



Número: **0807242-90.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **30/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
J. M. A. C. (AUTOR)		NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)	
LENILUCIA ALVES PINHEIRO (REPRESENTANTE)		NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36725759	17/11/2020 09:53	2764687_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, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200233399

Vítima: JOSE MATHEUS ALVES CHACON

Data do Acidente: 12/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENILUCIA ALVES PINHEIRO

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,

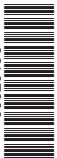
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15911406

Pag. 00379/00380 - carta_01 - INVALIDEZ

00020190





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, 15 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200233399**

Vítima: JOSE MATHEUS ALVES CHACON

Data do Acidente: 12/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENILUCIA ALVES PINHEIRO

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: **LENILUCIA ALVES PINHEIRO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000037**

Conta: **00000131851-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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:

156.466.694-80

4 - Nome completo da vítima:

Jose matheus Alves Chacon

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 466/2012

5 - Nome completo:

Jose matheus Alves Chacon

CPF:

156.466.694-80

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

R. Ronilda Gomes Fragoz de A

9 - Número:

63

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Cuiá

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58077-030

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83-99921-9283

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

Lenilécia Alves Pinheiro

18 - CPF do Representante Legal:

034.171.914-59

19 - Profissão do Representante Legal:

secretária

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
☐ SEM RENDA

☐ 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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

09.013

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0037

CONTA:

131851

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 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 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)

☐ 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 nascido (ou nascos)?

☐ 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 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, 29/06/20

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





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:

156.466.694-80

4 - Nome completo da vítima:

Jose matheus Alves Chacon

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 466/2012

5 - Nome completo:

Jose matheus Alves Chacon

CPF: 156.466.694-80

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

R. Ronilda Gomes Fragozo de A

9 - Número:

63

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Cuiá

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58077-030

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83-99921-9283

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

Lenilécia Alves Pinheiro

18 - CPF do Representante Legal:

034.171.914-59

19 - Profissão do Representante Legal:

secretária

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
☐ SEM RENDA

☐ 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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

08.013

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0037

CONTA:

131851

21

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 (assinale uma das opções):

☐ 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 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)

☐ 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 nascido (ou nascos)?

☐ 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 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, 29/06/20

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 035310.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 035310.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:32 min do dia 17/06/2020, na Delegacia Online, **LENILUCIA ALVES PINHEIRO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Secretária, nascido(a) em 25/11/1979, idade 40, estado civil Casado (a), filho(a) de FRANCISCA GERALDA PINHEIRO ALVES, CPF 034.171.914-59, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rosilda Gomes Frago de Albuquerque, nº 63, bairro Cuiá, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58077030, telefone(s) 83999219283, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 12/09/2019 14:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: Abelardo Targino da Fonseca, Geisel, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que o seu filho, JOSÉ MATHEUS ALVES CHACON, menor impúbere, portador de CPF nº 156.466.694-80 trafegava pela Rua Abelardo Targino da Fonseca, Bairro Geisel, nesta Capital/PB, e ao atravessar a rua foi surpreendido por uma motocicleta de placa não identificada vindo a colidir com o menor. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar, sendo socorrido pelo Samu para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado com FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA - CID S82.2

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


LENILUCIA ALVES PINHEIRO

58AA79F990840CAECE71502F8C4EB1C2

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@seds.pb.gov.br.



Nº 035310.01.2020.0.00.704 1/1





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:

156.466.694-80

4 - Nome completo da vítima:

Jose matheus Alves Chacon

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 466/2012

5 - Nome completo:

Jose matheus Alves Chacon

CPF:

156.466.694-80

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

R. Ronilda Gomes Fragozo de A

9 - Número:

63

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Cuiá

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58077-030

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83-99921-9283

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

Lenilécia Alves Pinheiro

18 - CPF do Representante Legal:

034.171.914-59

19 - Profissão do Representante Legal:

secretária

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
☐ SEM RENDA

☐ 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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

08.013

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0037

CONTA:

