

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200389426

Vítima: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

Data do Acidente: 24/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

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

Multa:	R\$ 45,70
Juros:	R\$ 1,11
Total creditado:	R\$ 1.734,31
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

Valor: R\$ 1.734,31

Banco: 104

Agência: 000001668

Conta: 000970313439-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 103.215.484-50 4 - Nome completo da vítima: Joãoilson Agostinho de Lima

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

5 - Nome completo: Joãoilson Agostinho de Lima 6 - CPF: 103.215.484-50
7 - Profissão: Peixeiro 8 - Endereço: Trav. Alvaro Régis 9 - Número: 18 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Esperança 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58135-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1668 CONTA: 970313439
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

40 - Local e Data, 2005, Paraíba 08/10/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00349.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00349.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:03 horas do dia 16 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Joabson Agostinho de Lima**, conhecido(a) por Joabson, CPF nº 103.215.484-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria da Paz Agostinho de Lima e Josenaldo Soares de Lima, natural de Esperança/PB, nascido(a) em 27/04/1998 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Travessa Alfredo Régis, Nº 18, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo da Câmara Municipal, na cidade de Esperança/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Manoel Cabral, nº S/N, Via Pública, Próximo da Igreja Matriz, Esperança/PB, bairro Centro;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/03/20 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 125 FAN KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2011/2012, UF: PB, placa MOQ-7611, chassi 9C2JC4110CR461099, renavam 42741848-8, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.Lv.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O REFERIDO VEÍCULO NO LOCAL, AMBOS JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, CAIU EM UM BURACO EXISTENTE NA VIA DE ROLAMENTO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E COLIDIU COM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO DA VIA PÚBLICA E QUE FOI SOCORRIDOS POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTE AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, SENDO QUE POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

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

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 16 de outubro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

JOABSON AGOSTINHO DE LIMA
Noticiante



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: 103.215.484-50 4 - Nome completo da vítima: Joãoilson Agostinho de Lima

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

5 - Nome completo: Joãoilson Agostinho de Lima 6 - CPF: 103.215.484-50
7 - Profissão: Peixeiro 8 - Endereço: Trav. Alvaro Régis 9 - Número: 18 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Esperança 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58135-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1668 CONTA: 970313439
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, 2005, Paraíba 08/10/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.734,31

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000970313439-0

Nr. da Autenticação 523569C78A7C7470

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 050.361.800

DADOS DO CLIENTE:

MARIA DA PAZ AGOSTINHO DE LIMA

TRAV ALFREDO REGIS 18 58135000

ESPERANCA



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.623-0



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/664595-6

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA
SET/2020



APRESENTAÇÃO
10/09/2020



CONSUMO
141 kWh



VENCIMENTO
17/09/2020



TOTAL A PAGAR
R\$ 98,69

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S A		001-9		00190.00009 03268.926007 01371.177179 2 63810000009869	
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A				VENCIMENTO 17/09/2020	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA CNPJ 08.095.183/0001-40				ADICIONANDO BENEFICIÁRIO	
ENDEREÇO BR 230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-600				NÚMERO FOLIO 32689260001371177	
DATA DO DOCUMENTO 10/09/2020	Nº DOCUMENTO 000000000-2020-09-3	ESPECIE DOC DS	ACRÉDITO N	DATA DO PROCESSAMENTO 10/09/2020	(=) VALOR DO DOCUMENTO 98,69
	CARTERA 17	ESPECIE R\$	QUANTIDADE	VALOR	(-) DESCONTOS FORTUITOS
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.				(3) OUTRAS DEDUÇÕES	
				(4) MORA MATA	
				(5) OUTROS ACRESCIMOS	
				(6) VALOR COBRADO	
FABRICAR MÁRIA DA PAZ AGOSTINHO DE LIMA TRAV ALFREDO REGIS 18 58135000 BACAJORNALISTA				CNPJ 029.897.104-69 ESPERANCA (AG: 71)	

COD. DE BARRA



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

10

03/2020

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA TEMP FC FR DIURESE ASSINATURA DO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - C.V.P. 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4705 - Sábina, Campina Grande - PB, CEP: 58411-029 Data: 24/03/2020

