueira Cotrim Neto, matrícula 1564871, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Edjane Ferreira de Souza**, conhecido(a) por Jane, CPF nº 044.655.744-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Edileuza Ferreira de Souza e Edvaldo Alves de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 18/04/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Samambaia, Nº S/N, complemento CASA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Próximo da Igreja Evangélica Samambaia, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); **Data/Hora: 07/07/19 12:30h**; Tipificação: em tese, capitulada no(s) **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 CG 150, marca HONDA, tipo de veículo TITAN KS, cor VERMELHA, ano 2006/2006, UF: PB, placa MNK-5037, chassi 9C2KC08106R938639, renavam 88848294-9, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 9786585629; nº. 20122000004180-6; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: nova; placa Atual: Esperança/pb; alienação Fiduciária: Restituição de Benefício Tributário; em Nome de Raimundo Pedro Vicente.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO O SEU FILHO DE NOME KELWENN FERREIRA DE SOUSA, NASCIDO EM 23/03/2005, MENOR COM 14 ANOS DE IDADE, ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA NO LOCAL TAMBÉM JÁ CITADO ANTERIORMENTE, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DE CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO SEU FILHO QUE FICOU NO LOCAL DO ACIDENTE MACHUCADO SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E DEPOIS PARA OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NECESSÁRIOS E PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

ADENDO(S):

Que na data 12/02/2020, à(s) 07:07 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Cláudio Manoel Fernandes Marques, matrícula 1685074, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: **A DATA CORRETA DO ACIDENTE É: SEIS DE JULHO DE DOIS MIL E DEZENOVE (06/07/2019).** Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

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

Procedimento Policial: 00081.01.2020.1.05.101

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

Scanned with CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0051665120 3 - CPF da vítima: 044.655.744-79 4 - Nome completo da vítima: Keliwenn Ferreira de Sousa

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

5 - Nome completo: Keliwenn Ferreira de Sousa 6 - CPF: 098.251.034-02
7 - Profissão: Roteiro 8 - Endereço: Sitio Samambau 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58431-099
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 733/98805-6654

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: Edjane Ferreira de Sousa
18 - CPF do Representante Legal: 044.655.744-79 19 - Profissão do Representante Legal: Agente de Seguro

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)

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 441339 5

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 (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 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.

Solicito o prosseguimento da 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 presencial, 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (ou nascidos)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 06/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



Prezado Analista,

Favor desconsiderar a opção marcada CERTIDÃO DE NASCIMENTO pois esse documento não apresentado pelo representante legal sendo marcado de forma errônea.

Agradeço sua atenção e aguardo comentários,

A receptora.



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: 20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDJANE FERREIRA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000411339-5

Nr. da Autenticação 6A066E5B6C81808C

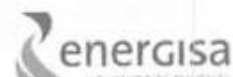


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/toma de energia elétrica. Nº 005.095.785



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 18.533.839-1

DADOS DO CLIENTE

EDJANE FERREIRA DE SOUZA
SIT SAMAMBAIA S/N
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/213947-5

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

12/11/2019

CONSUMO

77

VENCIMENTO

20/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 35,48

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00723.811170 8 80790000003548

Pagador: EDJANE FERREIRA DE SOUZA CNPJ/CPF: 044.655.744-79

SIT SAMAMBAIA S/N - AREA RURAL - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000723811	000213947201911	20/11/2019	R\$ 35,48	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 10:41:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103010411227100000034480962>

Número do documento: 20103010411227100000034480962

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/tarifa de energia elétrica. Nº 005.095.785



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 18.533.839-1

DADOS DO CLIENTE

EDJANE FERREIRA DE SOUZA
SIT SAMAMBAIA S/N
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/213947-5

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

12/11/2019

CONSUMO

77

VENCIMENTO

20/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 35,48

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00723.811170 8 80790000003548

Pagador: EDJANE FERREIRA DE SOUZA CNPJ/CPF: 044.655.744-79

SIT SAMAMBAIA S/N - AREA RURAL - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000723811	000213947201911	20/11/2019	R\$ 35,48	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 10:41:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103010411227100000034480962>

Número do documento: 20103010411227100000034480962

06/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

outop.

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1937370 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 06/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: KELWENN FERREIRA DE SOUSA CEP:58115000 Nascimento:23/03/2005

Endereço:SÍTIO SAMAMBAIA Sexo:M Telefone: 987189546

Cidade: Puxinanã Idade:014 Bairro:ZONA RURAL

Nome da Mãe: EDJANE FERREIRA DE SOUZA RG: 4130445 Nº:0

Responsável: CPF: 09823103402 Profissão:MENOR

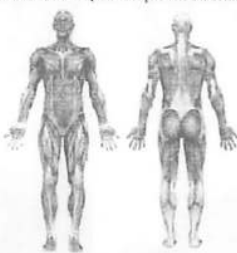
Estado Civil:Solteiro(a) Data de Atend:06/07/2019 CNS:706804783446128

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 13:05:31 CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrisão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erisipela subcutânea
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Fratura Patela (D)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Fratura patela (D) após exame de mto
na t. de raios - Boa + Depressidade
patela (D)

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Yury de Paula Câmara

MEDICINA INTERNA

CRM/PB 10907

stothcg/impresclassi.php?contar=1937370&dataatend=2019-07-06&horaatend=13:07:02

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 10:41:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103010411227100000034480962

Número do documento: 20103010411227100000034480962

Num. 36110656 - Pág. 14

06/ 7/2019

HTCG-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mafra, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 06/07/2019

Paciente: KELWENN FERREIRA DE SOUSA Idade: 014 N° ATEND: 1937370

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 06/07/2019 HORA : 13:07:02

ESPECIALIDADE : ORTOPEdia

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
 DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA
 MEDICAÇÃO EM USO :
 ESTADO GERAL : BOM
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
 () DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
 () IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					média dor					
					pico dor					

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
 AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:
 ENFERMEIRO/COREN
 acolhimento

Alina G. da Uchôa
 COREN-PB 575133-ENF



HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ \ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Edson Ferreira de Souza
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

ojetohctg/impreclassi.php?contar=1937370&dataatend=2019-07-06&horaatend=13:07:02

2/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 10:41:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103010411227100000034480962>
 Número do documento: 20103010411227100000034480962

