



25/01/2021

Número: **0803480-12.2019.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Sapé**

Última distribuição : **17/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA (AUTOR)			
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38697082	25/01/2021 12:40	2779079_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190563197

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

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 14836826

Pag. 01743/01744 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190563197

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01843/01844 - carta_02 - INVALIDEZ

00050922



Carta nº 14861221





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, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190563197

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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: **PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA**

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

Banco: **004**

Agência: **000000172**

Conta: **0000022304-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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: 0341338/09 3 - CPF da vítima: 709.654.774-55 4 - Nome completo da vítima: Paulo Henrique Pereira de Silva

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

5 - Nome completo: Paulo Henrique Pereira de Silva 6 - CPF: 709.654.774-55
7 - Profissão: Informado 8 - Endereço: Julio Guanchebe 9 - Número: 510 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Sobrado 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59342000
15 - E-mail: 1831991928029

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 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 00172 CONTA: 22304
(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) ☐ 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 (vai 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 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 02-10-2019

Paulo Henrique Pereira de Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 1572/2019

Aos DEZESSETE dias do mês de SETEMBRO do ano de dois mil e DEZENOVE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 15h40min; compareceu **PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA**, CPF: 705.654.774-55, RG: 4.178.829-SSP/PB, brasileiro, solteiro, natural de João Pessoa/PB, nascido aos 11/10/97, diarista, alfabetizado, filho de Elinaldo Ferreira da Silva e de Ana Maria Pereira, residente na rua Conjunto João de Souza- s/n- Sobrado/PB. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 01/09/2018, por volta das 15:00h, no Centro da Cidade de Sobrado, o declarante conduzia uma MOTO DE MARCA HONDA BROS NXR/160 BROS, DE PLACA OFG1501/PB, ANO 2017/2018, DE COR VERMELHA, CHASSÍ 9C2KD081CJR012427, EM NOME DE SEU PRIMO LENILSON FERREIRA DA SILVA, CONDUZIDA PELO DECLARANTE; QUE o declarante ao bater em buraco, o mesmo perdeu o controle da Moto, caindo ao solo; QUE o declarante foi socorrido para o Hospital Sá Andrade desta Cidade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena na Capital onde recebeu os tratamento de praxe, conforme Laudo Apresentado nesta DP. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE: Paulo Henrique Pereira da Silva

ESCRIVÃO: [Assinatura]

Cezarina Maria Araújo de Medeiros

Escrivã de Polícia Mat:135.635-6



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: 0391338/19 3 - CPF da vítima: 705.654.774-55 4 - Nome completo da vítima: Paulo Henrique Pereira de Silva

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

5 - Nome completo: Paulo Henrique Pereira de Silva 6 - CPF: 705.654.774-55
7 - Profissão: N Informado 8 - Endereço: Julio Guanchincha 9 - Número: 510 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Sobradinho 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59342000
15 - E-mail: (83)991928029 16 - Tel.(DDD): (83)991928029

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 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Nordeste
AGÊNCIA: 00172 CONTA: 22304 ☐ ☐

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 (voluntário)? ☐ 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
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: -

CPF: -

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: -

CPF: -

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 02-10-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 V002/2019

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: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00172

CONTA: 000000022304-0

Nr. da Autenticação BAB27E89FE0D43DC



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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: 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, LENILSON FERREIRA DA SILVA,
RG nº 3.634.031, data de expedição 13/03/2008
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 094.071.374-56,
com domicílio na cidade de Sobrado, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROJETADA, CONJUNTO JOÃO DE SOUSA, nº 51 NR,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Paulo Henrique Penha da Silva, cujo o condutor era
Paulo Henrique Penha da Silva.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA NXR 160 BWS ESD Ano: 2017
Placa: OFQ 1501/PB Chassi: 9C2KH0B10JRO12427
Data do Acidente: 01/09/18

Local e Data: Sobrado PB 03/09/2019

x Lenilson Ferreira da Silva

Assinatura do Declarante

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


CARTÓRIO REGISTRAL NOTARIAL DE SOBRADO
Rua Manoel de Sales, 249, Centro, Sobrado - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
LENILSON FERREIRA DA SILVA
Dou fé. Sobrado/PB - 23/09/2019
Notário: Célia Maria Nunes Cabral de Santana
Selo Digital: AJC08387-4QYF
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fej R\$ 1,98