131851

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 (assinale uma das opções):

☐ 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 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)

☐ 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascido (ou nascidos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

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

Assinatura digital do segurado ou representante legal

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, 29/06/20

Lenilécia Alves Pinheiro

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 035310.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 035310.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:32 min do dia 17/06/2020, na Delegacia Online, **LENILUCIA ALVES PINHEIRO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Secretária, nascido(a) em 25/11/1979, idade 40, estado civil Casado (a), filho(a) de FRANCISCA GERALDA PINHEIRO ALVES, CPF 034.171.914-59, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rosilda Gomes Fragoso de Albuquerque, nº 63, bairro Cuiá, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58077030, telefone(s) 83999219283, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 12/09/2019 14:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: Abelardo Targino da Fonseca, Geisel, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que o seu filho, JOSÉ MATHEUS ALVES CHACON, menor impúbere, portador de CPF nº 156.466.694-80 trafegava pela Rua Abelardo Targino da Fonseca, Bairro Geisel, nesta Capital/PB, e ao atravessar a rua foi surpreendido por uma motocicleta de placa não identificada vindo a colidir com o menor. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar, sendo socorrido pelo Samu para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado com FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA - CID S82.2

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


LENILUCIA ALVES PINHEIRO

58AA79F990840CAECE71502F8C4EB1C2

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@seds.pb.gov.br.



Nº 035310.01.2020.0.00.704 1/1



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: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENILUCIA ALVES PINHEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000131851-2

Nr. da Autenticação BA0DDF740D92B76D



Importante

- A contemplação no sistema de consórcio ocorre somente através de sorteio e lance. Os lances são sigilosos e revelados mediante a apuração da assembleia, que define o vencedor. Portanto, o Embracon, assim como todas as administradoras de consórcios do Brasil, por lei, não tem como determinar uma data específica para a contemplação da sua cota ou liberação do seu crédito, conforme regulamento da proposta de adesão. Caso você tenha recebido alguma informação diferente a esta, entre em contato conosco para esclarecimentos.
- Não emitimos boletos com parcelas em atraso. Os clientes contemplados com valores em aberto, serão enviados para a cobradora a partir do décimo quinto dia da parcela atrasada.
- Caro cliente, este boleto refere-se a parcela mensal com data de emissão em 13/12/2019. Se após a data de emissão seu plano de consórcio passou por qualquer regularização ou negociação, por favor, desconsidere-o e faça a emissão do novo boleto através do nosso Site, URA ou Aplicativo.
- O cancelamento da cota ocorre automaticamente com 42 dias corridos de atraso da primeira parcela. Não perca sua vaga no grupo de consórcio.

Demonstrativo do Grupo

Acompanhe pelo nosso site www.embracon.com.br o demonstrativo completo do seu grupo.

Canais de Atendimento



SAC Eletrônico
Acesse pelo site embracon.com.br
clique no MENU > CHAT



E-mail
Envie um e-mail para
relacionamento@embracon.com.br



SAC
0800 889 0999 ou 4003 9999



Deficiente Auditivo / Fala
0800 888 0006



Ouvidoria
0800 888 4321
ouvidoria@embracon.com.br



Redes Sociais
Acompanhe e interaja com a gente no Internet
twitter.com/embracon
facebook.com/embracon
instagram.com/embraconoficial
youtube.com/embracon

Nosso horário de atendimento é de
Segunda a sexta-feira das 9h às 19h.

Consórcio

Embracon

PORQUE SONHAR NÃO TEM LIMITES



Desde 1988.