Data: 24/03/2020 Paciente: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA Idade: 021 Nº ATEND: 2133616

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 24/03/2020 HORA: 16:50:01

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

SINTOMAS: ACIDENTE DE TRABAHO

SINAIS VITAIS

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

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

ALERGIAS: NEGA

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL: BOM

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA:

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERDE

HTCG
FIM PROCEDEMENTO
Assinatura do
Médico
Assistente
COREN-PB



PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

8.2.9.4

Data da Internação: 24/03/2020

Data da Alta: 31/03/2020

Registro: 2133630

Tempo de Permanência: -18346

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO CALCANEIO

Diagnóstico Final: FRATURA DO CALCANEIO

Cirurgia: SINTESE

Data: 30/03/2020

Equipe:

Cirurgião: WAGNER DE MELO FALCAO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data: 31/03/2020

Dr. Schubert Luigi Costa
ORÇAMENTO DE EMERGÊNCIA
CAMPINA GRANDE - PB
CEP: 58432-809

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

RESPONSÁVEL : Schubert Luigi Costa Rodrigues



Número do Prontuário: 100959

DATA DA CIRURGIA: 30/03/2020

Número do Atendimento: 2133630 Clin: AMARELA / Enf: 8 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

Data da Internação: 24/03/2020

Atendimento: 2133630

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA CALCANEIO DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 30/03/2020

Equipe:

Cirurgião: WAGNER DE MELO FALCAO

Aux 1: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: RAMON

Anestesiata: KAROLINNE SOUTO DE FIGUEIREDO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DECUBITO LATERAL ESQUERDO, SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM REGIÃO LATERAL DO PÉ DIREITO, EM VIA SUPRA-FIBULAR + DIVULSAO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - OBSERVADA EXTENSA LESÃO CONDRAL EM FACETA POSTERIOR DO CALCANEIO DIREITO ASSOCIADA A COMINUIÇÃO DA FRATURA + LESÃO CONDRAL DO TÁLUS

5 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS CANULADOS 3.5 MM

6 - LAVADO DE FO COM SF

7 - SUTURA

8 - CURATIVOS

9 - À URPA

Dr(a) Ana Maria da S. Anselmo
MRL, Ortopedista - Traumatologia
CRMSPB 7625

Data 30/03/2020

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA ORTA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Joubson Agostinho de Lima			IDADE 21a	SEXO M.	COR	
DATA 30/03/2020	PRESSÃO ARTERIAL 100 x 70	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜINEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	URINA	OUTROS		
AP. RESPIRATÓRIO espontâneo, SatO ₂ > 92% em ar ambiente					ADMA Nada	BRONQUIE Nada		
AP. CIRCULATÓRIO estável hemodinamicamente					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO Paciente refere jejum > 8h.			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO LENCITAL consciente, orientado			ATARDAÇOS	CORTICÓIDES	ALERGIA Nada	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fratura de colômico D.					ESTADO FÍSICO ASA II	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO			
LÍQUIDOS					Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____			
					Laringo espasmo _____ Lenta _____			
				Náuseas _____ Vômitos _____				
				Outros _____				
CÓDIGOS					MANUTENÇÃO			
					cefazolin 2g Dexametasona 10 mg Nipirano 2g Omelazepam 4 mg Tenoxicam 40 mg Cetarizina 5 mg Fentanil 45 mg.			
				ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____				
				Não, por quê? _____				
V.P. ARTERIAL, O. PULSO, O. RESPIRAÇÃO AX. ANESTESIA, O. OPERAÇÃO					DESPERTAR			
					Reflexos na SO: _____			
				Obstr. _____ Co. _____ Excit. _____				
				Náuseas _____ Vômitos _____				
				Outros _____				
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					Com cânula: _____			
					Para o Leito: Sim _____ Não _____			
				CONDIÇÕES:				
POSIÇÃO	DLE							
AGENTES	Propofol 15mg, midazolam 2.1mg, Metoprolol 5mg							
TECNICA	Raqui-anestesia (Punção lombar (2x), 25G, Quincke, L3-4)				CÂNULAS _____			
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de fratura de colômico D.							
CIRURGIÕES	Dr. Wagner + Dr. Almeida							
ANESTESISTAS	Dra. Karoline. CRM 3303							
OBSERVAÇÕES	Ata anestesia em tempo adequado.							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA			