Cartório de Registro Civil e Tabelionato
Celia Maria Nunes Cabral de Santana
Rua Manoel de Sales, 249
Centro, Sobrado - PB
Sobrado - PB





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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	11/10/97
NOME DA MÃE	ANA MAIRA PEREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110.818
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.105.485
DATA DO ATENDIMENTO	01/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	17:19
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA
CID 10	S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor com deformidade e limitação funcional de ombro esquerdo. Consciente e orientado. Glasgow 15. Presença de luxação acromio-clavicular esquerda, com indicação de tratamento cirúrgico. Internação Operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de clavícula esquerda.
TC de torax
RX de ombro esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Luxação acromio-clavicular esquerda.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromio-clavicular esquerda.

ALTA HOSPITALAR:	07/09/18
DATA DA EMISSÃO:	19/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	11/10/97
NOME DA MÃE	ANA MAIRA PEREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110.818
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.105.485
DATA DO ATENDIMENTO	01/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	17:19
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA
CID 10	S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor com deformidade e limitação funcional de ombro esquerdo. Consciente e orientado. Glasgow 15. Presença de luxação acromio-clavicular esquerda, com indicação de tratamento cirúrgico. Internação. Operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de clavícula esquerda.

TC de torax

RX de ombro esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Luxação acromio-clavicular esquerda.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromio-clavicular esquerda.

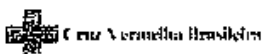
ALTA HOSPITALAR:	07/09/18
DATA DA EMISSÃO:	19/11/18

Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

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





AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1105485



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1321913	PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
11/10/1997	20 anos 10 meses 21 dias	Religião
Mãe	Pai	Profissão
ANA MARIA PEREIRA	ELINALDO FERREIRA DA SILVA	
E escolaridade	Responsável (Parentesco)	
	LENILSON FERREIRA - PRIMO(A)	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
83	991819095	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	4178829	
Local de procedência	Tipo	UF
HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPE)	UNIDADES SAUDE	PB
Embol	Naturalidade	CBO
	JOAO PESSOA	

Endereço

CEP	Município de residência	UF
58342000	SOBRADO	PB
Número	Complemento	Logradouro
SN		PAULO ROLIM
		Bairro
		CENTRO

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
01/09/2018 17:19:48	1000006688829	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso potencial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Modo de transporte	Quem transportou		
CARRO PARTICULAR			

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por	Tempo
FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL	38seg

Imprimir





ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO BONFIM
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: PRIMEIRA D. PEREIRA Data: 01/04/18
End.: _____
Bairro: _____ Cidade: JOÃO PESSOA
Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

ENCAMINHAMENTO PARA EXAME
TARGO ANTICORPO EM REVISÃO DE
VÍDEO E SQUID, DOI TRONCA DO
OCCIPITO.
SOLICITO EXAMES E LAUDO
TRONTOLOGIA

Medicamento Administrado

PRIMEIRA D. PEREIRA Nº 450-100-100-100
Referenciado para: PRIMEIRA D. PEREIRA

Contra referência

Motivo: PRIMEIRA D. PEREIRA
Contra referência para: _____





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA	BAE 1105485	Data/Hora Entrada 01/09/2018 17:19:49	Cela Baixa
Data de nascimento 13/10/1997	Idade 20a 10m 21d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ANA MARIA PEREIRA			Telefone de Contato (83) 991819095
Endereço PAULO ROLIM, SN	Bairro CENTRO	Município SOBRADO	Pronúncio
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALDENIO AMORIM DE LIMA	UF PB
Data/Hora Classificação 01/09/2018 17:42:21		Data/Hora Prescrição 01/09/2018 18:46:22	Nº Cons. Regional 5815/PB

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA MOTOCICLETA PARADA AO SUBIR NELA, CAUSANDO TRAUMATISMO DO OMBRO ESQUERDO E HEMITÓRAX ESQUERDO.
CONDUTA: TC DE TÓRAX, RADIOGRAFIAS.
PARECER DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V, 1X AO DIA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

LIDOCAINA 50MG/2ML, INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Boleim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 01/09/2018 17:20:27

PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

ALDENIO AMORIM DE LIMA

6.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=377299&pesquisa=S&perform=im 1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:40:44