CTC RECIFE PE 3PA CID - AMARRADOS / CTC RECIFE PE PL7

LENILUCIA ALVES PINHEIRO

RUA ROSILDA GOMES FRAGOSO DE A 00063 CASA

CUIA

58077-030 JOAO PESSOA PB

Data de Vencimento: 10/01/2020
Data de Postagem: 27/12/2019





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Jose Matheus Alves Chacon
DATA DE NASCIMENTO 24/10/05
NOME DA MÃE Lenilucia Alves Pinheiro

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 118047
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1189629
DATA DO ATENDIMENTO 12/09/19
HORA DO ATENDIMENTO 15:01
MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento
DIAGNÓSTICO (S) Fratura da tibia esquerda
CID 10 S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por moto, com perda da consciência, admitido como imobilização da perna direita, glasgow 15, pupilas iso/foto, escoriações em face, mãos, cotovelos. Avaliado pela Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
Rx cervical, perna D, bacia

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades
RX: fratura de ossos da perna D

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da tibia direita

ALTA HOSPITALAR: 20/09/2019
DATA DA EMISSÃO: 23/04/2020


Dr. João Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





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: 1189629



Identificação do paciente			
ID 1438180	Nome JOSE MATHEUS ALVES CHACON	Sexo Masculino	
Data de nascimento 24/10/2005	Idade 13 anos 10 meses 19 dias	Estado civil	Religião
Mãe LENILUCIA ALVS PINHEIRO	Pai KLEBER REVOREDO CHACON		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LENILUCIA - MAE		
DDD Celular 83	Celular 988541298	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4773092	Nº Cns	
Local de procedência ERNESTO GEISEL	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58077030	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ROSILDA GOMES FRAGOSO DE ALBUQUERQUE
Número 63	Complemento	Bairro CUIA	
Admissão			
Data e Hora 12/09/2019 15:01:29	Número da pulseira 10000760929	Convênio SUS	
Especialidade PEDIATRIA	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []			
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL			Tempo 59seg

Imprimir

Lenilucia Alves Pinheiro





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 10/11/20	ID da Ocorrência: 367579	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº/Equipe: 05	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: 15:25 Hs	Hora de Chegada no Local: 15:30 Hs
Paciente / Usuário: José Antônio Alves Chaves				Idade: 33	Sexo: ☒ Masc ☐ Fem	Telefone: 93354178
Local da Ocorrência: ☒ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Cande ☐ Outro:						
Logradouro: R. J. P. 1000 - F. 1000 - J. P. 1000				Bairro: J. P. 1000	Médico Regulador: J. P. 1000	
Quantidade de vítima(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadido-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☒ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
HEETSHL				Destino (Unidade Hospitalar)		
				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ CLÍNICO Motivo:	☐ PSQUIÁTRICO Motivo:	☐ GINECO-OBSTÉTRICO Motivo:	☒ TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: Responsável: Hospital de Destino: Responsável:
☒ CAUSAS EXTERNAS ↳ Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☒ Queda de moto ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro: ☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: ☐ Soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro:			☐ ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo

1. DADOS VITAIS	FC: 113	FR: 18	HGT: 1,75	SpO2 - S/O2: 96%	SpO2 - C/C2:
-----------------	---------	--------	-----------	------------------	--------------

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: DOR AGUDA, RISCO DE INFECÇÃO

Intervenções: Protocolo APR / SSVU / AVPI / Indicação MID

Evolução do Enfermeiro: Sinal de vida em resposta direta, intervenção, observação, 10% de risco de infecção por meio de uma dor aguda e desidratação por 10%. Encaminhado em ambulância para o hospital. Levado para o hospital.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Ocorrência há 35 min. Solicitado no SAMU. Chegará em 15 minutos, seguir em Hosp. Trauma.





**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:
CNPJ: 08778268003771

Paciente JOSE MATHEUS ALVES CHACON	Idade 13a 10m 19d	BAE 1189629	Data/Hora Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data Baixa
Data de nascimento 24/10/2005		Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988541298
Mãe LENILUCIA ALVS PINHEIRO		Bairro GUÁ	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Endereço ROSILDA GOMES FRAGOSO DE ALBUQUERQUE, 63	Motivo ATROPELAMENTO		Profissional BRUNO DE LUNA ROMA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE			Data/Hora Prescrição 12/09/2019 20:59:23	Nº Cons. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2019 15:01:29				

