



Número: **0803294-43.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **01/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36649 292	13/11/2020 17:49	Contestação	Contestação
36649 298	13/11/2020 17:49	2764997_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
36649 599	13/11/2020 17:49	2764997_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200120062

Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

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,

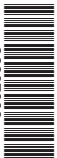
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15638026

Pag. 01269/01270 - carta_01 - INVALIDEZ

00020635





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 Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200120062

Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

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 tornozelo 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: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000030867-0

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.

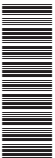
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00445/00446 - carta_15R - INVALIDEZ

00020223



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200120062 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) 4
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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:

332.020.464-01

4 - Nome completo da vítima:

Allan Kristian dos S. Araújo

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

5 - Nome completo:

Allan Kristian dos S. Araújo

6 - CPF:

332.020.464-01

7 - Profissão:

Recurso

8 - Endereço:

R- Antônio Paulino Marinho

9 - Número:

181

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Marapeira

12 - Cidade:

João Pessoa -

13 - Estado:

PB 58056-180

14 - CEP:

58056-180

15 - E-mail:

083198663-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 30867

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 não é impossível de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)?

☐ 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 LIDER 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 da vítima/beneficiário (declarante)

35 - Nome legível de quem assina a rogatória

36 - CPF legível de quem assina a rogatória

37 - (**) Assinatura de quem assina a rogatória

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB, 10/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 17:49:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111317495057800000034985099

Número do documento: 20111317495057800000034985099

Num. 36649298 - Pág. 4



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00273.01.2020.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00273.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:42 horas do dia 08 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Allan Cristian dos Santos Araújo**, CPF nº 112.020.464-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Não Informado, filho(a) de Sandra Cristina dos Santos Correia e Aislan Evangelista de Araújo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/09/1995 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Anto Paulino Marinho, Nº 181, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ferraço, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98642-4256.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Vereador João Freire, Em Frente a Ufpb., João Pessoa/PB, bairro Castelo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/11/19 15:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 17/11/2019 por volta das 15:40 horas quando pilotava a moto: tipo HONDA/NXR150 BROS ES; ano/mod: 2012/2013, de cor verde de placa: OFY6950/PB CHASSI: 9C2KD0550DR104548 pertencente ao declarante, Que transitava pela Rua Vereador João Freire, Castelo Branco em frente à UFPB, Que segundo o mesmo vinha transitando normalmente quando foi abalroado, na sua lateral, por um veículo não identificado, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado conforme LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA assinado pelo Dr. Francinêlio Freitas, FRATURA DO MALEOLO MEDIAL CID S 82.5.

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 fê.

João Pessoa/PB, 08 de janeiro de 2020,

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAÚJO
Noticiante

Procedimento Policial: 00273.01.2020.1.00.401





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:

332.020.464-01

4 - Nome completo da vítima:

Allan Kristian dos S. Araújo

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

5 - Nome completo:

Allan Kristian dos S. Araújo

6 - CPF:

332.020.464-01

7 - Profissão:

Recurso

8 - Endereço:

R- Antônio Paulino Marinho

9 - Número:

181

11 - Bairro:

Marapeira

12 - Cidade:

João Pessoa -

13 - Estado:

PB 58056-180

15 - E-mail:

083198663-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 30867

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 não é impossível de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido(a)?

☐ 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB, 10/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 17:49:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111317495057800000034985099

Número do documento: 20111317495057800000034985099

Num. 36649298 - Pág. 6

UF: PA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nº: 219333 ALU: NAO Regular
Data: 17/11/2019
Hora: 15:48:15
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIGUE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 8

Nome: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Num. Prontuario: 2017.01.002501

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 112.020.464-01

CNS: 898001240754665 Sexo: M IDENTIDADE: 3974565 Fone: 988036096

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/09/1995 Id: 24 ano(s)

End.: RUA ANTONIO PAULINO MARINHO, 181

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: SANDRA CRISTINA DOS SANTOS CORREIA

Pai: AISLAN EVANGELISTA DE ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Rel.: SOGRO - JOSE ALBERTO

Tele. Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Cip. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	
Queixa Principal		Observacao	

ALIAS MOTO X CARRO

Historia - Exame Físico - (hora de atendimento medico)

Paciente Urt. na quala de urticaria
na 20 mm, em uso de capacet, neg
Diagnostico tce, neg trauma toracico qm abdomny
lesão contatantusa um par tumbha E

Prescrição

1. colme e dor em tornozelo
2. Vacina anti tetânica, 5C, 1/2 cc
Dolofenaco 75mg/3l, I.M, age
16:05
@ Radiografia
toracica E
@ Apsilogio
ortopedico



Ev. 04.

