



Número: **0801046-12.2019.8.15.0881**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São Bento**

Última distribuição : **25/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.050,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                      |                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------|-------------------|
| ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS (AUTOR)                    |                    | FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO (ADVOGADO) |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                                    |                   |
| Documentos                                                 |                    |                                                    |                   |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                          | Tipo              |
| 37089630                                                   | 25/11/2020 14:33   | <a href="#">2767851_CONTESTACAO_Anexo_02</a>       | Outros Documentos |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402589

Vítima: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

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 14507239

Pag. 00787/00788 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402589

Vítima: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

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

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00041/00042 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050021



Carta nº 14508837





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190402589**

**Vítima: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS**

**Data do Acidente: 08/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 dos punhos  
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: **ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS**

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

Banco: **237**

Agência: **000001042-1**

Conta: **000001003900-2**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 066.321.554-48 4 - Nome completo da vítima: ERIUAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS

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

5 - Nome completo: ERIUAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS 6 - CPF: 066.321.554-48

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ANTONIO ALACIDA CARNEIRO 9 - Número: 510 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÍTIO BERNARDO 12 - Cidade: SÍTIO BENTO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58865-000

15 - E-mail: Affonso Kellyson@outlook.com 16 - Tel.(DDD): 83 99655-0152

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPOS 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: 4042 1 CONTA: 1003900 2 AGÊNCIA: 28 JUN. 2019

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estos: cliente 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 cliente, 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: JOÃO ALEXANDRE DA COSTA SOUZA

CPF: 069.764.054-02

João Alexandre da Costa Souza

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: MARCELIANA DANTAS

CPF: 117.299.834-56

Marceliana Dantas

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SÍTIO BENTO-PB, 21 DE JUNHO DE 2019

Eriuan Severino de Sousa Dantas

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 - 25/11/2020 14:33:14

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112514331332200000035395740

Número do documento: 20112514331332200000035395740

Num. 37089630 - Pág. 4



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
3ª Superintendência Regional  
18ª Delegacia Seccional Catolé do Rocha-PB  
Delegacia de São Bento  
Fone (83)3444-2804  
Disque denúncia 197



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0548/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data do fato: 08/01/2019 hora: 17:10 HRS

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: ,  
naturalidade: , nascido em / / , documento:  
, filho(a) de e de , endereço: \*\*\*\*\* ,  
referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(ª): Anderson Fontes Campos

Vítima: **ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS**, alcunha "GORDO",  
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Caicó-RN, idade: 38 anos,  
nascido em 11/02/1981, cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil:  
União Estável, Profissão: agricultor, Escolaridade: alfabetizado,  
documento: RG 1.947.500 SSP-RN, filiação: Francisca Alice de Sousa  
e de (pai não declarado), endereço: Rua Antonio Almeida Carneiro,  
767, São Bernardo, São Bento-PB, referência: Fábrica de Junior de  
Zé Bomdim. Tel/Cel:(83) 99865-2946;

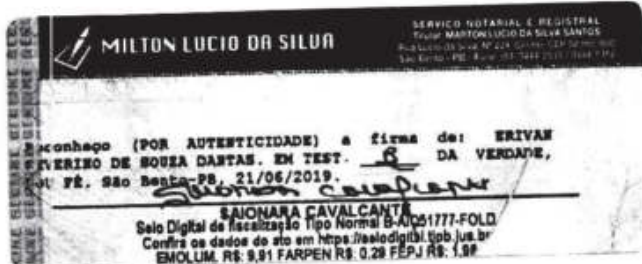
#### HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas  
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 08/01/2019  
por volta das 17:10 hrs conduzia a moto Honda CG 125 Titan,  
vermelha, 1995/1995, chassi 9C2JC2501SRS11932, vermelha, placa  
MMP-6092 quando trafegava pela rodovia PB 293 no sentido  
Paulista/PB à São Bento/PB nas proximidades do matadouro público  
foi desviar de um cavalo que estava na poista e caiu em um buraco,  
vindo a se desequilibrar e cair da moto; Que em virtude do  
acidente sofreu uma fratura no antebraço(pulso) direito; Que são  
testemunhas do fato as pessoas João Alexandre da Costa Souza RG  
2996992 SSP/PB e Marcionilda Dantas RG 3.656.860 SSP-PB; Que foi  
atendido no Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro em Patos/PB;  
Que comunica o fato para acionar op seguro DPVAT. Nada mais a  
consignar.

São Bento-PB, 20 de Junho de 2019. Às 08:55 horas.

- Erivan Severino de Souza Dantas  
☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Pedro  
Assinatura do Policial responsável pelo registro  
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim  
Matrícula: 168.203-2



Seionara Cavalcante  
Escriturante  
Cartório Milton da Silva

São Bento Cartório Único Registro Imóveis e Not  
Milton Lúcio da Silva Santos  
Tribunal Público, de Notas Títulos e Documentos  
Oficial de Protestos e Letras  
Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas  
São Bento - PB Fone: 83-3444 2533





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 066.321.554-48 4 - Nome completo da vítima: ERIUAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS

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

5 - Nome completo: ERIUAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS 6 - CPF: 066.321.554-48

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ANTONIO ALACIDA CARNEIRO 9 - Número: 510 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÍTIO BERNARDO 12 - Cidade: SÃO BENTO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58865-000

15 - E-mail: jhonn.kelly@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 83 99655-0152

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPOS 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: 4042 1 CONTA: 1003900 2 AGÊNCIA: CONTA: 28 JUN. 2019

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou, cliente 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 cliente, 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: JOÃO ALEXANDRE DA COSTA SOUZA CPF: 069.764.054-02

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: MARCELO DA SILVA CPF: 117.299.834-56

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SÃO BENTO-PB, 21 DE JUNHO DE 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO - PB  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ: 09.069.709/0001-18 Fichas Número: 184547  
NOME: HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO  
ENDEREÇO: FLORENCIO CANDIDO RAMALHO, 388 CENTRO CEP 58.865-000  
CIDADE: SÃO BENTO ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE MOTO  
Paciente: ERVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS  
Mãe: FRANCISCA ALICE DE SOUZA  
Nascimento: 11/02/1981 Idade: 37 Cor: PARDA Sexo: M  
Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço: ANTONIO ALMEIDA CARNEIRO  
Bairro: SÃO BERNARDO  
Cidade: SÃO BENTO - PB - 58865-000 - 2513901 Num.:  
Fone: (83)98623-2305  
CNPJ: 709-0024-2748-6758 Identidade: 1947500  
CPF: Reg. Nasc.:  
Data / Hora: 08/01/2019 16:45:20 Recepcionista: ALISSON DANTAS 5939

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME

DIAGNÓSTICO

Caracterização Atendimento

Cid.