ANAMNESE

pcte com trauma no membro inferior direito, visto ao rx fratura dos ossos d perna direita, edema acentuado. Paciente ficará em observação por risco de síndrome compartimental (por isso não foi encaminhado ao ortotrauma). Caso discutido com cirurgião vascular. No momento apresenta edema importante porém perfusão mantida em pé direito com dor suportável. Não sendo indicada fasciotomia no momento. Reavaliar amanhã. Manter sem tala até reavaliação. cd: internação hospitalar para procedimento cirúrgico orientado por dr. Edson Tinoco

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES:: MANTER SEM TALA ATÉ REAVALIAÇÃO)

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 12/09/2019 15:02:28





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente
JOSE MATHEUS ALVES CHACON

Data de nascimento
24/10/2005

Mãe

LENILUCIA ALVS PINHEIRO

Endereço

ROSILDA GOMES FRAGOSO DE ALBUQUERQUE, 63

Acidente

MOTO X PEDESTRE

Data/Hora Classificação
12/09/2019 15:01:29

Idade
13a 10m 20d

BAE

1189629

Sexo

Masculino

Bairro

CUÍÁ

Data/Hora Entrada

12/09/2019 15:01:29

CNS

Município

JOAO PESSOA

Profissional

EDGAR VASCONCELOS DE ANDRADE

Data/Hora Prescrição
12/09/2019 20:53:19

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 986541298

Prontuário

118047

UF

PB

Nº Cons. Regional

7368/PB

JINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica: Pressão Arterial Diastólica: Frequência Cardíaca: Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal: 36.30 Saturação (spO2): Hemoglicoteste (HGT): Cor da Pele: NORMAL
Peso: Altura (m): 0

ANAMNESE

#Cir. Vascular Paciente vítima de atropelamento, com fraturas dos ossos da perna direita; EF: EGR, eufneico, acianótico, anictérico. MID: pulso presente, sem cianose, sensibilidade e motricidade presente; Edema 1/4+; USG: sem lesão vascular CD: Sem indicação de fasciotomia por sind. compartimental no momento. Manter vigilância; Orientações; (como sind. compartimental é uma patologia conjunta da ortopedia e cir. vascular, manter observação e se necessário, solicitar novo parecer se mudança do quadro clínico).

Conduta

Em observação

Enfermeiro

EDGAR VASCONCELOS DE ANDRADE
(CRM: 7368/PB)

Dr. Edgar Vasconcelos de Andrade
CRM: 7368

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 12/09/2019 15:02:28





**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:

CNPJ: 08778268003771

Paciente
JOSE MATHEUS ALVES CHACON

Data de nascimento
24/10/2005

Mãe
LENILUCIA ALVS PINHEIRO

Endereço
ROSILDA GOMES FRAGOSO DE ALBUQUERQUE, 63

Acidente
MOTO X PEDESTRE

Data/Hora Classificação
12/09/2019 15:01:29

Idade
13a 10m 19d

Motivo
ATROPELAMENTO

BAE
1189629
Sexo
Masculino

Bairro
CUIA

Data/Hora Entrada
12/09/2019 15:01:29
CNS

Município
JOAO PESSOA
Profissional
REMO SOARES DE CASTRO
Data/Hora Prescrição
12/09/2019 18:31:55

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 988541298
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
2447/PB

ANAMNESE

pcte com trauma no membro inferior direito, visto ao rx fratura dos ossos d perna direita, edema acentuado, solicitado a avaliação do cirurgião vascular, pois pode estar evoluindo com síndrome compartimental devido ao edema e distensão da região da panturrilha direita.

EXAME DE IMAGEM

- ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO
- ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBROS INFERIOR DIREITO

Conduta

Em observação

Enfermeiro

REMO SOARES DE CASTRO
(2447/PB)

Relatório registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 12/09/2019 15:02:28





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEG
o tr**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 580311

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente
JOSE MATHEUS ALVES CHACON

Data de nascimento
24/10/2005

Mãe

LENILUCIA ALVS PINHEIRO

Endereço

ROSILDA GOMES FRAGOSO DE ALBUQUERQUE, 63

Acidente

MOTO X PEDESTRE

Data/Hora Classificação
12/09/2019 15:01:29

Idade
13a 10m 19d

BAE
1189629
Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
12/09/2019 15:01:29
CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 988541298
Prontuário

Bairro
CUÍÁ

Município
JOAO PESSOA

Profissional
TOMAS CATAO MONTE RASO

Data/Hora Prescrição
12/09/2019 18:05:39

UF

PB

Nº Cons. Regional
7742/PB

ANAMNESE

##NCIR## PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO. TCE COM RELATO DE PERDA DA CONSCIENCIA. BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO SEM DEFICITS ECG 15 SEM CERVICALGIA TCC. SEM COLEÇÕES E SEM FRATURAS RX COL CERVICAL. AUSENCIA DE FRATURAS/LISTESE CD: ALTA DA NCIR

Conduta

Em observação

Tomas Catão Mont

Neurocirurgião
CRM: 7742

Enfermeiro

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 12/09/2019 15:02:28

CERTE

Conduta

Em observação





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGRE

o trabalho

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente JOSE MATHEUS ALVES CHACON	Idade 13a 10m 19d	BAE 1189629	Sexo Masculino	Data/Hora Entrada 12/09/2019 15:01:29	CNS	Data Baixa
Data de nascimento 24/10/2005	Mãe LENILUCIA ALVS PINHEIRO	Endereço ROSILDA GOMES FRAGOSO DE ALBUQUERQUE, 63	Bairro CUIÁ	Município JOAO PESSOA	Profissional EDNELIA MARIA NOBREGA DISTEFANO	Telefone de Contato (83) 989541298
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Data/Hora Classificação 12/09/2019 15:01:29	Data/Hora Prescrição 12/09/2019 15:57:59	UF PB	Nº Cons. Regional 3520/PB	Prontuário

NAMNESE

MENOR VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA 30 MINUTOS, SENDO EM SEGUIDA ARREMESSADO A GRANDE DISTANCIA. APRESENTOU PERDA DE CONSCIENCIA POR APROXIMADAMENTE 15 MINUTOS. ADMITIDO NA UERGENCIA JA CONSCIENTE, IMOBILIZAÇÃO DE PERNA DIREITA E SEGUNDO PROFISSIONAL DO SAMU HA INDICIOS DE FRATURA AO EXAME - ESTADO GERAL REGULAR. CONSCIENTE, ORIENTADO, PUPILAS ISOCORICAS, FOTOREAGENTES. ESCORIAÇÕES EM FACE, EM MÃOS, AMBOS OS COTOVELO. RESPIRANDO SEM DIFICULDADE. MID IMOBILIZADO. GLASGOW 154.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: VITIMA DE ATROPELAMENTO COM PERDA DE CONSCIENCIA POR 15 MIN)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: VITIMA DE ATROPELAMENTO)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA POR ATROPELAMENTO - FRATURA /)

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: VITIMA DE ATROPELAMENTO)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA - ATROPELAMENTO)

CID10

V02.1 - Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - acidente de trânsito

Conduta

Em observação





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Cidade: M. T. Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Impresso por: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 19/09/2019 06:57:21

Nome JOSE MATHEUS ALVES CHACON	Boletim de Atendimento 1189629	Data/Hora Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data/Hora Saida
Idade 13	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118047
	Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data Internação 12/09/2019 21:03:06	Permanência na Unidade 6d 15h 56min	Permanência no Leito 2d 14h 6min

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 19/09/2019 06:57:14)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DE EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA

#FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA D

#PO DE TRATAMENTO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA D

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICO, HIDRATADO

SEM INTERCORRÊNCIAS

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: SP

CD: MANTIDA. ACOMPANHAMENTO DA ORTOPEDIA

Local: Unidade de Emergência - Leito: LEITO PED - 003

Responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA Número Conselho: 4541

Dra. Conceição Almeida
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Cidade: Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 6332185700



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 16/09/2019 06:18:13

JOSE MATHEUS ALVES CHACON		Bolém de Atendimento 1189629	Data/Hora Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data/Hora Saída
Idade 13	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118047	
Data Interação 12/09/2019 15:01:29		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data Interação 12/09/2019 21:03:06		Permanência na Unidade: 3d 15h 17min	Permanência no Leito: 3d 9h 15min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 16/09/2019 06:10:57)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DIÁFISE TÍBIA D.;

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL; SEM INTERCORRÊNCIAS;

PERNA EDEMACIADA; PANTURRILHA FLÁCIDA; PULSOS DISTAIS PRESENTES; CD: MANTIDA.; EXAMES OK;

AGUARDA CIRURGIA.

Seção: OBS PEDIATRIA Leito: LEITO - 009

Funcionário responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Impresso por: LUCIANO
JOSE LIRA MENDES
Em: 13/09/2019 09:04:46

Nome JOSE MATHEUS ALVES CHACON		Boletim de Atendimento 1189629	Data/Hora Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data/Hora Saida
Data de nascimento 24/10/2005	Idade 13	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118047
Tempo de Internação 12h 1min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data Internação 12/09/2019 21:03:06	Permanência na Unidade: 18h 3min	Permanência no Leito 12h 1min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 13/09/2019 09:04:40)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA DA TIBIA DIR

SOLICITO EXAME PRE OPERATORIO

CD: SUPORTE CLINICO E ANALGESIA

Seção: OBS PEDIATRIA Leito: LEITO - 009
Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Número Conselho: 4290

Dr. Luciano Jira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 4290



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: JOSE MATHEUS ALVES CHACON BE/PRONTUÁRIO 1189629
IDADE: 13 SEXO: M COR: DATA: 14/8/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
CIRURGIA: FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA DIREITA
CIRURGIÃO: DR ORLANDO 1º ASS: DR JOAO HENRIQUES
2º ASS: MR3 VICTOR L LINHARES 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: CLOVIS
TIPO DE ANESTESIA: RAQUI HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA DIREITA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DE TIBIA DIREITA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. Joao Henrique
MR. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 11185

DATA: 17/9/2019

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
ANTIBIÓTICOPROFILAXIA
Incisão:
VIA DE ACESSO LATERAL
DISSECÇÃO E AVULSAO POR PLANOS
HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA DIREITA
Condução:
REDUÇÃO DIRETA
FIXADO COM PLACA DCP ESTREITA 8 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICAIS
LIMPEZA COM SF 0,9
AUXÍLIO DE ESCÓPIA
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTEREIS
RX DE CONTROLE
ATBPROFILAXIA
Fechamento:
MPEZA EXAUSTIVA COM SRF 0,9%
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTEREIS
Observação:

Médico/CRM:

Dr. Jansen Henriques
Médico ORTÓPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 11.185

João Pessoa,

17/9/2019



13 1189629

Dr. Orlando

VAL-CELANDRO

RAQUT

DR. GIL VANDRO

ADILIRAN A

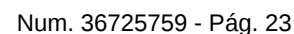
13/09/19

11:00 12:40

CERAMINA
FENTANIL

PRAT. CORR. N.º 30 - 01
32 - 02
34 - 04
36 - 03

Téc. Est. Socorrismo
COHEN 628.921.25



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17-09-19 PRONTUÁRIO: 1189629

PACIENTE: Jose Mathews ALVES CHAFON SEXO: M COH: IDADE: 13

130540 MATERIAL: PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA PELO: CETOXIMASINOLINOL

ESTADO GERAL: ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PESSIMO RISCO CIRURGICO: ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP. RESPIRATORIO: BOM AP. CIRCULATORIO: BOM

AP. DIGESTIVO: SEM ESTADO MENTAL: COM BIOGEN. E. M. UNO:

PRI-ANESTESICO: SEM UNIST. HORA: I

DIAGNOSTICO PRI-OPERATORIO: FRATURA DISTAL DE TIBIA (D)

CIRURGIA REALIZADA: PROCT. FRATURA DISTAL DE TIBIA (D)

CIRURGEAO: AUXILIARES:

INICIO DA ANESTESIA: 11:00 TERMINO DA ANESTESIA: 2:3 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 140

CODIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA: CPE CRM-PI:

ANESTESIA: ☒ GERAL ☐ REGIONAL ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEDO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS:

13-141 agente 261 LCR+ : medica de 1-2

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTESICO

1	Gupr iso 150	11
2	Propofol 60mg	12
3	Propofol 20	13
4	Propofol 20	14
5	Propofol 20	15
6	Propofol 10	16
7	Propofol 50	17
8	Propofol 20	18
9		19
10		20

FEITO RS + GILVANDRO

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

Dr. Gilvandro Lins de Oliveira Junior
ANESTESIOLOGISTA E ESPECIALISTA EM DOR
CRM/PE 6686

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

LENILUCIA ALVES PINHEIRO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR 1º
2445966 SSP PB

CPF 034.171.914-59 DATA NASCIMENTO 25/11/1979

FILIAÇÃO
LOUIS ALVES PINHEIRO
FRANCISCA GERALDA
PINHEIRO ALVES

PERMISSÃO ☐ ACC ☐ CATANIA ☐

1º REGISTRO 05405416251

VALIDADE 31/01/2022 1ª EMISSÃO 20/01/2012

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 31/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

05654045273
PB033840881

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1410535601

PROIBIDO PLASTIFICAR
1410535601

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.773.092 DATA DE EMISSÃO 29/07/2019

NOME JOSÉ MATEUS ALVES CHACON

FILIAÇÃO KLEBER REVENÊDO CHACON

LENILUCIA ALVES PINHEIRO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DOC. IDENTIDADE NASC. N. 82991 FLS. 151 LIV. A-108
CARTÃO 3 JOÃO PESSOA-PB
CPF 156.466.694-80

DATA DE NASCIMENTO 24/10/2005

ASSINATURA DO TITULAR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

P.B.

LENILUCIA ALVES PINHEIRO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR: 2445966 SSP PB

CPF: 034.171.914-59 DATA NASCIMENTO: 25/11/1979

FILIAÇÃO: LUIS ALVES PINHEIRO FRANCISCA GERALDA PINHEIRO ALVES

PERMISSÃO: ACC CATIA: B

1ª EMISSÃO: 05/05/16251

VALIDADE: 31/01/2022 1ª HABITUAÇÃO: 20/01/2012

ASSINATURA DO TITULAR: *Lenilucia Alves Pinheiro*

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 31/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]*

05654045273 FBO33840881

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1410535601

PROIBIDO PLASTIFICAR
1410535601

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 4.773.092 DATA DE EMISSÃO: 29/07/2019

NOME: JOSÉ MATEUS ALVES CHACON

FILIAÇÃO: KLEBER REVENÊDO CHACON

LENILUCIA ALVES PINHEIRO

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA-PB

DOC. IDENTIDADE: NASC. N. 82991 FLS. 151 LIV. A-108

CATEGORIA: 3 JOÃO PESSOA-PB

CPF: 156.466.694-80

DATA DE NASCIMENTO: 24/10/2005

[Assinatura]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA COMUNITÁRIA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

CARTERA DE IDENTIDADE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200233399 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MATHEUS ALVES CHACON **Data do acidente:** 12/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P9 P12 P13)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 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-0182625/20

Vítima: JOSE MATHEUS ALVES CHACON

CPF: 156.466.694-80

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 12/09/2019

Titular do CPF: JOSE MATHEUS ALVES CHACON

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LENILUCIA ALVES PINHEIRO : 034.171.914-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSE MATHEUS ALVES CHACON : 156.466.694-80

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: 01/07/2020
Nome: LENILUCIA ALVES PINHEIRO
CPF: 034.171.914-59

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LENILUCIA ALVES PINHEIRO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