Nº 800 de curativo
PI Sutura e curativo

Ofício de
Enfermagem
CRM 8807
10/07/2020

SA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência () U.
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.


Assinatura do Paciente Responsável

Assinatura e Carimbo



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: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

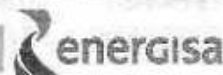
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000030867-0

Nr. da Autenticação 54B93263B77D8042





Ligação: MONOPOLIO
Cat/Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Roteiro: 12-5-294-6242 Referência: Del.2019
Medidor: 31003056448 Emissão: 18/12/2019

ENERGISA PAR S4 - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
 R. 220, Km 25 - Cist. Redenir - Joao Pessoa/PB - CEP: 57171-810
 CNPJ: 09.595.103/0001-40 - Fone: 3101.5121

MobilForte | Conforto e Energia Elétrica N°106 000 509
Cód. para Doh Automation: 00004101971

Aterramento Ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2019	19/12/2019	20/01/2020	109.640.824-00

UC (Unidade Costimuladora): 5/410167-1

Canal de dentato

Agreement is offered to the student on the basis of the information provided in the application and interview. The student is responsible for providing accurate information and for understanding the terms of the agreement.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/11/19	48857	10/12/19	50205		148	29

Demonstrativo

Demographic										
ID	Candidate	Demographic				Performance				
		Quantile	Tail	Value	Score	Std. Err.	z	Pr > z	Pr > z	
				Percentile	Total (P)	CMO (P)	CMO	Percentile	CMO (P)	
DEC	Consensus (H0)	146	DEC	0.015870	123.32	126.82	27	82.48	27	8.84
DEC	Act. B. Vernebo				3.10	3.18	27	0.95	3.14	0.93
DEC	Act. B. Somojai				1.94	1.82	27	0.82	1.64	0.77

LANCANTOSEE SERVICE

1937	CONTINER REV. LAMP. 0024	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1938	L. JORDEN. 001020	0.07	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1939	MULTA 102118	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1939	COMPARACAO POR QUADRO 002119	0.06	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1940	ATUALIZACAO VENC. PARA 1938 B	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1940	BEM SERVIDO. 042/ASS. RA. 12/2075	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

2013 Class of 121,000,000, 2013 QTA	100.74	125.42	33.68	125.42	1.32	0.03
Total of 2013	154,540					

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
27/12/2019	R\$ 138,74

Historico de Consumo (kWh)

88	229	162	84	102	86	129	137	147	150	125	180
Sept18	Jan18	Feb13	Mar19	Apr19	May18	Jun18	Jul18	Aug18	Sep18	Oct18	Nov18

RESERVADO AO FISCO

3a6f a006 0cf9 b242 d983 8dcc 7f0e efd0

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites do ANEL	Apuado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (\$)	%
CONSUMO	5,07	5,21		Serviço de D. de Subgrupos	22,56	32,86
CONSUMO DE ENERGIA	10,15			Compra de Energia	42,34	73,34
CONSUMO DE ENERGIA	10,10		NORMAL	Serviço de Transmissão	4,80	3,41
CONSUMO DE ENERGIA	3,22	3,10	CONTRATADA	Energia Sotânea	4,35	5,55
CONSUMO DE ENERGIA	6,67		LIMITE INFERIOR	Perdas na Transmissão	48,03	25,17
CONSUMO DE ENERGIA	1,90		LIMITE SUPERIOR	D. de Energia	7,14	9,39
CONSUMO DE ENERGIA	12,22	8,15		Total	540,59	100,00

ATTACHED

- **PREAVISO DI VINCIMENTO** Cassa di Risparmio di Genova e Imperia, in via XX Settembre, 21, 16121 Genova, informa che, in esecuzione della deliberazione del Consiglio d'Amministrazione, n. 10 del 22/03/2007, ha deciso di procedere all'acquisto di azioni della Cassa di Risparmio di Genova e Imperia (C.R.G.I.), in base al proprio diritto di prelazione. Il presente avviso ha lo scopo di informare i soci della Cassa di Risparmio di Genova e Imperia, in base al proprio diritto di prelazione, della decisione della Cassa di Risparmio di Genova e Imperia, in base al proprio diritto di prelazione, di acquistare le azioni della Cassa di Risparmio di Genova e Imperia, in base al proprio diritto di prelazione. Il presente avviso ha lo scopo di informare i soci della Cassa di Risparmio di Genova e Imperia, in base al proprio diritto di prelazione, della decisione della Cassa di Risparmio di Genova e Imperia, in base al proprio diritto di prelazione, di acquistare le azioni della Cassa di Risparmio di Genova e Imperia, in base al proprio diritto di prelazione.