NATUREZA DA CONSULTA

☐ Consulta simples  
☐ Consulta com medicamento  
☐ Consulta com observação  
☐ Consulta ortopédica

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ Urgência/Emergência (com Proc.)  
☐ Primeira consulta  
☐ Consulta Subsequente  
☐ Urgência / referência p/ outra unidade  
☐ Consulta de referência p/ outra unidade

MEDICAÇÃO

☐ Prescrita  
☐ Aplicada

ENCAMINHAMENTO

☐ P/ Observação  
☐ P/ Residência  
☐ P/ Amb. SUS  
☐ P/ outro Hospital  
☐ Internação  
☐ Outro

Procedimento

Serviços Realizados

CBO

IDADE

REALIZADOS NA UNIDADE

Serviços Auxiliares - Diag. / Terapia

SOLICITADOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

HORARIO

Assinatura do(s) Profissional(is) Assistent(es) - Carimbo

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável

POLEGAR DIREITO

A cargo do SUS

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

COMPREV PREVIDENCIA  
28 JUN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01042-1

CONTA: 000001003900-2

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1707201905000000000023701042000001003900168750 PAGO



COMPR. 100% VIDEVINCIA S/A  
28 JUN. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO FESCOM

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**F426.2C0B.2F0B.E83E**

**A autenticidade deste comprovante deverá**  
**ser confirmada na Internet, no endereço**  
**[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)**

**Comprovante emitido pela**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

**Em 01/05/2014 às 09:35 do dia 24/02/2014 (hora e data de Brasília)**  
**dígito verificador: 00**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 REGISTRO GERAL 1.947.500 DATA DE EMISSÃO 06.05.98.  
 NOME Edivan Severino de Souza Dantas  
 FILIAÇÃO Francisca Alice de Souza  
 CAIÇÓ - RN 11.02.1981.  
 NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
 C/Nasc. nº 8.358 fls. 190 liv. nº 8  
 DOB. (ANEXO) A-8 do Cart. de São Bento-UB.  
 CPF  
 Dr. Heráclito José Ferreira  
 ASSISTENTE EM DIRETOR  
 29-08-83

[illegible]

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.054/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME SEU NÚMERO  
MATRÍCULA

67059430

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JEFFERSON KELLYSON S SANTOS

RUA FRANCISCO B OLIVEIRA, S/N - SAO BERNARDO SAO  
BERNARDO PB 58865-000São Bento Cartório Unico Registro Imóveis e Notas  
Milton Lucio da Silva Santos  
Tabelião Público de Notas Títulos e Documentos  
Oficial de Protestos e Letras  
Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas  
São Bento - PB Fone: 83-3444 2533

| Inscrição               | SMI                   | Quantidade de Economias      |               |                 |        | Responsável |
|-------------------------|-----------------------|------------------------------|---------------|-----------------|--------|-------------|
|                         |                       | Residência                   | Comercial     | Industrial      | Outras |             |
| 15.006.235.0030.000     | 000                   | 0                            | 0             | 0               | 0      |             |
| Hidrometro              | Data de instalação    | Localização                  | Situação Água | Situação Esgoto |        |             |
| V14N325206              | 22/01/2015            | MTLACR LIGADO                | POTENCIAL     |                 |        |             |
| ANTERIOR                | ATUAL                 | CONSUMO (M3)                 | NUM DE DIAS   | PROXIMA LEITURA |        |             |
| 112                     | 4                     | 30                           |               | 19/03/2019      |        |             |
| HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. AGUA-ANEXO 20 | PORT. 05/2017                | MS.           |                 |        |             |
| JAN/2019 7              | PARAMETROS            | EXIG.                        | ANALIS.       | CONFORMES       |        |             |
| DEZ/2018 9              | TURBIDEZ              | 0                            | 0             | 0               |        |             |
| NOV/2018 3              | 4                     | CLORO                        | 0             | 0               | 0      |             |
| OUT/2018 3              | 4                     | COL. TERMOT                  | 0             | 0               | 0      |             |
| SET/2018 3              | 4                     | COR                          | 0             | 0               | 0      |             |
| AGO/2018 4              |                       | COL. TOTAIS                  | 0             | 0               | 0      |             |
| MEDIA(M)                | 4                     | DADOS REFERENTES A: DEZ/2018 |               |                 |        |             |

DATA DA IMPRESSÃO: 20/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:27:23

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

4 M3 37,91

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

05/03/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91

CARTÓRIO MILTON LUCIO DA SILVA  
SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO - TJPB  
AIB32182-001N-Consulte a autenticidade  
em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emolumentos R\$ 2,48 - FEPJ R\$ 0,48 - FARPEN R\$ 0,20

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original  
Dou fé.Salomina Cavalcante  
Escrevente  
Cartório Milton LucioSão Bento Cartório Unico Registro Imóveis e Notas  
Milton Lucio da Silva Santos  
Tabelião Público de Notas Títulos e Documentos  
Oficial de Protestos e Letras  
Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas  
São Bento - PB Fone: 83-3444 2533COMPREV  
28 JUN. 2019  
AG. JOÃO





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 95.260.874-02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ERIVAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.321.554/48

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERIVAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.321.554, 48, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

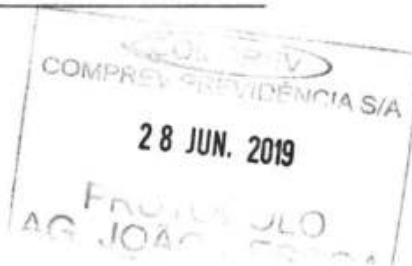
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                              |                          |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Endereço: <u>FRANCISCO BENTO DE OLIVEIRA</u> | Número: <u>227</u>       | Complemento: <u>VIA RUA AVERCASSA</u> |
| Bairro: <u>SÃO BERNARDO</u>                  | Cidade: <u>SÃO BENTO</u> | Estado: <u>PB</u>                     |
| E-mail: <u>jeffersonkellyson@gmail.com</u>   | CEP: <u>58865-000</u>    | Tel. (DDD): <u>83. 39655-0152</u>     |