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Larson Gustavo de Lima		Idade:	23 anos	
Convênio:			Data:	30/03/20	
Procedimento:	Tto. cirurgico p/ de cateter				
Cirurgião:	Dr. Wagner	Auxiliar:	Dr. Traut	Anestesista:	Dr. Harold
Início:	10:00	Término:	11:30	Anestesia:	Raqui

[illegible][illegible]

Observações:

Destino: Ala Cirúrgica 1.1.

Assinatura Anestesiista

Circulante

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Jonilson Agostinho de Lima 22/04/1998

GOVERNO DA PARAIBA

QI

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

Sala 06

SUS

21

2533616

CIRURGIA

CIRURGIÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INICIO

FIM

Admon

29/03/20

10:00

11:10

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO
TÍPO 5 / ISO 1140-1
CL 5200419
20-ABR-2021
Referência: Atividade de a cor de quimioterapia (ou igual) na mais segura que a cor de sala.

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO
TÍPO 5 / ISO 1140-1
CL 5150819
VAL 15-AOO-2021
Referência: Atividade de a cor de quimioterapia (ou igual) na mais segura que a cor de sala.

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma
	Adrenalina amp.	01 Catet. pl Oxy.
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.
	Diazepam amp.	25 Compressa Grande
01	Dimore amp.	Compressa Pequena
	Dolantina amp.	Cotonoides
	Efrane ml	Dreno
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°
01	Fentanil ml	Dreno Penrose n°
	Inova ml	Dreno Pezzer n°
01	Ketalar ml	01 Equip. de Macrogotas
01	Mercatina 5% ml	Equip. de Macrogotas
	Nubain amp.	Equip. de Sangue
	Pavulon amp.	Equip. de PVC
	Protigmine amp.	01 Espatadrapo Largo cm
	Proloxido 1/m	01 Furacim ml
	Quelicin ml	01 Gase Pacote c/ 10 unidades
	Rapifen amp.	H.O. ml
	Thionembutal ml	Intracath Adulto
	Tracrium amp.	Intracath Infantil

Qtd.	MEDICAÇÕES	
02	Agua Destilada amp.	01 Lâmina de Bisturi n° 23
01	Decadron amp.	01 Lâmina de Bisturi n° 11
02	Dipirona amp.	03 Lâmina de Bisturi n° 15
	Flaxidol amp.	03 Luvas 7.0
	Flebocort amp.	03 Luvas 7.5
	Geramicina amp.	02 Luvas 8.0
	Glicose amp.	01 Luvas 8.5
	Glucoc de Calcio amp.	01 Oxigênio 1/m 32/min
	Haemacel ml	01 Polifix
	Hesarema ml	01 PVP Degemante ml
	Kanakon amp.	01 PVP Tópico ml
01	Lesivamp	01 Sabão Antisséptico
	Medrobinzol.	05 Saco coletor
	Plasil amp.	02 Seringa desc. 10 ml
	Profamina	01 Seringa desc. 20 ml
	Revivan amp.	01 Seringa desc. 05 ml
02	Stuparion amp.	Sonda
	Cefalotina 1g	Sonda Foley
		Sonda Nasogátrica
02		Sonda Unistral n°
		Sterydrem ml
		Torneirinha

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	
02	Aguilha desc. 25 x 7	Vaselina ml
	Aguilha desc. 28 x 28	Gelcon 18
01	Aguilha desc. 3 x 4,5	Latex
01	Aguilha p/ raque n° 25	05 elásticos
01	Alcool de Enfermagem	02 Hbato 100g
	Alcool Iodado ml	
04	Ataduras de Crepon	
	Ataduras de Gessada	
	Azul metileno amp.	
	Benzina ml	

Qtd.	FIOS
	Calgut cromado Sertix
	Calgut cromado Sertix
	Calgut cromado Sertix
	Calgut Simples
	Calgut Simples Sertix
	Calgut Simples Sertix
	Calgut Simples Sertix
	Cera pl osso
	Ethibond
	Ethibond
	Ethibond
	Fio de Algodão Sertix
	Fio de Algodão Sertix
	Fio de Algodão Sutupak
	Fio de Algodão Sutupak