Returns em stress

Nov/19 150.48



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Tai-

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Exame (E)

Conduta: Exame

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 13.12.19	Cirurgião: Dr. Robert Almeida			1º Assistente: Dr. Alisson Viana	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Tumor maligno medular					
Tumor (E)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O mesmo					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Tumor maligno medular					
Tumor do nariz					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. PT em sup. decub.
2. Anest. + Ant. Sepse
3. Colocação campo Estéril
4. Gancho MIE

Incisão:

1. Incisão medial torçozão

Achados:

1. Retirada do nódulo medial

Conduta:

1. Fixação com 2 parafusos
2. Sutura
3. Curativos
4. Retirada gancho MIE
5. Reparo nódulo MIE pendula

Fechamento:

OBS:

Data: 13/12/19

Roberto Pires de Almeida
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 77.113
MEDIC. ORT.

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Allan Cristian dos Santos</u>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE:	SEXO: <u>maic</u>	COR: <u>amarelo</u>	BNP: <u>29</u>
DATA DE ADMISSÃO: <u>17-11-19</u>		DATA DE ALTA: <u>14-12-19</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura do metacarpo medial</u>		CID: <u>S82.5</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>fratura</u>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS:			
PRINCIPAIS EXAMES: <u>RX</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Osteossíntese com 2 parafusos</u>			
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:			
ANATOMIA PATOLÓGICA:			
INFECÇÃO P.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA:			
CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES
<u>Fratura de metacarpo medial tratada cirurgicamente com 2 parafusos. Curado e alta por Dr. Roberto Almeida.</u>	
<u>Volta ao trabalho em 15 dias.</u>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>Dr. Roberto Almeida</u> em <u>30/12/19</u> para revisão.
DATA:	<u>14/12/19</u>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	









Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 17:49:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111317495057800000034985099

Número do documento: 20111317495057800000034985099

Num. 36649298 - Pág. 18

17/11/15

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
Nº 014666833338			
VIA - COD RENAVEN/PRT 201300000426108-7			
1 0050145440-3 00/00000000 2019			
ALLAN CRISTIAN SANTOS ARAUJO			
11202046401			
NOVO			
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC			
HONDA/NXR150 BROS ES			
2 E/149 /CI			
PARTIC			
VERDE			
1º			
2º			
3º			
IPVA PAGO EM 00/00/0000			
PASSAGEM/COMISS			
PREMIO TARIF (R\$) 0			
PREMIO TOTAL (R\$) 0			
DATA DE PAGAMENTO 19/09/2019			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
16331			
JORO PESSOAL			
26/09/2019			
19721			

SÉGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SÉGURO DPVAT	
PB Nº 014666833338	
BILHETE DE SÉGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SÉGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1200	
EXERCÍCIO 2019	
DATA EMISSÃO 26/09/2019	
1 11202046401	
OFY6950/PB	
00501454403	
HONDA/NXR150 BROS ES	
2012 9 9C2KD0550DR10454B	
PREMIO TARIFARIO	
PREMIO TOTAL (R\$) 0	
CUSTO DO SÉGURO (R\$) 0	
TOTAL DO SÉGURO (R\$) 0	
SÉGURO	
P A G O	
DATA DE QUITAÇÃO 19/09/2019	
COPIA ÚNICA	
PAGAMENTO	
SÉGURO	
P A G O	
DATA DE QUITAÇÃO 19/09/2019	
SÉGURO LIDER - DPVAT	
CPF 03.212.558/0001-04	
19721-1103253-20190926	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095169/20

Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 112.020.464-01

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

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
DUT

ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO : 112.020.464-01

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: 17/03/2020
Nome: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 112.020.464-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200120062

Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

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,

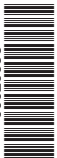
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15638026

Pag. 01269/01270 - carta_01 - INVALIDEZ

00020635





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 Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200120062

Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

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 tornozelo 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: **ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000037**

Conta: **0000030867-0**

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.

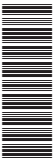
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00445/00446 - carta_15R - INVALIDEZ

00020223



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200120062 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) 4
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 30867 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 não é impossível de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)? ☐ 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 - (1ª) 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00273.01.2020.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00273.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:42 horas do dia 08 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Allan Cristian dos Santos Araújo**, CPF nº 112.020.464-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Não Informado, filho(a) de Sandra Cristina dos Santos Correia e Aislan Evangelista de Araújo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/09/1995 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Anto Paulino Marinho, Nº 181, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ferraço, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98642-4256.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Vereador João Freire, Em Frente a Ufpb., João Pessoa/PB, bairro Castelo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/11/19 15:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 17/11/2019 por volta das 15:40 horas quando pilotava a moto: tipo HONDA/NXR150 BROS ES; ano/mod: 2012/2013, de cor verde de placa: OFY6950/PB CHASSI: 9C2KD0550DR104548 pertencente ao declarante, Que transitava pela Rua Vereador João Freire, Castelo Branco em frente à UFPB, Que segundo o mesmo vinha transitando normalmente quando foi abalroado, na sua lateral, por um veículo não identificado, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado conforme LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA assinado pelo Dr. Francinêlio Freitas, FRATURA DO MALEOLO MEDIAL CID S 82.5.

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 fê.

João Pessoa/PB, 08 de janeiro de 2020,

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAÚJO
Noticiante

Procedimento Policial: 00273.01.2020.1.00.401





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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 30867 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 não é impossível de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)? ☐ 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 - (1ª) 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



UF: PA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nº: 219333 ALU: NAO Regular
Data: 17/11/2019
Hora: 15:48:15
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIGUE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 8

Nome: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Num. Prontuario: 2017.01.002501

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 112.020.464-01

CNS: 898001240754665 Sexo: M IDENTIDADE: 3974565 Fone: 988036096

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/09/1995 Id: 24 ano(s)

End.: RUA ANTONIO PAULINO MARINHO, 181

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: SANDRA CRISTINA DOS SANTOS CORREIA

Pai: AISLAN EVANGELISTA DE ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Rel.: SOGRO - JOSE ALBERTO

Tele. Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Cip. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	
Queixa Principal		Observacao	

ALIASO MOTO X CARRO

Historia - Exame Físico - (hora de atendimento medico)

Paciente Urt. na quala de urticaria
na 20 mm, em uso de capacet, neg
Diagnostico tce, neg trauma toracico qm abdomny

lesão contatada em paratubula E

Prescricao 1 volume e dor em toracico

1 Vacina anti tetânica, 50C, 1/20C, 1/20C
Dolofenaco 75mg/3l, I.M, age
16:05
@ Radiografia
toracico E
@ Apsilogio
ortopedico



Ev. DA.

Nº 8000 de curativo
PI Sutura e curativo

Ofício
de
Atendimento
Odontológico
CRM 8807
Oscar
J. de
Oliveira

SA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência () U.
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.


Assinatura do Paciente Responsável

Assinatura e Carimbo



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: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

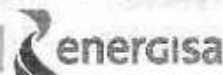
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000030867-0

Nr. da Autenticação 54B93263B77D8042





Ligação: MONOPOLIO
Café: RES MTC BT / RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Roteiro: 12-5-294-6242 Referência: Del.2019
Módulo: 0000305648 Emissão: 18/12/2019

ENERGISAFAZADA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Ex-220, Km-26, Criciúma - Joinville - SC - CEP: 01718-000
 FONE: (41) 3401-1001 - FAX: (41) 3401-1002

Modelo de Energia Elétrica N° 006 000 501
Cód. para Dth. Automática: 0004101271

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2019	19/12/2019	20/01/2020	109.640.824-00

UC (Unidade Conservadora): 5410167-1

Canal de contato

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/11/19	48857	10/12/19	50205		148	29

Demonstrativo

Year	Category	Quadrant 1 (Fast Growth, High Profit)	Quadrant 2 (Slow Growth, High Profit)	Quadrant 3 (Fast Growth, Low Profit)	Quadrant 4 (Slow Growth, Low Profit)
2000	Consumer (K&N)	140,000	3,015,000	123,000	126,000
2001	Adm. & Financial	3,16	3,18	27	2,95
2002	Public & Technical	2,10	3,20	27	2,90

LANCAMENTO E SERVIÇO

[illegible]

LDI Charge of Chemicals, \$/kg item	QTA	106.74	125.42	33.68	125.42	1.32	6.03
-------------------------------------	-----	--------	--------	-------	--------	------	------

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
27/12/2019	R\$ 138,74

Historico de Consumo (kWh)

88	229	162	84	102	86	129	137	147	150	125	180
Sept18	Jan18	Feb13	Mar19	Apr19	May18	Jun18	Jul18	Aug18	Sep18	Oct18	Nov18

RESERVADO AO FISCO

3a6f a006 0cf9 b242 d983 8dcc 7f0b efd0

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites do ANEL	Aprimado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (\$)	%
CONSUMO	5,07	5,21		Serviço de D. e Subseq. de Pq	22,56	32,86
CONSUMO VERTICAL	10,15		NORMAL	Compra de Energia	42,34	61,34
CONSUMO HORIZONTAL	20,30			Serviço de Transmissão	4,80	7,01
CONSUMO SUBST.	3,22	3,70	CONTRATADA	Energias Soterrâneas	4,35	6,35
CONSUMO TRIMESTRAL	6,47		LIMITE INFERIOR	Perdas na D. e Subseq. de Pq	48,30	70,87
CONSUMO SEMESTRAL	12,94		LIMITE SUPERIOR	D. deo. Energia	7,14	10,39
CONSUMO ANUAL	25,88	31,15				
	12,22			Total	140,59	100,00

ATTACHED

[illegible]**Retorna em stress**

Nov/19 150.48





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Sueli Cristina dos S Data da Admissão: / /
Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
Nome da Mãe:
Endereço: Bairro:
Cidade: Estado: Fone: Profissão:
Sexo: F () M () Cor: Estado Civil: Religião:
Escolaridade: Data de Nascimento / /

QPD:

HDA: Doença crônica de traqueia com
as moléculas de traqueia e

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso Kg em ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros:

Pele:

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: Visão:

AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema Outros:

ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras:

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Tai-

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Exame (E)

Conduta: Exame

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 13.12.19	Cirurgião: Dr. Robert Almeida			1º Assistente: Dr. Alisson Viana	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Tumor maligno medular					
Tumor (E)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O mesmo					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Tumor maligno medular					
Tumor do nariz					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. PT em sup. gástrica
2. Anest. + Ant. séque
3. Colocação comp. Estey
4. Gancho MIE

Incisão:

1. Incisão medial torácica

Achados:

1. Retirada do nódulo medial

Conduta:

1. Fixação com 2 parafusos
2. Sutura
3. Anest.
4. Retirada do gancho MIE
5. Reparo do MIE pendente

Fechamento:

OBS:

Data:

13/12/19

Roberto Pires de Almeida
Ortopedista Traumatologista
CRM-PA 11.111.111
MEDIC. ORT.

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Allan Cristian dos Santos</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE:	SEXO: <u>maic</u>	COR: <u>negro</u>	CLÍNICA: <u>ortoped</u>	BNF: <u>29</u>	LEITO: <u>423</u>
DATA DE ADMISSÃO: <u>17-11-19</u>		DATA DE ALTA: <u>14-12-19</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura do metacarpo medial</u>					CID: <u>S82.5</u>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>fratura</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: <u>RX</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Osteossíntese com 2 parafusos</u>					
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO P.O. ☐ SIM ☒ NÃO					COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES
<u>Fratura de metacarpo medial tratada cirurgicamente com 2 parafusos. Curado e liberado por Dr. Roberto Almeida.</u>	
<u>Volta ao trabalho em 15 dias.</u>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>Dr. Roberto Almeida</u> em <u>30/12/19</u> para revisão.
DATA: <u>14/12/19</u>	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	









Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 17:49:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111317495125900000034985100

Número do documento: 20111317495125900000034985100

Num. 36649599 - Pág. 18

17/11/15

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DETTRAN - PB Nº 014666833338 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
1 00501454403 201300000000 2019			
ALLAN CRISTIAN SANTOS ARAUJO			
11202046401 OFY6950/PB			
NOVO ES 9C2KD0550DR10454B			
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL			
HONDA/NXR150 BROS ES 2012 2013			
2 E/149 /CI PARTIC VERDE			
IPVA PAGO EM 00/00/0000			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
16331 26/09/2019 19721			
JORO PESSOA			

SÉGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SÉGURO DPVAT	
PB Nº 014666833338 BILHETE DE SÉGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SÉGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1200	
2019 26/09/2019	
1 11202046401 OFY6950/PB	
00501454403 HONDA/NXR150 BROS ES	
2012 9 9C2KD0550DR10454B	
PREMIO TARIFARIO	
CUSTO DO SÉGURO (R\$)	
TOTAL DO SÉGURO (R\$)	
P A S O	
19/09/2019	
SEGURO	
PAGAMENTO	
DATA DE QUITAÇÃO	
19/09/2019	
SEGURO LIDER - DPVAT	
CPF 03.212.558/0001-04	
19721-1103253-20190926	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095169/20

Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 112.020.464-01

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

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
DUT

ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO : 112.020.464-01

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: 17/03/2020
Nome: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 112.020.464-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