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512404319400000036895429

Número do documento: 21012512404319400000036895429

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA	BAE 1105485	Data/Hora Entrada 01/09/2018 17:19:48	Data Baixa
Data de nascimento 11/10/1997	Idade 20a 10m 21d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ANA MARIA PEREIRA			Telefone de Contato (83) 981819095
Endereço PAULO ROLIM, SN	Bairro CENTRO	Município SOBRADO	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	UF PB
Data/Hora Classificação 01/09/2018 17:42:21		Data/Hora Prescrição 01/09/2018 20:19:26	Nº Cms. Regional 86037

Anamnese

#ORTOPEDIA#

ACIDENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM QUEIXA DE DOR E INCAPACIDADE DE MOVIMENTAR O BRAÇO ESQUERDO.
SEM OUTRAS QUEIXAS.

EF.: DEFORMIDADE APARENTE NA CLAVÍCULA ESQUERDA. COM DOR À PALPAÇÃO DA TOPOGRAFIA ACROMIOCLAVICULAR;
REDUÇÃO DA ADM DO OMBRO DEVIDO A DOR.

RX.: INCONGRUENCIA ARTICULAR NA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA.

CD.: INTERNAÇÃO.

STAFF.: DR TEOFILO.

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V, 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

EXAME LABORATORIAL

Boletim registrado por: FÁTIMA EUZÉLIA RODRIGUES MARÇAL em 01/09/2018 17:20:27

HEMOGRAMA



COAGULOGRAMA COMPLETO

CID10

Código	Descrição
S43.1	Luxação da articulação acromioclavicular

Conduta

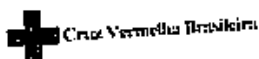
Internar Paciente

PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

FRANCINEIDE SOUSA FREITAS

Dr. Francisco Pereira
Médico
CRM PB 9603
340467-0007100
(CRM: 9603) OR
CNS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impressão por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 03/09/2018 08:31:34

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2778695 - Tel: 8332165700

Paciente PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA	Idade 20	Boletim de Atendimento 1105485	Data/Hora Entrada 01/09/2018 17:19:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 11/10/1997	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 110818	Plantão NOTURNO
Tempo da Informação	Convênio SUS			

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 03/09/2018 06:31:25)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

LAC A E:

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL:

EXAMES OK:

CD: MARCAR CIRURGIA.

Número Conselho: 4518

Local: ÁREA VERDE ENF 36 Lote: LEITO EXTRA 11
Profissional responsável pela Informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:40:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512404319400000036895429>

Número do documento: 21012512404319400000036895429

Abstract

Regulation

מחזורי המלחמה, 1941-1945

12:00

Paulo Henrique Clemente de Siqueira
 Rua: 110 - C. - Laranjeira - J. - Curitiba - Paraná
 J. - João Sacerdote - J. - Devel.

DISPENSATION CASE

[illegible]

~~ASSINATURA DO AFETUOZO - CTRAD~~

ASSIGNMENT - (1885)

ASSISTANT SECRETARY OF DEFENSE

CATHERINE D'AMICO
FBI/MAR 01-7-2





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

ANOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

ANOP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Paulo Henrique Pereira de Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1105485

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Agulha de Bloqueio L25 (01)
fio Kirschmeyer n° 2,0 (02)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

43 - CNES

44 - CPF

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - CNES

52 - CPF





RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1105485
IDADE: _____ SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: _____ DATA: 06/09/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA
CIRURGIÃO: DR TALES SEABRA 1º ASS: MR1 DANIEL
2º ASS: _____ 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE LAC ESQUERDA	
COM TRANSPOSIÇÃO DO LIGAMENTO CORACOACROMIAL	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 06/09/2018

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 12134





RELATÓRIO DE CIRURGIA

11/11/2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
ANTIBIOTICOPROFILAXIA
PACIENTE POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
INCISÃO EM SABRE
DIVULSÃO + DISSECÇÃO E AVULSÃO POR PLANOS ANATOMICOS
HEMOSTASIA
Achados:
VISUALIZAÇÃO DA LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA
Condução:
EXERESE DE MENISCO DA ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDA
LIBERAÇÃO DA MARGEM CLAVICULAR DO LIGAMENTO ACROMIOCLAVICULAR
REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIO K
FIXAÇÃO DO LIGAMENTO NA CLAVICULAR
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
REVISÃO DE HEMOSTASIA
SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS
CURATIVOS ESTÉREIS
RX DE CONTROLE
Fechamento:
Observação:
P

Médico/CRM:

Arquivo
MEDICO
CRM 1134

João Pessoa,

06/09/2018







HEETSRL

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/01/2021

PRONTUÁRIO: 100.000.000

PACIENTE: Paulo Henrique G. da Silva SEXO: M COR: Branco IDADE: 20

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 65 bpm RESPIRAÇÃO: 12/min TEMPERATURA: 36,5°C PESO: 70 kg GRUPO SANGÜÍNEO: B

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAL () DESSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAL () DESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VF4

AP. RESPIRATÓRIO: NDU AL. RESPIRATÓRIO: NDU

AP. DIGESTIVO: NDU ESTADO MENTAL: Lúcido DROGAS EM USO: NDU

PRE-ANESTÉSICO: Fentanil ESTADO FÍSICO: ASA I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: AC - Sutura

CIRURGIA REALIZADA: Tórax - AC - Sutura

CIRURGIÃO: Dr. Thiago A. Pereira AUXILIARES: Dr. Paulo Henrique G. da Silva

INÍCIO DA ANESTESIA: 13:30h TÉRMINO DA ANESTESIA: 14:30h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CIE VALORES RS

ANESTESISTA: Dr. Paulo Henrique G. da Silva CRI-PR

ANESTESIA: 13:30h 14:30h

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100

N.º 100



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:40:44

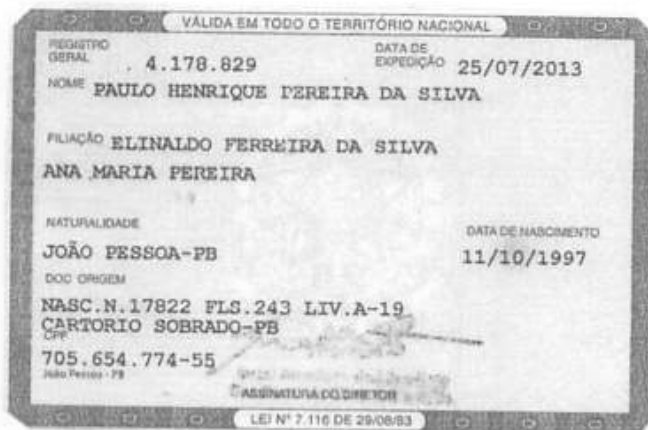
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512404319400000036895429

Número do documento: 21012512404319400000036895429

Num. 38697082 - Pág. 23

Dr. Paulo Henrique G. da Silva

Dr. Paulo Henrique G. da Silva



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014797775064

VIA 01140131455-9 00/00000000 2019

LENILSON FERREIRA DA SILVA

09407117456

0FG1501/PB

2019 00/00/0000 2019

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

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

PB Nº 014797775064 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

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

09407117456 0FG1501/PB

A. F. ADM DE CONC NACIOH HONDA LTDA

ROBRADO-PB

LOCAL

DATA

9000000

11/03/2019

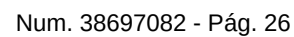
15130

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.348.405/0001-04

15130-1603049-20190311



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES



Proprietário do Veículo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Leonilson Ferreira da Silva

ASSISTENTE SOCIAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

3.634.011

13/03/2009

LEONILSON FERREIRA DA SILVA

LEOMARCOS ANTONIO DA SILVA

MARINALVA FERREIRA DA SILVA

SAPE-PB

NASC.N.15801 FLS.187V LIV.A 17

CARTORIO SAPE PB

22/11/1989

DATA DE NASCIMENTO

Leonilson Ferreira da Silva

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

094.071.174-56

Nome

LEONILSON FERREIRA DA SILVA

Nascimento

22/11/1989



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190563197 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/09/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIO K. ALTA.
P 1/11/12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190563197 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/09/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIO K. ALTA.
P 1/11/12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341338/19

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

CPF: 705.654.774-55

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/09/2018

Titular do CPF: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA : 705.654.774-55

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: 02/10/2019
Nome: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA
CPF: 705.654.774-55

PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