Local e Data: SÃO BENTO - PB, 21 DE JUNHO DE 2019

  
Assinatura do Declarante





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ANTONIO PEREIRA DE LIMA,  
RG nº 002.503.397, data de expedição 09/12/03,  
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 975.655.714-15,  
com domicílio na cidade de SÃO BENTO-PA, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
MARIA ADELAIDE DE MOURA, BAIRRO BOA ESPERANÇA, nº S/N,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
ERIVAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS, cujo o condutor era  
ERIVAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS,  
Veículo: HONDA/CG Modelo: CB 125 TITAN Ano: 1995  
Placa: MMP 6092 Chassi: 9C28C2501SR511932  
Data do Acidente: 08/01/19

Local e Data: SÃO BENTO-PA, 21 DE JUNHO DE 2019

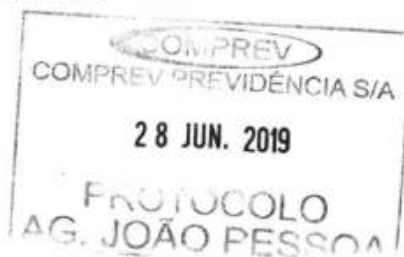
Antonio Pereira de Lima

Assinatura do Declarante

Erivan Severino S. Dantas

Assinatura do Condutor

( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 25155 PRONTUÁRIO 15138  
DATA 08/01/2019 HORA 23:39 OPERADOR MCARMO  
MÉDICO MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM

PACIENTE ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS IDADE 37a 10m

RESUMO CLÍNICO: *Queixa de trauma de punho  
com dor discreta.*

DIAGNÓSTICO: *Fratura radio distal*

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

*Ortossplante com placa + parafusos + fixação por fio de Kirschner*

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

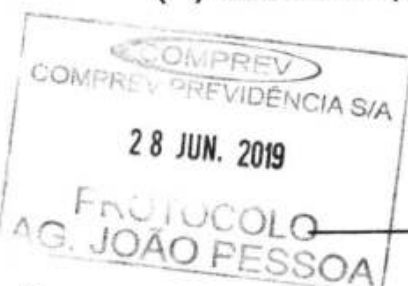
ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

*Reposo + Curativo limpo + RETORNO LI 15 DIAS*

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ( ) Curado (X) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

DESTINO ( ) Residência ( ) Atendimento domiciliar

( ) Transferência para



PATOS/PB, 15 DE 01 DE 2019.

*Dr. Guilherme Mendes de S. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7019*

MÉDICO/CRM

908



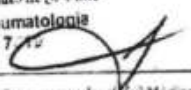


## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Erivan Severino de  
Sauze Junior portador(a) da identidade  
RG \_\_\_\_\_ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no  
dia de hoje, às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_, portador(a) da patologia CID-10 S52.5, devendo  
permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90 dias, a partir  
desta data (noventa)

Patos, 15/10/19

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7.110

  
Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a)  
\_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico codificado CID-10  
ou por extenso neste atestado médico.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Horácio Nobrega, s/n - Belo Horizonte - 58704-000 Patos PB Fone: 83 3423.2741





Prefeitura Municipal de  
**São Bento**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que ERIVAN SEVERINO DE SOUZA

Antes

esteve neste serviço no dia 06/05/19 às 17:00, para consulta médica.

O mesmo fica impossibilitado de comparecer as atividades profissionais, durante 90  
dias, para recuperação física, devido patologia por ele apresentada.

A contar desta data.

CID S52.5

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo ao Dr. \_\_\_\_\_

divulgar meu diagnóstico de acordo com o CID-10.

JOÃO H. SOARES LAUREANO  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7477

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico - CRM



## ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 08/01/19 Hora 22h 44 Genero MC 37 anos  
 Nome Social Carla Silveira de Souza Dantas  
 Origem Própria Residência Regulado? ☐ Sim ☒ Não  
 Doença principal/História atual da doença/Início dos sintomas \_\_\_\_\_ Encaminhado? ☐ Sim ☒ Não  
 Motivo do atendimento\* Acidente de trânsito (motocicleta)  
 Cliente Pato

Transporte Veículo próprio

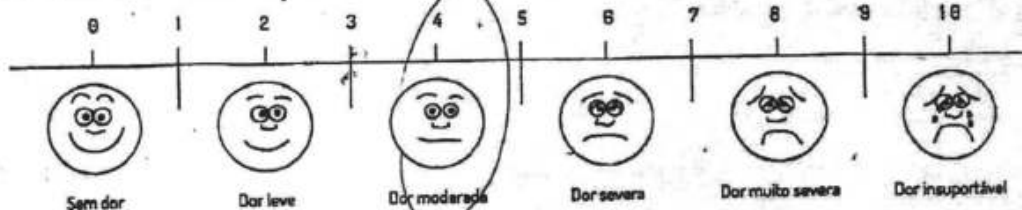
Alergia? ☒ Não ☐ Sim

Uso de medicação? ☒ Não ☐ Sim

Doença prévia? ☒ Não ☐ Sim

Temp. \_\_\_\_\_ °C Pulso \_\_\_\_\_ bpm Resp. \_\_\_\_\_ irpm SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % PA \_\_\_\_\_ mmHg HGT \_\_\_\_\_ mg/Dl

Dor:



Classificação de Risco: ☐ Vermelho ☒ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul

Especialidade Médica Ortopedia

Acompanhante: ☐ S/ Acomp. (Setor Crítico) ☐ S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)  
☐ Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ☐ Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

\* Consultar tabela para preencher

\* Paciente sofreu acidente de moto, dor em MSD

Maria Gabriela M. da Silva  
CONEXÃO 0800 571 5156

Enfermeiro Carimbo





FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2685473 CNPJ 08.778.268.0023/76  
NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO  
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N  
CIDADE PATOS UF PB

CLASSIF. RISCO AMARELO  
ORIGEM PRÓPRIA RESIDÊNCIA  
PACIENTE ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS  
NOME SOCIAL FRANCISCA ALICE DE SOUZA  
FILIAÇÃO I 11/02/1981  
NASCIMENTO AGRICULTOR  
PROFISSÃO RUA PROJETADA n°SN  
ENDEREÇO PATOS U.F. PB BAIRRO SANTA CLARA  
CIDADE CEP 58704000  
TELEFONE (83)9965-1103 CELULAR  
CNS 705002427486758 R.G. 1947500 CPF REG. NASC.  
ESTADO CIVIL CASADO

F.A.A. 25152 PRONTUÁRIO 15138  
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA  
DATA 08/01/2019 Horário: 22:51 OPERADOR MCARMO  
CAFATER 02 - URGENCIA TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI  
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO  
TRANSPORTE VEICULO PROPRIO  
MÉDICO MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAAMENTO PELO SISTEMA TCM

0301010072



( ) 01-ELETIVO ( ) 02-URGÊNCIA ( ) 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
( ) 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ( ) 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

1- \_\_\_\_\_ 2- \_\_\_\_\_ 3- \_\_\_\_\_

☒ INTERNAÇÃO    ( ) ALTA A PEDIDO    ( ) EVASÃO    ( ) ÓBITO    ( ) ALTA MÉDICA  
( ) TRANSFERÊNCIA

Dr. Marcelo Augusto  
Ortopedia - Trauma  
CRM-PR 6466 3057 0302

SPONKpedio: Paciente vítima de acidente com motocicleta. Admitido com DOR + limitação funcional + edema + deformidade em antebraço ①

Col: Tabe Lura  
Internacio Hospitalare

[illegible]

## FICHA DE INTERNAÇÃO

|                |                                  |            |                         |
|----------------|----------------------------------|------------|-------------------------|
| INTERNAÇÃO     | 25155                            | PRONTUÁRIO | 15138                   |
| DATA           | 08/01/2019                       | HORA       | 23:39                   |
| OCCORRÊNCIA    | URGENCIA                         | OPERADOR   | MCARMO                  |
| CLASSIF. RISCO |                                  |            |                         |
| ORIGEM         | PRÓPRIA RESIDÊNCIA               |            |                         |
| MÉDICO         | MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM  |            |                         |
| MOTIVO         | ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLETA |            |                         |
| PACIENTE       | ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS  | IDADE      | 37a 10m GÊNERO FEMININO |
| FILIAÇÃO I     | FRANCISCA ALICE DE SOUZA         |            |                         |
| FILIAÇÃO II    | NAO DECLARADO                    |            |                         |
| CIDADE         | PATOS                            | PB         | 58704000                |
| ENDEREÇO       | RUA PROJETADA SN                 |            |                         |
| BAIRRO         | SANTA CLARA                      |            |                         |
| NATURALIDADE   | CAICO                            |            |                         |
| TELEFONE       | 83996511031                      | CELULAR    |                         |
| C.N.S.         | 705002427486758                  | IDENTIDADE | 1947500                 |
| C.P.F.         |                                  | REG. NAC.  |                         |
| NASCIMENTO     | 11/02/1981                       | COR        | PARDO                   |
| EST.CIVIL      | CASADO                           | PROFISSÃO  | AGRICULTOR              |

RESPONSÁVEL-ALCIMARA DANTAS PEREIRA Ass. Resp./Paciente Alcimara Dantas Pereira

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Paciente vítima de acidente com moto. Admitido  
com dor frênica + limitação funcional em MSD.

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

DOR + EDEMA + LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Marcelo Augusto S. Lima  
Responsável pelo atendimento  
CRM-PB 5186 / SBT 9302

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

Raio-X de Antebraço @ AP/Perfil

DIAGNÓSTICO

Fratura de Osso do Antebraço @

CID

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO

Data 14/01/19

Hora 08 H 20 Min

( ) Alta Curado ( ) Alta Melhorado ( ) Alta a Pedido  
( ) Transferência ( ) Evasão ( ) Óbito

MÉDICO/CRM

Dr. Guilherme Mendes de S. Lima  
CRM-PB 7519



**RELATÓRIO DE CIRURGIA**

|                                        |                                  |                 |
|----------------------------------------|----------------------------------|-----------------|
| Nome: <u>Everson Suenino</u>           |                                  | Nº prontuário   |
| Data da Cirurgia: <u>13/07/19</u>      | Enf. <u>SS</u>                   | Leito <u>01</u> |
| Cirurgião: <u>Dr. Felipe Cunha</u>     | 1º Auxiliar: <u>Dr. Leonardo</u> |                 |
| Anestesista: <u>Dr. Fábio</u>          | Tipo de Anestesia                |                 |
| Diagnóstico Pré-Operatório             |                                  |                 |
| <u>Fratura do rádio distal - ①</u>     |                                  |                 |
| de Cirurgia                            |                                  |                 |
| <u>Osteossíntese do rádio distal ①</u> |                                  |                 |
| Diagnóstico Pós Operatório             |                                  |                 |
| Relatório Imediato do Patologista      |                                  |                 |
| Exame Radiológico no Ato               |                                  |                 |
| Acidente Durante a Cirurgia            |                                  |                 |

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

| Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Corte em decúbito dorsal sob anestesia                                                                 |
| 2) Anestesia + campos estéril                                                                             |
| 3) Incisão vertical para acesso ao rádio distal                                                           |
| 4) Disminuição por placas                                                                                 |
| 5) Redução de fratura do rádio distal                                                                     |
| 6) Fixação com placas e parafusos                                                                         |
| 7) Lavagem com JF 0,9%                                                                                    |
| 8) Drenagem por placas                                                                                    |
| 9) Curativos                                                                                              |

Dr. Felipe Cunha  
CRM 245.122  
2102



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

|                                                  |            |                           |              |  |                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------|------------|---------------------------|--------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE: <b>ERIVAN SAUERINO DE SOUZA SANTOS</b> |            |                           |              |  | GOVERNO DA PARAIBA<br>SECRETARIA DE SAÚDE<br><br>HOSPITAL REGIONAL<br>DEP. JANDUHY CARMEIRO |
| LEITO                                            | CONVÊNIO   | IDADE                     | REGISTRO     |  |                                                                                                                                                                                |
|                                                  | <b>SUS</b> | <b>34</b>                 | <b>15138</b> |  |                                                                                                                                                                                |
| CIRURGIÃO                                        |            | ANESTESISTA               |              |  |                                                                                                                                                                                |
| <b>DR. CIVIL FANTINI RANNO (D)</b>               |            | <b>DR. FELIPE QUEIROZ</b> |              |  |                                                                                                                                                                                |
| ANESTESIA                                        |            | ANESTESIA                 |              |  |                                                                                                                                                                                |
| <b>DR. GUSTAVO PROVO ZIMMELHUT + SÓCROS</b>      |            | <b>DR. TÁLIO LIMA</b>     |              |  |                                                                                                                                                                                |
| DATA                                             |            | HÓRARIO                   |              |  |                                                                                                                                                                                |
| <b>13/01/19</b>                                  |            | <b>10:30h</b>             |              |  |                                                                                                                                                                                |
| FIR                                              |            | FIR                       |              |  |                                                                                                                                                                                |
|                                                  |            | <b>M. 20</b>              |              |  |                                                                                                                                                                                |

## MATERIAL

| QUANTIDADE | MATERIAL                                             | QUANTIDADE | MATERIAL                      |
|------------|------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|
| 7          | <del>Atad. de Instrumentos</del> 34 F. 0.975 S. 0.05 | 1          | Equipo p/ soro e sangue       |
|            | TX. Capnógrafo                                       |            | Scalp                         |
|            | TX. Bomba de Infusão                                 | 1          | Luvas Est. p/ Procedimentos   |
|            | TX. Aplicação de Sangue                              | 1          | Lâmina de Bisturi N° 24       |
| 1          | TX. Monitor Córdio-Respirador                        |            | Sonda de Foley                |
|            | TX. de Laser                                         |            | Coletor de Urina              |
|            | TX. de Curativo                                      |            | Seringa 1 ml                  |
|            | TX. de Instalação S. Vesical                         |            | Seringa 3 ml                  |
|            | TX. Sala                                             |            | Seringa 5 ml                  |
|            | TX. Bisturi Elétrico                                 | 1          | Seringa 10 ml                 |
|            | TX. Aspirador Elétrico                               | 1          | Seringa 20 ml                 |
| 1          | TX. Oxímetro de Pulso 448. N° 206                    | 1          | Eletródos des. 1              |
|            | Neocain                                              |            | Atadura de Crepom 10cm        |
|            | Halotano                                             | 1          | Atadura de Crepom 20cm        |
| 1          | <del>Atadura de Crepom 10cm</del> 10.30h             |            | Atadura Gessada 10cm          |
| 1          | <del>Atadura de Crepom 20cm</del> 10.30h             |            | Sonda Uretral                 |
|            | Pavulon                                              |            | Sonda Nasogástrica            |
|            | Dorminid                                             |            | Éter Sulfúrico                |
|            | Pentanol 0,05mg                                      |            | Dreno Penrose                 |
|            | Xilestésin a 5%                                      |            | Dreno Sucção                  |
|            | Inoval                                               |            | Dreno de Tórax                |
|            | Xilocaína a 2%                                       | 1          | Esparadrapo                   |
|            | Etodimidata                                          | 1          | Xilocaína Gel                 |
|            | Ketalar                                              | 1          | Álcool 70%                    |
|            | Pubicocaina 0,5%                                     | 1          | PVPi Tintura                  |
|            | Dimorf                                               | 1          | Gases                         |
|            | Lanexat 0,5ml                                        | 1          | Algodão Hidrófilo             |
| 1          | <del>Atadura de Crepom 10cm</del> 10.30h             |            | Algodão Ortopédico            |
| 1          | <del>Atadura de Crepom 20cm</del> 10.30h             |            | Cidex                         |
| 1          | <del>Atadura Gessada 10cm</del> 10.30h               |            | Vaselina Estéril              |
|            | Diazepam                                             |            | Aguilha descartável           |
|            | Água destilada 10ml                                  |            | Pastilha de Formol            |
|            | Prostigmine                                          |            | Fio Cromado 0 c/ agulha       |
| 1          | <del>Atadura de Crepom 10cm</del> 10.30h             |            | Fio Cromado 0 c/ agulha       |
|            | Adrenalina                                           |            | Fio Cromado 1 c/ agulha       |
|            | Efortil                                              |            | Fio Cromado 1 c/ agulha       |
| 1          | Cefalotina 19g 10.30h                                |            | Fio Cromado 2-0 c/ agulha     |
|            | Dixtal                                               |            | Fio Cromado 2-0 c/ agulha     |
|            | Plesil                                               |            | Cat-gut simples 0 c/ agulha   |
| 1          | Dipirona 10.30h                                      |            | Cat-gut simples 0 c/ agulha   |
|            | Esparin 5000 VI                                      |            | Cat-gut simples 2-0 c/ agulha |
|            | Tilatil                                              |            | Cat-gut simples 2-0 c/ agulha |
|            | Amicacina 500mg                                      |            | Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia |
|            | Aguilha de Raque Descartável                         |            | Cat-gut simples 3-0 c/ agulha |
|            | Abbocote 20 e 22                                     |            | Polycot 0 c/ agulha           |
|            | Polycot 0 c/ agulha                                  |            | Polycot 2-0 c/ agulha         |
|            | Polycot 2-0 c/ agulha                                |            | Polycot 3-0 c/ agulha         |
|            | Polycot 3-0 c/ agulha                                |            | Prolene 2-0 c/ agulha         |
|            | Prolene 0 c/ agulha                                  | 1          | Nylon 2-0                     |



☒ Caixa Frontal  
☐ Caixa Fixa

## PEDIDO DE VENDAS

№

Jornal Médico Hospitalar EIREL

NF N°

OK

Prontuário

15138

Hospital HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Vendedor THIA.60

Paciente: ERTVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

Data 13, 01, 19

Médico: Dr. FELIPE FIDELIS S. S. Instrumentador: HUGO

Convênio SUS

Procedimento: TRATA C/TAUR. DE FRATURA DE RADIO DISTAL (9)

| QUANT.                                                                                     | DESCRIÇÃO DO MATERIAL        | COD        | V. UNID. | V. TOTAL |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------|----------|----------|
| 01                                                                                         | PLACA VOLAR 3x4 TUBOS        | 0702030996 |          |          |
| 03                                                                                         | PARAFUSOS CORTICAL 3,5 x 18. |            |          |          |
| 01                                                                                         | " " 3,5 x 30                 |            |          |          |
| 01                                                                                         | " " 3,5 x 32                 |            |          |          |
| 01                                                                                         | BROCA 2,5                    |            |          |          |
| <p>João H. Suassuna Laurean<br/>Ortopedia e Traumatologia</p> <p>Recebido<br/>13.01.19</p> |                              |            |          |          |

CO VD. DE PAGAMENTO

**TOTAL**

Rua José Isídio da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138  
FONE: (81) 3129-2456 E-mail: cromasltdu@gmail.com  
CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial





RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 25155  
DATA 08/01/2019 HORA 23:39  
MÉDICO MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM

PRONTUÁRIO 15138  
OPERADOR MCARMO

PACIENTE ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

IDADE 37a 10m

RESUMO CLÍNICO:

*Acidente  
+ trauma de punho  
em 19 dias.*

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

*Repos + Curativo Limpo + RETORNO 15 DIAS*

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ( ) Curado (X) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

DESTINO ( ) Residência ( ) Atendimento domiciliar

( ) Transferência para

PATOS/PB, 15 DE 01 DE 2019.

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-PB 7519

MÉDICO/CRM



A.A. L.07

PRONT...: 15138 N°REQUIS.: 6243  
PACIENTE: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

EMIÇÃO.: 09/01/2019  
SEXO: F IDADE....: 37

# HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE  
Método...:

NIHON KOHDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

## ERITOGAMA

HEMÁCIAS.....: 5.170 milhões/mm<sup>3</sup> FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm<sup>3</sup>  
MILHÕES/MM<sup>3</sup> MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMOGLOBINA.....: 15.6 g/dL FEMININO 12 a 16  
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 48.1 % FEMININO 35 a 46  
MASCULINO 41 a 53

VCM.....: 93,0 fL NORMAL 80 a 100  
HCM.....: 30,2 pg NORMAL 26 a 34  
CHCM.....: 32,4 g/dL NORMAL 31 a 55  
RDW.....: 14.2 % NORMAL 11 a 15

## LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 8.100 /mm<sup>3</sup> NORMAL 4.000 a 10.000

|                                                         |         |        |             |
|---------------------------------------------------------|---------|--------|-------------|
| PROMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm <sup>3</sup> NORMAL  | 0 a 0   | NORMAL | 0 a 0       |
| MIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm <sup>3</sup> NORMAL     | 0 a 0   | NORMAL | 0 a 0       |
| METAMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm <sup>3</sup> NORMAL | 0 a 0   | NORMAL | 0 a 0       |
| BASTONETES.....: 000 % 0000 /mm <sup>3</sup> NORMAL     | 0 a 5   | NORMAL | 0 a 9000    |
| SEGMENTADOS.....: 68 % 5508 /mm <sup>3</sup> NORMAL     | 35 a 65 | NORMAL | 1800 a 8500 |
| EOSINÓFILOS.....: 1 % 0081 /mm <sup>3</sup> NORMAL      | 1 a 4   | NORMAL | 35 a 600    |
| BASÓFILOS.....: 000 % 0000 /mm <sup>3</sup> NORMAL      | 0 a 1   | NORMAL | 0 a 100     |
| LINFÓCITOS.....: 26 % 2106 /mm <sup>3</sup> NORMAL      | 25 a 45 | NORMAL | 875 a 4500  |
| MONÓCITOS.....: 5 % 0405 /mm <sup>3</sup> NORMAL        | 2 a 8   | NORMAL | 70 a 1000   |

## CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 235.000 mL/mm<sup>3</sup> NORMAL 150.000 a 450.000

## OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:  
SÉRIE BRANCA.....:  
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

## OUTRAS OBSERVAÇÕES

*B. D. Rolim*  
Luciana Abílio D. M. de M. Rolim  
Farmacêutica Bioquímica  
CRF PB 3799



REGIONAL DEPUTADO  
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO  
DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE  
SAÚDE DA PARAIBA

SUS

PRONT...: 15138 N°REQUIS.: 6243  
PACIENTE: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

EMIÇÃO.: 09/01/2019  
SEXO: F IDADE...: 37

GLICOSE JEJUM

Material.: SORO

Método...: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100  
ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125  
SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO.....90

mg/dL

*BM Rolim*  
Luciano Abilio D. M. de M. Rolim  
Farmacutico Bioquímico  
CRF PB 2799

04-01-20





PRONT...: 15138 N°REQUIS.: 6238  
PACIENTE: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

EMIÇÃO.: 10/01/2019  
SEXO: F IDADE....: 37

COAGULOGRAMA

Material: SORO  
Método.: AUTOMATICO

**TEMPO DE PROTROMBINA:**

Resultado:  
T.P. Paciente.....: 25 seg.  
T.P. Controle.....: 13 seg.  
Atividade.....: 35,4 %  
Valores de Referência: T.P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.  
A. Enzimática: 70 a 100%.

**INR**

Resultado.....: 2,04  
Valores de Referência:  
INR sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2  
INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

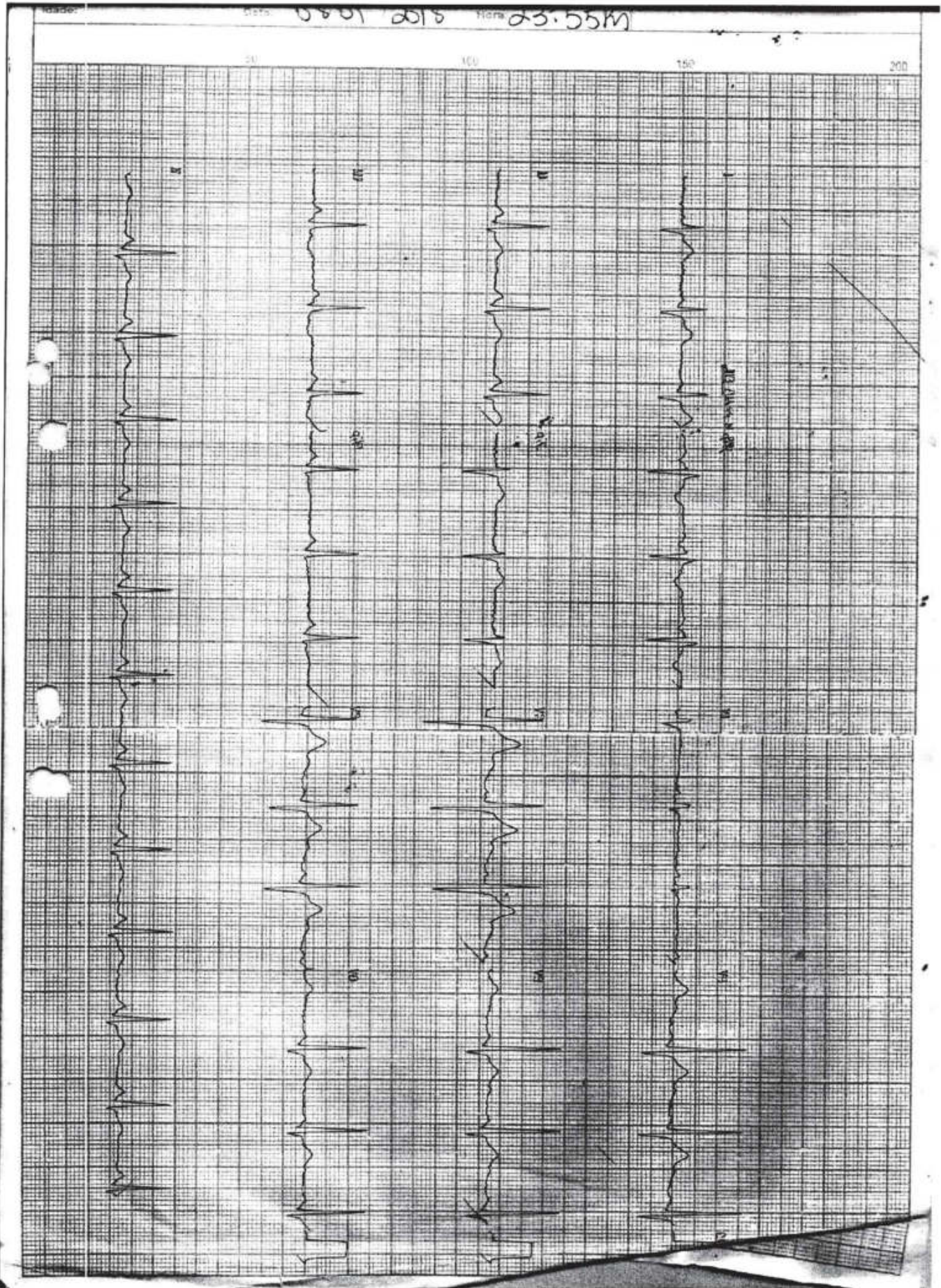
**TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO**

Resultado:  
T.T.P.A. Paciente.....: 51 seg.  
T.T.P.A. Controle.....: seg.  
Valores de Referência:  
TAP Paciente.....: 26 a 36 seg.

Marlian Cláudio S. B. Pereira  
CRM - 108810  
Especialista em Patologia











GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Creuza Severina de Souza Dantas

DA CLÍNICA Ortopédica ENFERMARIA A Amarela  
A CLÍNICA Cardiologia LEITO 107

MOTIVO DA CONSULTA: Solicito avaliação cardiológica do  
Risco cirúrgico

08/01/2019

Dr. Marcelo Augusto S. S. Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 1195 - SBOT 9304

DATA \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE \_\_\_\_\_

PARECER:

Reop. fratura fêmur

AMP: NDN

MGD: NDN

Auscultas ☉

Ac. ROR-2T, sem apnoia

ECG: Normal

Conclusão: Baixo risco

09/01/19

Dr. Fabrício da Mota Carneiro  
Cardiologia - Hemodinâmica  
CRM-PB 11.040

DATA \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA \_\_\_\_\_







Hospital Regional de Patos - RX

000000151088

70 %

EI\_s.485

000000151088

70 %

EI\_s.416



Punho D, PA

13/Jan/2019 14:05:38

Punho D, Lateral

13/Jan/2019 14:08:03

000000009753

ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DA..., \*11/Fev/1981

RUA HORÁCIO NÓBREGA S/N- HOSPITAL REGIONAL DE PATOS - BELO HORIZONTE- PATOS /PB,



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 14:33:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112514331332200000035395740>

Número do documento: 20112514331332200000035395740



RUA HORÁCIO NOBREGA S/N- HOSPITAL REGIONAL DE PATOS - BELO HORIZONTE- PATOS /PB





Observação

---



---



---



---



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE SÃO BENTO**

**É importante trazer o cartão, todas  
as vezes que vier fazer a unidade  
de saúde**

**SAÚDE É PRIORIDADE**

**CONSERVE BEM O SEU CARTÃO**



**PREFEITURA MUNICIPAL  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SÃO BENTO - PB**

**CARTÃO DE ATENDIMENTO  
FISIOTERAPÊUTICO**

Nome do Paciente

*Erivan Sauxino de Souza Ant*

Endereço

*R. Antônio Almeida e Silva  
São Bernardo*

Observação

*Segunda 7:00 hs Por  
Quarta / Orden de Chug  
Sexta*

| DATA     | NOME                        | ATIVIDADE    | RUBRICA            |
|----------|-----------------------------|--------------|--------------------|
| 01.04.19 | Erivan Sauxino de Souza Ant | Fisioterapia | <i>[Signature]</i> |
| 03.04.19 | "                           | "            | <i>[Signature]</i> |
| 05.04.19 | "                           | "            | <i>[Signature]</i> |
| 08.04.19 | "                           | "            | <i>[Signature]</i> |
| 10.04.19 | "                           | "            | <i>[Signature]</i> |
| 12.04.19 | "                           | "            | <i>[Signature]</i> |
| 15.04.19 | "                           | "            | <i>[Signature]</i> |
| 22.04.19 | "                           | "            | <i>[Signature]</i> |
| 24.04.19 | "                           | "            | <i>[Signature]</i> |
| 26.04.19 | "                           | "            | <i>[Signature]</i> |
| x        |                             |              |                    |
| x        |                             |              |                    |
| x        |                             |              |                    |
| x        |                             |              |                    |
| x        |                             |              |                    |





Observação



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE SÃO BENTO

É importante trazer o cartão, todas  
as vezes que vier fazer a unidade  
de saúde

**SAÚDE É PRIORIDADE**

**CONSERVE BEM O SEU CARTÃO**



PREFEITURA MUNICIPAL  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SÃO BENTO - PB

**CARTÃO DE ATENDIMENTO  
FISIOTERAPÊUTICO**

38 anos

Nome do Paciente

Enilson Severino de Souza

Endereço

R. Antônio Almeida Penteado  
São Bernardo

Observação

Segunda - 7:00hs da  
manhã por  
Sexta - ordem de chegada

| DATA     | NOME                      | ATIVIDADE         | RUBRICA |
|----------|---------------------------|-------------------|---------|
| 03.05.19 | Enilson Severino de Souza | Aten Fisioterapia |         |
| 06.05.19 | "                         | "                 |         |
| 08.05.19 | "                         | "                 |         |
| 10.05.19 | "                         | "                 |         |
| 13.05.19 | "                         | "                 |         |
| 15.05.19 | "                         | "                 |         |
| 17.05.19 | "                         | "                 |         |
| 20.05.19 | "                         | "                 |         |
| 24.05.19 | "                         | "                 |         |
| 27.05.19 | "                         | "                 |         |
| X        |                           |                   |         |
| X        |                           |                   |         |
| X        |                           |                   |         |
| X        |                           |                   |         |
| X        |                           |                   |         |



TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 15535152





ASSINATURA DE PROTEÇÃO

26022

**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME  
**JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS**

FILIAÇÃO  
**FRANCISCO SANTOS DA SILVA  
JUÇARA MARIA DA SILVA SANTOS**

ASSOCIADO  
**CAICÓ-RN**

Nº  
**3887241 - SSP/PB**

DATA DE NASCIMENTO  
**19/10/1981**

CPF  
**086.280.874-82**

DATA DE EXPIRAÇÃO DO  
**01/05/2019**

NÃO

  
**28 JUN. 2019**  
 PRONUNCIADO  
 AG. JOÃO



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PB** Nº **014797538534**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: 1 DDD RENAVAM: 0064546954-8 FUNT/LC: 00/00000000 EXERCÍCIO: 2019

NOME: **ANTONIO PEREIRA DE LIMA**

CPF / CNPJ: 97565571415 PLACA: MMP6092/PB

PLACA ANT / UF: MMP6092 PB CHASSI: 9C2JC2501SR511932

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/ COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 TITAN ANO FAB: 1995 ANO MOD: 1995

CAP / POT / CIL: 2 P/124 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 VENC: COTA ÚNICA: 1º

P V A FADA LIXA: 0 PARCELAMENTO / COTAS: 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): \*\*\*\*\* KOF (R\$): SEGURO PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 26/02/2019

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SAO BENTO-PB LOCAL: 26/02/2019

240593 20371

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAQ - SEGURO DPVAT**

**PB Nº 014797538534 - BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
**www.seguradoralider.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 26/02/2019

VIA: 1 CPF / CNPJ: 97565571415 PLACA: MMP6092/PB

RENAVAM: 00645469548 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB: 1995 ANO MOD: 1995

CHASSI: 9C2JC2501SR511932

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FMS (R\$): \*\*\*\*\* DENATRAN (R\$): \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$): \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$): \*\*\*\*\* KOF (R\$): SEGURO SURTA SEGURO (R\$): \*\*\*\*\*

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 26/02/2019

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 08.348.808/0001-04

20371-1533568-20190226

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
28 JUN. 2019  
PROTUBULO  
AG. JOÃO





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190402589 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIVAN SEVERINO DE SOUZA **Data do acidente:** 08/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
DANTAS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. P1

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS, PLACA E PARAFUSOS. P8/17  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



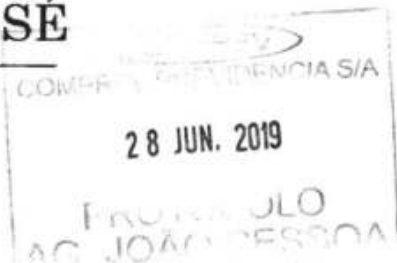




FLAUBER JOSÉ

— ADVOCADO —

PROCURAÇÃO



**OUTORGANTE:** ERIVAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº 066.321.554-48 e RG nº 1.947.500 SSP/RN, sem endereço eletrônico, residente e domiciliado na rua Rua Antônio Almeida Carneiro, S/N, Bairro São Bernardo, São Bento-PB, CEP 58865-000, telefone 83 998652946.

**OUTORGADO:** FLAUBER JOSÉ DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO, brasileiro, solteiro, regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 23.221/PB, CPF nº 097.234.454-33, JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS, brasileiro, casado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 26822/PB; ANA BEATRIZ CÂNDIDA DANTAS SILVA, CPF nº 121.460.314-92, ambos com endereço profissional na Rua Padre Sandoval Ferrer, n.º 161, Centro, São Bento-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima ERIVAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS

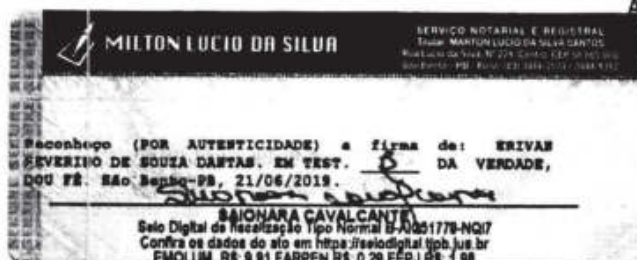
SÃO BENTO - PB, 21 DE JUNHO 2019

Local  
e data

Erivan Severino S. Dantas



Assinatura do  
responder firma  
(entidade)



Seladora  
Escritório  
Cardeiro Milton Lúcio

São Bento Cartório Único Registro Imóveis e Not  
Milton Lúcio da Silva 066.321.0214  
Tabelião Público de Notas e Títulos 066.321.0214  
Oficial de Protestos e Leilões 066.321.97.3333  
Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas  
São Bento - PB Fone: 83-3444 2533





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218607/19

Número do Sinistro: 3190402589

Vítima: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

CPF: 066.321.554-48

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/01/2019

Titular do CPF: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/07/2019  
Nome: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS  
CPF: 066.321.554-48

ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