Qtd.	
02	Mononylon 20
	Mononylon
	Prolene Sertix
	Prolene Sertix
	Prolene Sertix
	Prolene Sertix
	Vicryl Sertix
	Vicryl Sertix
	Vicryl Sertix

Qtd.	SOROS
02	SG Normotermico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertermico fr 500 ml
02	SG Ringr fr 500 ml
03	SG fr 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
02	parafusos convulsos
	35

Qtd.	EQUIPAMENTOS
1	Oxímetro de Pulso
1	Serra
1	Desfibrilador
1	Foco Frontal
1	Fonte de Luz
1	Foco Auxiliar
1	Eletrocautêrio
1	Oxicapnógrafo
1	Cardiomonitor
1	Perfurador Elétrico

1. CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Tec. Enfermagem
COREN 1218544



MAPA EM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
3.805.261

DATA DE
EXPEDIÇÃO 27/10/2009

NOME JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

FILIAÇÃO JOSENALDO SOARES DE LIMA
MARIA DA PAZ AGOSTINHO DE LIMA

NATURALIDADE

ESPERANÇA-PB

DATA DE NASCIMENTO 27/04/1998

DO. ORDEM NASC.N. 023278 FLS. 243 LIV. A-22A16A

CARTORIO ESPERANÇA-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 1983

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

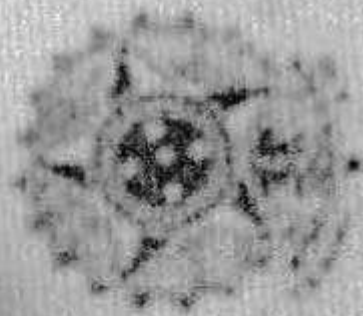
2/31

JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Receita Federal do Brasil

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

103.215.484-50

Nome

JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

Nascimento

27/04/1998

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

Nº 9910995773

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20130800000117-7

1 42741848-8 00/00000000 2013

LINDALVA BARBOSA DA SILVA

MOQ76111/PB

05286074480

NOVO

PB 9C2JC4110CR461099

2011 2012

HONDA/CG 125 TAN KS

PRETA

PARTIC

2 P/124 /CI

1 PÉVA PAGO EM 04/01/2013

V

A.....0

..... SEGURO P A G O 04/01/2013

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PB Nº 9910995773

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2013

05286074480

MOQ76111/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9910995773

2013 04/01/2013

418488 GAS HONDA/CG 125 TAN KS

2011

9C2JC4110CR461099

PRÊMIO TARIFÁRIO

.....

.....

SEGURO

P A G O

04/01/2013

Seguradora Líder dos Consórcios
de Seguro DPVAT S/A

noxe

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOQ7611

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2013

Proprietário: *****

Placa: MOQ7611

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2011

Ano Modelo: 2012

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: PRETA

Vencimento Licenciamento: 31/03/2020

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: ESPERANCA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 21/10/2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DA JUSTICA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VAL	COL. BOM. AM	PL. T.	EXERCICIO
			2013
NOME / ENDEREÇO			

ESP. CO.		PLACA	
		MOQ7611	
PLACA ANT. / RP		PLACA	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/CG 125 FAN KS		2011 2012	
CAP. POT. / CC		CATEGORIA	
		COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR		PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
31/03/2020		1º	
PARCELAMENTO COTAS		2º	
		3º	
PREMIO LICENCIAMENTO			
OBSERVAÇÕES			
ESPERANCA			
21/10/2020			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389426 **Cidade:** Esperança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA **Data do acidente:** 24/03/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CALCÂNEO DE PÉ DIREITO. P-1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS CANULADOS). ALTA MÉDICA. PÁG 5/6

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309152/20

Vítima: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

CPF: 103.215.484-50

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 24/03/2020

Titular do CPF: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOABSON AGOSTINHO DE LIMA : 103.215.484-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2020
Nome: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA
CPF: 103.215.484-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE