



Número: **0802062-66.2020.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **03/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38366 597	13/01/2021 15:12	2774627_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200201989

Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

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,

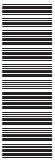
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15833515

Pag. 01415/01416 - carta_01 - INVALIDEZ

00030708





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, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200201989 Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Data do Acidente: 09/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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: 00801/00802 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15835153





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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200201989 Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Data do Acidente: 09/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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: 01747/01748 - carta_03 - INVALIDEZ

00050874



Carta nº 15865784





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200201989

Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%	
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$ 2.362,50

Recebedor: **YAGO LUAN MARINHO FERREIRA**

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

Banco: **341**

Agência: **000007730**

Conta: **0000045597-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 109.746.084-32 4 - Nome completo da vítima: Yaga Chuan M. Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 91/SEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Yaga Chuan M. Ferreira 6 - CPF: 109.746.084-32
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Bom Jesus 9 - Número: 147 10 - Complemento:
11 - Bairro: Sesi 12 - Cidade: Bayeux 13 - UF: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - Telefone: (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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): Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 7730 CONTA: 46597 4

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, conforme artigo 4º da Lei nº 194/74, desde que eu não tenha aplicado a finalidade do crédito, quitação com terceiro ou qualquer outro ato que torne impossível a realização do crédito.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de comprovação de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinatar com duas 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 assinado, 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 nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 tinha companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima casou ou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se sim, filhos vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou marido ou companheiro(a) vivos? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se sim, irmãos vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e prova em esta condição, estando presente, ainda, de que qualquer alteração ou declaração dos beneficiários poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da respectiva multa contratual por alteração contratual (Lei nº 194/74, art. 3º, §1º).

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
35 - 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

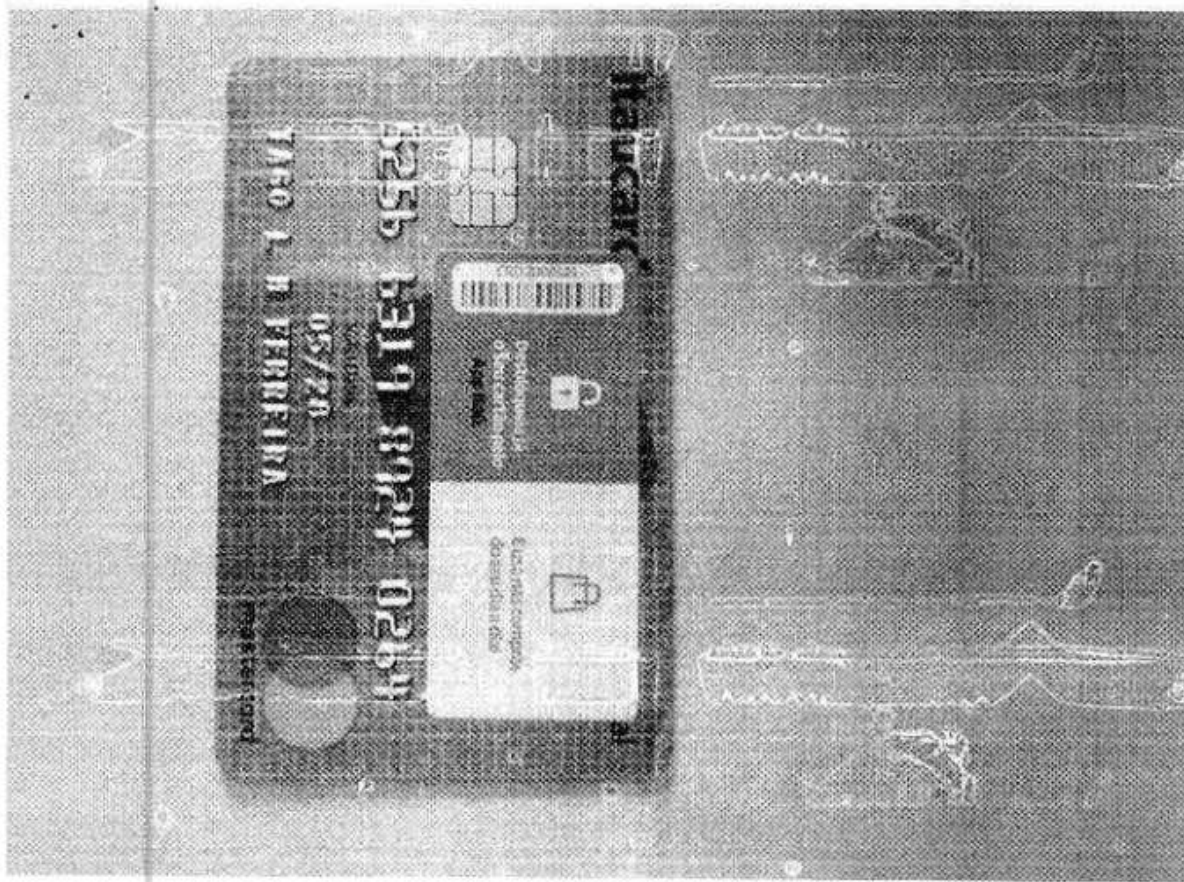
TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 03/09/2020
Yaga Chuan dasimbo Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)





C/C





PTC





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 024019.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 024019.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 12:52 min do dia 20/05/2020, na Delegacia Online. **YAGO LUAN MARINHO FERREIRA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AUTONOMO, natural de João Pessoa, nascido(a) em 12/04/1992, idade 28, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA e NAO INFORMADO, CPF 109.746.084-32, residente e domiciliado(a) no(a) RUA BOM JESUS, nº 14, complemento CASA B, bairro SESI, na cidade de Bayeux/PB. CEP: 58305000, telefone(s) 83987340793, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 09/01/2020 01:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: AV LIBERDADE, SESI, Bayeux/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA NXR 150 BROS ES, COR PRETA, PLACA OFD3294/PB, CHASSI 9C2KD0550CR595606, em nome de WILLIAN BATISTA DOS SANTOS FILHO, CPF de n.º 080074117494, quando trafegava na avenida Liberdade, próximo ao binário, quando o pneu dianteiro da moto estourou, o mesmo perdeu o controle da moto caindo ao solo, sendo socorrido por terceiros para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira.

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

Yago Luan Marinho Ferreira
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

EE8CEEA1901D68005C1BA0CD852A0E56

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 98828-8306 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





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 ASL: 309.746.084-32 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Yago Luan Marinho Ferreira

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

5 - Nome completo: Yago Luan Marinho Ferreira 6 - CPF: 309.746.084-32
7 - Profissão: Recusa 8 - Endereço: Rua Bem Jesus 9 - Número: 347 10 - Complemento:
11 - Bairro: Sesi 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 98063-4900

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 R\$1.500,00 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. Anotar uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 7730 CONTA: 0631638910
(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 elevação do crédito, duração total do valor recebido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que existe impossibilidade 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 acima citado, coloco a responsabilidade por não apresentação do laudo do IML para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, juntamente com a documentação apresentada, concordando, desde já, em me pagar meus direitos avaliados mediante as custas da seguradora Líder para verificação de existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 35, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

25 - Grande 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 nascidos/nasceram? 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 aos herdeiros que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem escreve a rgo/a pedido:
35 - Nome legível de quem assina a rgo/a pedido:
36 - CPF legível de quem assina a rgo/a pedido:
37 - (*) Assinatura de quem escreve a rgo/a pedido:

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 09/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Yago Luan Marinho Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019





C/C

BANCO ITAÚ S/A - INFORMAÇÕES DE BENEFÍCIO
AGÊNCIA: 8757 DATA: 21/05/2020 HORA: 09:23:23
AGÊNCIA PAGADORA: 7730 CEI: 63238
BENEFÍCIO: 0631163891-0
NOME: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

DATA HISTORICO	VALOR
25/03 AG. SAQUE INSS 0631163891	703,30
25/03 PGT. INSS 06311638910	703,30

POSICAO EM 21/05/20

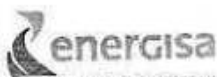
(+) SALDO	1406,60
(+) BENEFÍCIO A RECEBER	703,30
(*) SALDO DISPONIVEL P/SAQUE	703,30

OS SALDOS ACIMA SAO BASEADOS NAS INFORMACOES DISPONIVEIS ATE ESSE INSTANTE E PODERAO SER ALTERADOS A QUALQUER MOMENTO EM FUNCAO DE NOVOS LANÇAMENTOS

ULTIMA PROVA DE VIDA ~~XXXXXXXXXX~~



MARIA LUIZA DA SILVA SOUZA
RUA BOM JESUS, 147/B - 2624
BAYEUX/PB CEP: 56300000 (AG: 1)



Ligação: 100/0FASICO
Clt/Soc: RES MTC E1 / RESIDENCIAL - BARRA FRENDA
Ribeiro, 3 - S: 121 - 904 Referência: Jan / 2020
Medidor: 00019014204 Emissão: 09/01/2020

SEDA ABA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
2230, K35 - C1 EDC - J. S. A. B. - CE 59071-600
C. OBRAS: 103/2001-40 - ICE: 15015-233-0
ARCAJÓ OAB/REG-40 - CA 026.875.941
Cód. para DAta Autenticação: 80818751791

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2020	08/01/2020	05/02/2020	119.484.754-48 Ins. Br.

UC (Unidade Consumidora): **5/1875170-1**

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 25 de abril de 2002.
Aproveite e não pague suas contas em atraso, pois isso registra em sua conta, e não é bom para você!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura		241	33
06/12/19	4527	08/01/20	5328			
Demorativo						
001	DEBT	ADIC. ATAC.	A. BARRA FRENDA	10,00	10,00	10,00
0801	Consumo 100kWh-BR	30,000	0,268590	8,08	8,08	27
0801	Consumo 31 a 100kWh-BR	70,000	0,462170	32,36	32,36	27
0801	Consumo 101 a 220kWh-BR	120,000	0,692250	83,16	83,16	27
0801	Consumo acima de 220kWh-BR	131,000	0,770280	93,29	93,29	27
0801	Acab. B. Amêzola			5,57	5,57	27
0810	Subsídios			47,04	47,04	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0901	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA			25,99	0,00	0
0904	JUROS DE MORA 11/2019			1,26	0,00	0
0905	MULTA 11/2019			3,09	0,00	0
0909	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2019			0,97	0,00	0
0908	Demoluição Búscula			-31,71	0,00	0

CC: Código de Classificação de Item TOTAL: 269,87 269,87 12,74 269,87 2,69 12,99
Tarifa de Tributos: At:100kWh 0,191720 At:100kWh 0,511520 At:220kWh 0,467270 Acima de 220kWh 0,510100

Mês de	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
2020	26/01/2020	R\$ 269,62

Histórico de Consumo (kWh)

209	216	209	213	204	202	206	247	246	273	272	201
Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	May/19	Jun/19	Jul/19	Agst/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19

RESERVAÇÃO DO RISCO
2077.b4e9.3bf5.12db.51f9.4cf4.3ff6.c59f.

Indicadores de Qualidade (11/2019 - 11/2019)			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
20 E1	4,93	0,00	DEBT DA ENERGIA	57,49	21,32
20 E2	10,57	0,00	CA CEEGSA	15,25	5,66
20 E3	3,24	0,00	FIDEA I	3,54	1,31
20 E4	6,35	0,00	FGD E M	113,72	42,18
20 E5	12,70	0,00	FAE e eCAG	0,00	0,00
20 E6	2,88	0,00	EI		
20 E7	12,22	0,00			
20 E8					
20 E9					
20 E0					
			Total	269,62	100,00

ATENÇÃO
- PRAZO DE VENCIMENTO: Caso após 5 dias úteis do todo-recebido(s) o consumidor não emita o comprovante, poderá ser suspenso o serviço a partir de 25/01/2020. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devolução suspensa do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam em unidade consumidora para compensação. Caso ocorra atraso no pagamento das faturas, a ENERGISA não se responsabiliza por interrupções. Fatura sujeita a inclusão em processo de recuperação judicial em caso de inadimplimento.
- Sua unidade foi avaliada como BARRA FRENDA, tendo um desconto de R\$31,71

Fatores em atraso
Dez/19 245,53

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190 00009 02624 912008 10613 130177 2 81460000026962

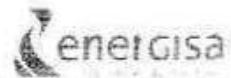
PAGADOR: MARIA LUIZA DA SILVA SOUZA - CPF/CNPJ: 119.484.754-48
RUA BOM JESUS, 147/B - 5691 - BAYEUX/PB CEP: 56305000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
262491/0010613130	001875170202001	26/01/2020	R\$ 269,62	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 08.183/0001-40
Br-230, Km 25 - Grupo Residencial - João Pessoa / PB - CEP 59071-600
1 - Rua do Comércio do Banco Brasileiro - 1094 - 3/3447-3



BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal
Documento para o consumo de energia elétrica

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-800
CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.019.822-0

DADOS DO TITENTE		CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR		
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOAO PESSOA		5/1698281-1		
REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2020	20/04/2020	174	28/04/2020	R\$ 150,83

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 09367.2941 1 82390000015083				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.842.224-15				
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009367294	001698281202004	28.04/2020	R\$ 150,83	
BENEFICIARIO-ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-1/447-3				





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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: 0800-1596 / 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/BIGUIQUETCAWEB/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 Nº9.053/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário
Yago Uuan Marinho Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 409.746.084 32
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Yago Uuan Marinho Ferreira
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 409.746.084, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
 Declaro Profissão: _____ 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. 295 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento:
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58056-384</u>
E-mail:	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>	

Local e Data: João Pessoa - PB 04/06/2020

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



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

Ficha Nr: 292974 Atd: Nao Regularo
Data: 09/01/2020
Hora: 09:39:33
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA
Nome Social: NAO INFORMADO CPF:
CNS: 161865635110003 Sexo: M OUTROS: 230182401003 Fone: 987488837
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/04/1992 Id: 27 ano(s)
End.: EUA BOM JESUS, 14
Bairro: SESI Cidade: BAYEUX UF :PB
Mae: MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA Pal:
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: COZINHEIRO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: ESPOSA MARIA LUIZA
Tel/Poc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2020.01.000892

*depto
EVA*

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade: NAO INFORMADO

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violencia por: NAO
 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem Grave
 Politraumatizado Convulsao
 Hemorragia Dispneia
 Diarreia Agitado
 Regular Chocado
 Vomito

Queixa Principal

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEEETSHL COM FRAT
EXPOSTA DE MAO DIREITA, CONFORME PACTUACAO SIC

NEGA ALERGIA SIC.

*Atq. vítima de acidente de usf há ~ 10 horas
atendida em HEEETSHL*

Historia - Exame físico (hora do atendimento médico)

Diagnostico

Fratura exposta do osso

Conduta

Solução + referir p/ recondição

Prescrição

Horario da medicacao

*Comprimido de analgesia
156 09/01*





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 09/01/2022

Nome: YAGO LUIZ MACHADO Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Prontuário: _____
 Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1
 Escolaridade: _____

OPD: Doença fúngica no nariz

HDA: Paciente de 5 anos, Mãe D. M. MACHADO
Adm. em 09/01/2022 em Hospital em 20
FICOU EM OBSERVAÇÃO.

Medicações em uso: Ø

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
 Dispnéia 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 PSO: 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 T= _____
[]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: Exposto a contaminação de 3

Conduta: IMC + SÍM





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>YAGO LUAN MONINHO</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>29/01/20</i>	Cirurgião: <i>DR EDUAR DINCO</i>			1º Assistente: <i>KLENIOLDA</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Próstata de 3º e 4º</i>					
<i>metastases virgato</i>				<i>562</i>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>0 anquias.</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>RAFI + Fixação</i>					
<i>PERCUTÂNEA</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () 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:

Paciente em decúbito dorsal sob
asepsia e antisepsia
posição de Brown e em
posição de campo estéril

Incisão:

Incisão em região dor-
so ulna (D)

Achados:

Visualização de fratura
1° metacarpo distal com
fratura 3° metacarpo

Conduta:

Limpes do foco de fratura
Redução das fragmen-
tações de placa de
30% uso de INTENSIF
de Imobizar.
posição de 2 fios
em 3° M T (D) sob
uso de intertrifurca
de Imogran.

Fechamento:

OBS:

Data: 24/01/2020

Dr. Klênio F. da Nobrega
CRM 11.084 PB
Ortopedia - Traumatologia

MÉDICO

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

SEGUE o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Paciente YAGO LUAN MARINHO FERREIRA	BAE 1215228	Data/Hora Entrada 09/01/2020 03:46:19	Data Baixa
Data de nascimento 12/04/1992	Idade 27a An 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987488837
Mãe MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA	Bairro SESI	Município BAYEUX	Prontuário
Endereço BOM JESUS, 14	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Data/Hora Prescrição 09/01/2020 08:05:39	Nº Cons. Regional 185222/SP
Data/Hora Classificação 09/01/2020 03:46:19			

ANAMNESE

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. ERA O CONDUTOR E NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E AMNESIA APÓS ACIDENTE. AO EXAME: ESCORIAÇÕES EM FACE, FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA MÃO DIREITA. CD: RX DE MÃO DIREITA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
(09/01/2020 04:01:28-BENEDITO B RIBEIRO)

ORTOPEDIA DOR E FERIMENTO NO DORSO DA MÃO DIREITA APOS QUEDA DE MOTO HOJE AS 02 E 30 NEGA OUTRAS QUEIXAS E OUTROS TRAUMAS ADM PREJUDICADO NEUROVASCULAR PRESERVADO RX: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO DIREITA CDT: AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO ATB.TERAPIA MAIS SAT CURATIVO ANALGESIA ORIENTAÇÕES STAFF DR ALBERTO
(09/01/2020 08:05:39-JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO)

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: EM 100 ML DE SF)
CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)
CETOROLACO DE TROMETANINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA
I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES:: LIMPEZA E CURATIVO)

CID10

W01.0 - Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] - residência
T14.9 - Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
CRM: 185222/SP

Enfermeiro

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)



08.024.581/0001-02
Prefeitura Municipal de Bayeux
Secretaria Municipal de Saúde
UPA - BAYEUX
CODIGO DA UNIDADE 7927908
URGENCIA

TRANSFERÊNCIA

NOME: Luiz Luan Marinho Ferreira
DESTINO: Mon. de Trauma DATA E HORA DA ADMISSÃO: 03:00 AS 09/01 H
CONTATO PRÉVIO: Julia DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: 03:30 AS 09/01 H

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA: _____ FR: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____
Paciente em quadro de TCE leve a edema com dificuldade de mobilização e
pescoço dorido após queda de moto (sem capacete). Nega cefaleia, vômito, diplopia,
deficit focais e nômicos. Apresenta excoriação pelo corpo e em região temporal
esquerda.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO


EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

Não dispono de Rx na unidade!

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

TCE leve
fratura de mão D?

OBSERVAÇÕES:


Gilmar Leite Pessoa Filho
Médico
CRM/PB 12186

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: _____

UPA 24 Horas, BAYEUX-PB





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

seg

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	YAGO LUAN MARINHO FERREIRA
DATA DE NASCIMENTO	12/04/92
NOME DA MÃE	MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.215.228
DATA DO ATENDIMENTO	09/01/20
HORA DO ATENDIMENTO	03:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE OSSOS DA MÃO DIREITA
CID 10	S62.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ENTRADA. PACIENTE FOI ATENDIDO NESTE SERVIÇO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM TRAUMA EM MÃO DIREITA. PRESENÇA DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO DIREITA. ENCAMINHADO PARA O ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX MÃO DIREITA

RESULTADOS DOS EXAMES:

FRATURA DE OSSOS DA MÃO DIREITA

TRATAMENTO:

IMOBILIZAÇÃO

ALTA HOSPITALAR:	09/01/20
DATA DA EMISSÃO:	12/06/20

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2328/PB

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



09/01/2020

- TiMed



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

geral

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1215228



Identificação do paciente				Sexo
ID 1474143	Nome YAGO LUAN MARINHO FERREIRA	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião	Masculino
Data de nascimento 12/04/1992	Idade 27 anos 8 meses 28 dias			Prontuário
Mãe MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA			Pai NAO DECLARADO	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) MARIA LUIZA DA SILVA SOUZA - ESPOSO(A)	
DDD Celular 83	Celular 987488837		DDD	Telefone
Tipo documento	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência SESI			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	
Endereço				
CEP 58306050	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro BOM JESUS	
Número 14	Complemento		Bairro SESI	
Admissão				
Data e Hora 09/01/2020 03:46:19	Número da pulseira 100008070127		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica		
Classificação de risco			Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA	x	mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
			ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por BRUNO FERNANDES DE MENEZES				Tempo 01min 26seg

Imprimir

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101131512552490000036589690



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
Número do documento: 2101131512552490000036589690

Num. 38366597 - Pág. 24



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Paciente YAGO LUAN MARINHO FERREIRA	BAE 1215228	Data/Hora Entrada 09/01/2020 03:46:19	Data Baixa
Data de nascimento 12/04/1992	Idade 27a 8m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987488637
Mãe MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA	Bairro SESI	Município BAYEUX	Prontuário
Endereço BOM JESUS, 14	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Data/Hora Prescrição 09/01/2020 08:05:39	Nº Cons. Regional 185222/SP
Data/Hora Classificação 09/01/2020 03:46:19			

ANAMNESE

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. ERA O CONDUTOR E NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E AMNESIA APÓS ACIDENTE. AO EXAME: ESCORIAÇÕES EM FACE, FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA MÃO DIREITA. CD: RX DE MÃO DIREITA AVALIAÇÃO DA ORTOPEdia
(09/01/2020 04:01:28-BENEDITO B RIBEIRO)

ORTOPEdia DOR E FERIMENTO NO DORSO DA MÃO DIREITA APOS QUEDA DE MOTO HOJE AS 02 E 30 NEGA OUTRAS QUEIXAS E OUTROS TRAUMAS ADM PREJUDICADO NEUROVASCULAR PRESERVADO RX: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO DIREITA CDT. AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO ATBTERAPIA MAIS SAT CURATIVO ANALGESIA ORIENTAÇÕES STAFF DR ALBERTO
(09/01/2020 08:05:39-JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO)

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG TSM)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: EM 100 ML DE SF)
CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MG TSM)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA
I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: LIMPEZA E CURATIVO)

CID10

W01.0 - Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] - residência
T14.9 - Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Jose Rogaciano Machado Couto
18/01/2020 10:00:00

Conduta

Alta médica

Enfermeiro

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)





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



**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Paciente YAGO LUAN MARINHO FERREIRA	BAE 1215228	Data/Hora Entrada 09/01/2020 03:46:19	Data Baixa ---
Data de nascimento 12/04/1992	Idade 27a 8m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987488837
Mãe MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA	Bairro SESI	Município BAYEUX	Prontuário
Endereço BOM JESUS, 14	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BENEDITO B RIBEIRO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Data/Hora Prescrição 09/01/2020 04:01:28	Nº Coris. Regional 11820/PB
Data/Hora Classificação 09/01/2020 03:46:19			

ANAMNESE

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. ERA O CONDUTOR E NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E AMNÉSIA APÓS ACIDENTE. AO EXAME: ESCORIAÇÕES EM FACE, FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA MÃO DIREITA. CD: RX DE MÃO DIREITA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: EM 100 ML DE SF)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE MAO DIREITA

CID10

W01.0 - Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspês] - residência

Conduta

Em observação

Dr. Benedito Beneditson Ribeiro
CNS 896 0025 5578 2206
CRM-PB 11820

Enfermeiro

BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 09/01/2020 03:47:45





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento		Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA	12/04/1992		27a 8m 28d	MASCULINO	1215228		09/01/2020 04:01:28
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição		Senha		
			09/01/2020 04:01:00 - 10/01/2020 04:01:00				
Convenio	Matricula		Permanência na		Permanência no		
SUS			09/01/2020 03:46:19		15min		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	
2 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG	Observação:EM 100 ML DE SF	E.V.		AGORA	

Reimpresso por:
dia:

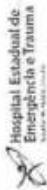
BENEDITO B RIBEIRO
CRM: 11820

0222 225 5928
0211 1820
Assinatura e Carimbo do Profissional
Ribeiro





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Usuário: JOSE
 Boletim: 1215228

Nome: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA
 Data de Nascimento: 12/04/1992
 Idade: 27a 8m 28d
 Sexo: MASCULINO
 Nº Prontuário: 1215228
 Data Prescrição: 09/01/2020 08:05:39
 Motivo do Atendimento: Enfermaria / Leito
 Validade da Prescrição: 09/01/2020 08:05:00 - 10/01/2020 08:05:00
 Convento: SUS
 Matricula: _____
 Data da entrada: 09/01/2020 03:46:19
 Permanência na 4h: 19min
 Permanência no: _____

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1 CEFALOTINA 1G - D(1 / 1) de 1	1000,0	MG		E.V.			AGORA 08.05
2 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	5,0	ML		INTRAMUSCULAR			AGORA 28.05
3 CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	1,0	ML		E.V.			AGORA 08.05
4 I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação: LIMPEZA E CURATIVO				

Reimpresso por: _____
dia: _____

Dir. José Rogaciano Machado Couto

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
 CRM: 185222

Assinatura e Carimbo do Profissional

Handwritten scribbles





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

SOCIEDADE (CIVIL) PAÍS DE N.
2627738 SHP PR

CPF 046.502.754-74 **DATA NASCIMENTO** 21/08/1982

PERIÓDICO
ALEXANDER DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PLACADO **AL.** **OUTRA**

Nº FISCAL 81861269660 **VALIDADEZ** 16/01/2019 **EXPIRAÇÃO** 29/06/2001

ASSINATURA

 ALEXANDRA CESAR DUARTE

ASSINATURA

 JOAO PESSOA, PB

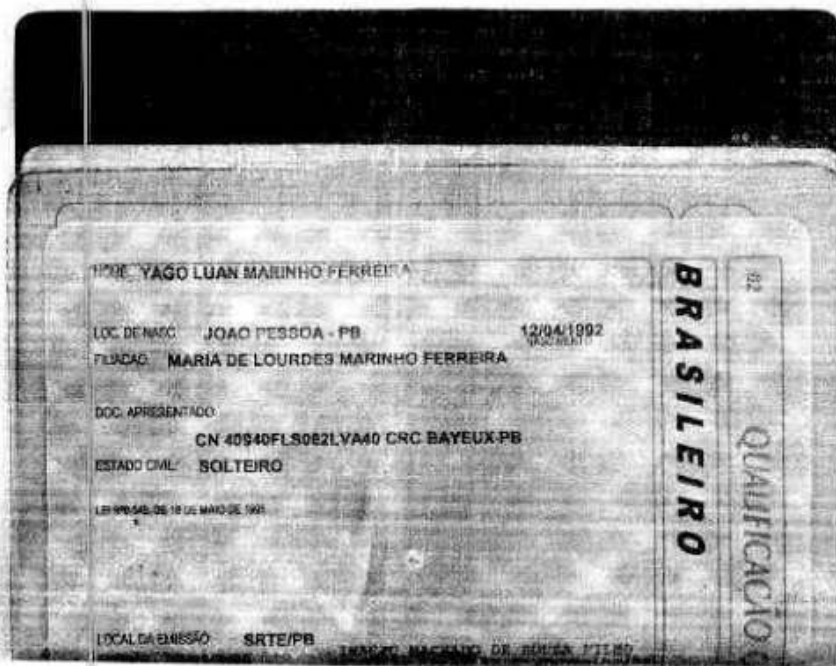
DATA EMISSÃO 17/01/2014

NUMERO 66588356744 **FE027819595**

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231





 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas 

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
109.746.084-32

Nome
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Nascimento
12/04/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156995/20

Número do Sinistro: 3200201989

Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

CPF: 109.746.084-32

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 09/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

YAGO LUAN MARINHO FERREIRA : 109.746.084-32

Autorização de pagamento

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: 17/06/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200201989 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA **Data do acidente:** 09/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º METACARPOS À DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PAG 5,6- ANEXO) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