Num. 36110656 - Pág. 16



Scanned with CamScanner

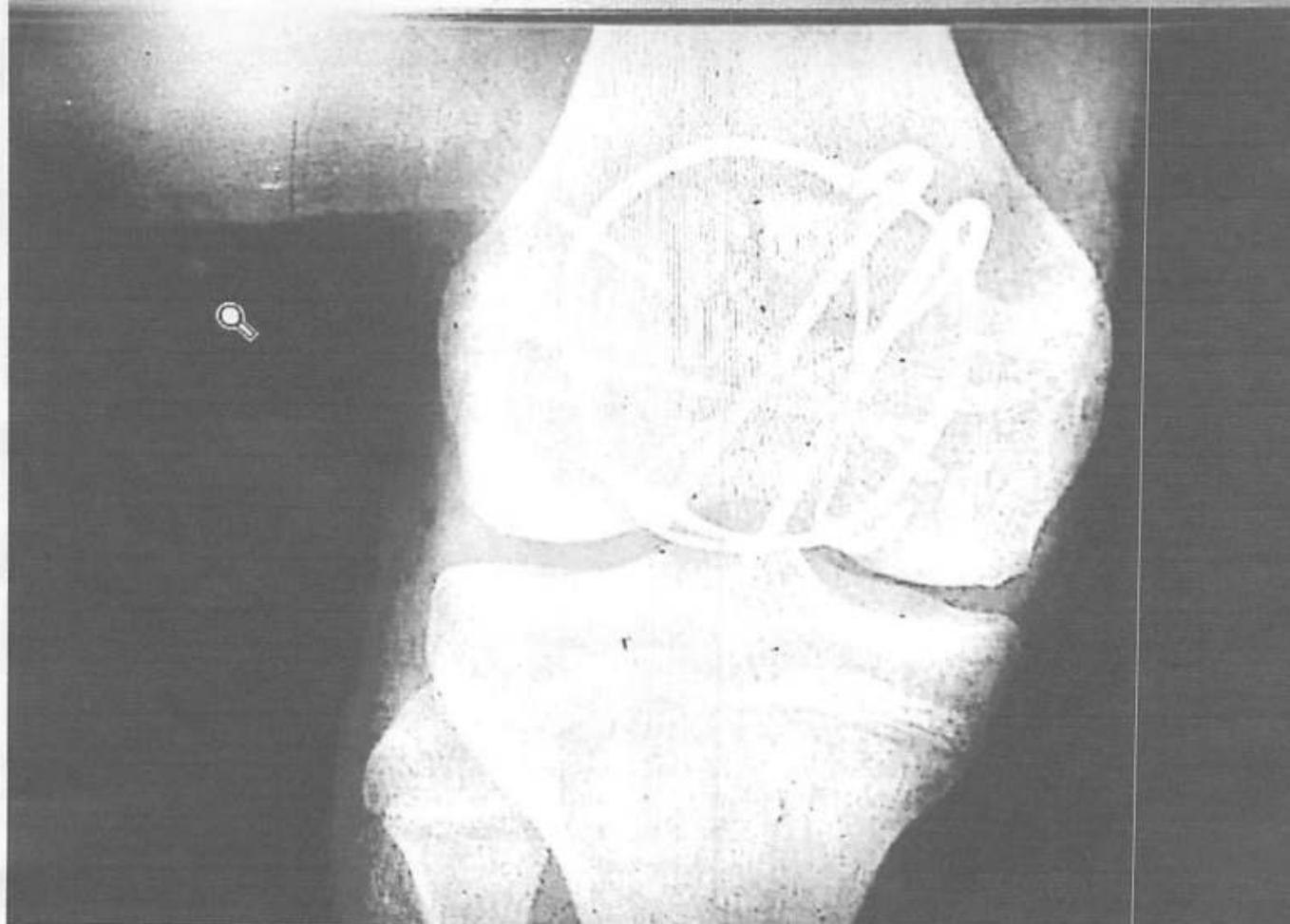


ESOUZA, 30/08/2019 (Não lido) - Abnr para leitura

anelas Gráficos Sessões Ferramentas Ajuda



USA, 30/08/2019



Scanned with CamScanner



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Kelue mm Ferreira de Sousa</u> N <u>33/03/2005</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		<u>150</u>	<u>14 anos</u>	<u>1937570</u>		
CIRURGIA <u>Pro. Cirurgico e fixações</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Rubi + Dr. Euler</u>			
ANESTESIA <u>Raque</u>			ANESTESIA <u>Dr. Almir</u>			
INSTRUMENTADORA <u>Ramon</u>		DATA <u>10.09.19</u>	INÍCIO <u>10h.00'</u>	FIM <u>12h.20'</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
			Catet. p/ Oxy		Catgut cromado Sertix	
			Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
			Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
<u>01</u>	<u>Dimore amp. 0,2mg</u>		Compressa Pequena		Catgut Simples	
			Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
			Dreno		Catgut Simples Sertix	
			Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
			Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
			Dreno Pezzer n°		Ethibond	
			Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<u>01</u>	<u>Mercaina 0,3 ml</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
			Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
			Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
			Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
			Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
			Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
			H ₂ O, ml	<u>02</u>	Mononylon 2-0	
			Intracath Adulto		Mononylon	
			Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23 "		Prolene Sertix	
<u>06</u>	<u>Água Destilada amp.</u>		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
<u>03</u>	<u>Decadron amp.</u>		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
<u>02</u>	<u>Dipirona amp.</u>		Luvas 7.0	<u>02</u>	Vicryl Sertix	
<u>01</u>	<u>Flaxidol amp. Ranitidina</u>		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
			Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
			Luvas 8-5 Proc			
			Oxigênio l/m			
	<u>Glucon de Cálcio amp.</u>		Polifix			
			PVP Degemante ml			
			PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
			Sabão Antisséptico	<u>9</u>	SG Normotérmico fr 500 ml	
			Saco coletor Lixo/hospitalar		SG Gelado fr 500 ml	
			Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
			Seringa desc. 20 ml	<u>1</u>	SG Ringr fr 500 ml	
			Seringa desc. 05 ml	<u>06</u>	SG fr 500 ml / Limpeza	
			Sonda			
			Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
<u>02</u>	<u>Cefalotina 1g</u>		Sonda Nasogátrica	<u>02</u>	<u>F. de brachimmes 2.0</u>	
<u>02</u>	<u>Tenoxicam 20mg</u>		Sonda Uretral n°		<u>1.5"</u>	
			Steridrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
			Gelcoon 18			
<u>02</u>	<u>Aguilha desc. 28 x 28- 40x12</u>		Latese			
			Celastol			
<u>01</u>	<u>Aguilha p/ raque n° 25</u>		Faixa Samanch			
<u>03</u>	<u>Alcool de Enfermagem</u>		Alg. ortopédico			
<u>03</u>	<u>Ataduras de Crepon 20cm</u>					
	<u>Ataduras de Gessada</u>					
	<u>Azul metileno amp.</u>					
	<u>Benzina ml</u>					

Maniafese

MOD 066



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Izabella Luiz CEM9061

Assinatura do anestesista






Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Kelwenn Ferreira de Sousa	Idade:	14 anos
Convênio:	Sus	Data:	10-09-19
Procedimento:	9to cirúrgico e/fixação de fratura de patela MID		
Cirurgião:	Drº Y Wny	Auxiliar:	Drº Euler
		Anestesista:	Drº Almir
Início:	10:00	Término:	12:20
		Anestesia	Raque

[illegible][illegible]

Observações:

 02119001

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOO, 103



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>KELLY EMILY FERNANDA DE SOUZA</u>		IDADE: <u>31</u>	SEXO: <u>F</u>	COR: <u>P</u>
DATA: <u>10/07/2019</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
	URINA					
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URMÁRIO	
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>FRAT. PATELA D.</u>					ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS LIQUIDOS VP. ARTERIAL: <u>SO</u> - O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: <u>O</u> - OPERAÇÃO Indução Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						
POSICÃO						
AGENTES						
TÉCNICA						
OPERAÇÃO						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA	

FOLHA DE ANESTESIA - SRFB



10/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME : Euler Fabricio Alves Cruz

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 10/07/2019



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 148559

DATA DA CIRURGIA: 10/07/2019

Número do Atendimento: 1937394 Clín: PEDIATRIA / Enf: 8 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data da Internação: 06/07/2019

Atendimento: 1937394

Diagnostico Pré-Operatório: *fratura de joelho direito*

Diagnostico Pós-Operatório: *0 mm*

Cirurgia: RAFI

Data da Cirurgia: 10/07/2019

Equipe:

Cirurgião: WAERSON JOSE DE SOUZA

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: RAMON

Anestesista: ALMIR COLACO CATAO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE ANTERIOR DE JOELHO DIREITO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. FIXAÇÃO COM BANDA DE TENSÃO COM FIOS DE KIRSCHNER E CERCLAGEM SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data 10/07/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz
DR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9507





CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 09/07/2019
Hora: 07:17:21
Médico (a) Prescritor: Everton Da Silva Moreira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1937394 Paciente: KILWENN FERREIRA DE SOUSA Idade: 014 Sexo: M
Nome da Mãe: EDJANE FERREIRA DE SOUSA Data de Nascimento: 23/03/2005 Admissão: 09/07/2019

Clinica: PEDIATRIA Enfermeiro: 8 Leticia 3 Diagnóstico: IN. BOLA D

DIA 09/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Everton Da Silva Moreira

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE (dieta zero a partir de 00:00h)	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 1X/4H (12h)	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1X/6H (12h)	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1X/6H (12h)	
5	Reconstituir 2ML ABD.	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 1 ML E.V. 1X/6H (12h)	
7	SE NAUSEA OU VÔMITOS	
8	FRAXIDOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1X/6H (12h) FAZER SE NECESSÁRIO	
9	DECLIBITO MUDANÇA	
10	22H	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 09/07/2019 HORA: 07:17:11

BEG. ESTÁVEL. SEM DISTÚRBIOS

DIURSE: + EVACUAÇÕES PRESENTES

CD: VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA: Suelio Moreira
Data: 30/10/2020
Hora: 10:41:12



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data da Internação: 06/07/2019

Data da Alta: 11/07/2019

Registro: 1937394

Tempo de Permanência: -18084

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 10/07/2019

Equipe:

Cirurgião: WAERSON JOSE DE SOUZA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL - CEFLEXINA + NISULID + FISIOTERAPIA

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 11/07/2019

Assinatura/Carteira

Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Hallisson Barros De Almeida



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: <u>Waldemar Ferreira</u>	Registro:	Leito: <u>83</u>	Setor Atual: <u>Neurologia</u>
Idade:	Sexo:	Cor:	Estado Civil:
Naturalidade:		Profissão:	
Procedência: () Vermelha () Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: () Residência () Outro			
Data da internação hospitalar: ___/___/___		Data da internação no setor: ___/___/___	
Tem um cuidador/Responsável: () Quem?			
Telefone:		Tem acesso a uma UBS: () Qual:	

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos:	Alergias: () Qual:
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia () Alcoolismo () Drogadição () Outros:	Medicações em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar):

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia. Local:
Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O
() Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:
Ausculat pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E: () Selo d'água
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:
Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bel Wagon Ferreira de Sousa Registro: 8-3 Leito: 8-3 Setor Atual: 8-3

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

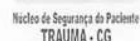
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

[illegible]

07/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/07/2019

Horas: 09:08:22

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcão

GOVERNO
DA PARÁ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937394 Paciente: KEIWENN FERREIRA DE SOUSA Idade: 014 Sexo: M
Nome da Mãe: EDJANE FERREIRA DE SOUZA Data de Nascimento: 23/03/2005 Admissão: 06/07/2019
Clínica: PEDIATRIA Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX PATELA D

DIA 07/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	OK
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	OK
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	OK
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	OK
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	S/N
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	S/N
7	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	OK
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

EVOLUÇÃO

DATA: 07/07/2019 HORA: 09:07:46

ORTOPEDIA

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO HÁ 2 HS,
COM DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO E INCAPACIDADE DE EXTENSÃO DO MEMBRO.
RAIO X EVIDENCIA FRATURA DE PATELA DIREITA COMINUTIVA.
NEGA ALERGIAS OU HAS OU DM2.

CD:VPM

ASSINATURA E CARIMBO
Wagner De Melo Falcão

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4 130.445 DATA DE EXPIÇÃO 03/04/2014

NOME
KELWENN FERREIRA DE SOUSA

RESIDÊNCIA
EDNALDO SIMÃO DE SOUSA
EDJANE FERREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
CAMPINA GRANDE-PB 23/03/2005

CPF 098.231.034-02

CERT. NASC. Nº0011495 - LIV.00011 - FLS.095 - CARTÓRIO
BUXINANA/PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE REGISTRAÇÃO L-234

Kelwenn F. de Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		30/08/2018
REGISTRO GERAL	2.746.556	-2 VIA
EXPEDIENTE		
NOME	EDJANE FERREIRA DE SOUZA	
FILIAÇÃO	EDVALDO ALVES DE SOUZA EDILEUZA FERREIRA DE SOUZA	
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB	
DATA DE NASCIMENTO	18/04/1982	
DOC. CIVIL	NASC.N.3787 FLS.185 LIV.A-4 CARTÓRIO PUXINANA-PB	
CPF	044.655.744-79	
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	V-02
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	P-094
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA	
	
Edjane Ferreira de Souza	



DENATRAN		CONTRAN	
DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 7/86585629 EXERCÍCIO 2012 DATA 31/07/2012 PLACA 84065745420 CHASSI MNK5037/PB		PAIMUNDO PEDRO VICENTE CPF/CNPJ 84065745420 PLACA 84065745420 CHASSI MNK5037/PB NOVO PB 9C2KC08106R938639 ESPÉCIE TIPO 9C2KC08106R938639 COMBUSTÍVEL GASOLINA	
HONDA/CG 150 TITAN KS MARCA / MODELO 2006 2006 CATEGORIA 2ª ANO FAB. 2006 ANO LIC. 2006 COTIZ. UNICA 00/00/0000 PARCELAMENTO / COTAS 3ª PREÇO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 31/07/2012 REST. BEN. TRIBUTARIO 0		ESPERANCA-PB LOCAL 38903 DATA 31/07/2012 14761	
PB Nº 7/86585629 EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO 31/07/2012 PLACA 84065745420 CHASSI MNK5037/PB		BILHETE DE SEGURO DPVAT 88482949 GAS HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB. 2006 COTIZ. UNICA 9C2KC08106R938639 PRÊMIO TARIFÁRIO 0 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0 DATA DE QUITAÇÃO 30/07/2012	
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A CNPJ: 09.248.608/0001-04 14761-0825221-20120731		Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A CNPJ: 09.248.608/0001-04 14761-0825221-20120731	



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



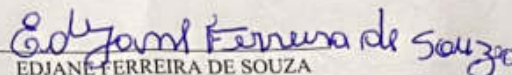
**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 12 de fevereiro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-4




EDJANE FERREIRA DE SOUZA
Noticiante

Procedimento Policial: 00081.01.2020.1.05.101

Scanned with CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063411 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIOS DE KIRSCHNER/CERCLAGEM P.6,10)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063411 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIOS DE KIRSCHNER/CERCLAGEM P.6,10)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051665/20

Número do Sinistro: 3200063411

Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

CPF: 098.231.034-02

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 06/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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.

