



Número: **0800429-40.2021.8.15.0151**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Conceição**

Última distribuição : **26/04/2021**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE IVANES FERREIRA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
54583462	17/02/2022 12:31	2812315_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200285083 **Cidade:** Conceição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANES FERREIRA **Data do acidente:** 01/03/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. P4/11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



BANCO DO BRASIL S.A.

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: 19/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IVANES FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00913-X

CONTA: 000000026702-3

Nr. da Autenticação B208D9A736D4A1E1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 090.691.294-43 3 - CPF do titular: 090.691.264-43 4 - Nome completo da vítima: José Ivanes 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: JOSÉ JUANES FERREIRA 6 - CPF: 090.691.264-43
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: R. JOSÉ CANDIDO BATISTA 578
11 - Bairro: SÃO GERALDO 12 - Cidade: CONCEIÇÃO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.970-000
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:

☒ RECURSO 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 BRASIL S/A

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 0913 ☒ CONTA: 26.702

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 nascturo (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
de 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, CONCEIÇÃO - PB 10/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/02/2022 12:31:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22021712313276800000051707699

Número do documento: 22021712313276800000051707699

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 06.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

31422713

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAI/2020

JOSE PAULO F JUNIOR

RUA JOSE CANDIDO BATISTA, 578 - SAO GERALDO

CONCEICAO PB 58970- 000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
079.004.085.0163.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
Y19H705412	28/12/2019	EXT LACR LIGADO	POTENCIAL				
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS		PROXIMA LEITURA		
46	59	13	32		05/06/2020		
HIST. CONS./ANOR. LEIT./ QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
ABR/2020	13	PARAMETROS		EXTG.	ANALIS.	CONFORMES	
MAR/2020	11	TURBIDEZ		26	26	26	
FEV/2020	18	CLORO		26	26	26	
JAN/2020	12	PH		0	0	0	
DEZ/2019	12	4	COR		26	26	23
NOV/2019	12	4	COL.TOTAIS		26	26	26
MEDIA(M)	13	DADOS REFERENTES A: MAR/2020					

DATA DA IMPRESSÃO: 06/05/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 08:14:33

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

10 M3

37,91

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

3 M3

14,67

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

19/05/2020

Total a Pagar:

R\$ 52,58



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA:

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSIS DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.

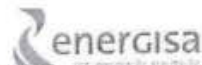


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo!

Documento não é segunda via do boleto.

Valor por extenso: quarenta e sete reais e sete centavos. Nº 027.709.719



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.019.523-0

DADOS DO CLIENTE

IVANILDO CARDOSO DE SOUSA
RUA PREF JOAO FAUSTO 964
CONCEICAO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/826787-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	10/07/2019	171	17/07/2019	R\$ 158,27

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/08/2019				
Pagador: IVANILDO CARDOSO DE SOUSA CNPJ/CPF: 425.209.324-49				
RUA PREF JOAO FAUSTO 964 - CENTRO - CONCEICAO / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003630721	000826787201907	17/07/2019	R\$ 158,27	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ivanildo Cardoso de Sousa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 425.209.324 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Ivanês Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.691.264 / 43

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima José Ivanês Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.691.264 / 43, 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. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Prefeito João Fausto</u>	Número:	<u>964</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Conceição</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>ivanildocardoso47@gmail.com</u>			CEP:	<u>58.970-000</u>
				Tel. (DDD):	<u>(83) 9.9622- 5895</u>

Local e Data: Conceição-Pb 10/08/2020

Ivanildo Cardoso de Sousa
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
BASE DECENTRALIZADA DE CONCEIÇÃO-PB
SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCO - PB



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USA-05

IDENTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA			
DATA	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE/USUÁRIO	SEXO: ☒ MASC. () FEM
01-03-20		José Varnes Ferreira	28
LOCAL DA OCORRÊNCIA	BAIRRO	Nº DA PLACA	
	BR 361		
APOIO: () PM () RESGATE/BOMBEIRO () CPTRAN () STTRANS () OUTRO			
QTH: () SOCORRIDO POR TERCEIROS () RECUSOU ATENDIMENTO () SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS () LOCAL NÃO ENCONTRADO () OUTRO			
TIPO DE AGRADO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA		ANTECEDENTES	
☒ TRAUMA () CLÍNICO () GINECO-OBSTÉTRICO		MEDICAMENTOS: _____	
() TRANSPARÊNCIA PROCEDÊNCIA: _____		PATOLOGIA(S): _____	
() OUTROS: _____		ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____	
CINEMÁTICA: <u>colisão moto - carro</u>		VACINAS: _____	
EXAME FÍSICO:			
() PÁLIDO () CIANÓTICO () ICTÉRICO () SUDORÉICO () PELE FRIA		() FACE () PCR () FAF () FAF () AFOGAMENTO () ATROPELAMENTO	
() PELE ÚMIDA () ISOCÓRICO () ANISOCÓRICO () MIÓTICO		() QUEIMADURA () ELETROCUSSÃO () DESABAMENTO/SORRETAMENTO	
() DISPNEIA () TAQUIPNEIA () HEMTÉMESE () HEMOPTISE		() QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA () QUEDA MOTO () QUEDA ALTURA	
ODOR/LOCAL: <u>membrão inferior esquerdo</u>			
TIPO DE FERIMENTO:			
<u>fratura exposta</u>			
LOCA: <u>HR Pato</u> RESPONS: <u>Dr. Diego S. Santiago</u> FUNÇÃO: _____			
DADOS VITAIS:			
VVA: () LIVRE () OBTURADA RESPIRAÇÃO: () >30irpm () <30irpm / PULSO RADIAL: () PRESENTE () AUSENTE / PAS: () >90mmHg () <90mmHg			
PA: <u>X</u> mmHg FR: <u>18</u> irpm FC: <u>93</u> bpm GLICEMIA: _____ mg/dl TEMP: _____ °C SPO2: <u>99</u> % SPOCO: _____ %			
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: <u>Fratura de membrão inferior esquerdo</u>			
INTERVENÇÕES: <u>Imobilização de membrão inferior. Spl 50cm + 1 tuxo</u>			
<u>com + AD EU + 1 dipirona + AD EU + Desmulsão + AD EU</u>			
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)			
ENFERMEIRO: <u>Cedson</u>			
CONDUTOR: <u>Jonilson</u>			
MÉDICO: _____			
RECUSA:			
NOME: _____			
ASSINATURA: _____			
TESTEMUNHA I: _____		TESTEMUNHA II: _____	





PREFEITURA DE
Conceição

Uma nova cidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE

CNPJ: 08.943.227/0001-82

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE CAÇULA LEITE

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE

Nome do Paciente:		Data: 21/03/20 Hora: 19:47	
Nº do Prontuário:			
Nome do Paciente: JOSE IVANES FERNANDES			
Endereço: ST. CABOAS das Montanhas Nº 5			
Cidade: Conceição		Bairro: Zona Rural	Estado: PB
Nome da Mãe: MARIA TÁBULA FERNANDES			
Documento Rg: 3594408		CPF: 090.691.264-43	
Estado Civil: Casado		Data Nasc: 17/12/1990	
Sexo: () F (X) M		Data de Saída: / /	
Raça Cor: () Branca (X) Parda		Profissão:	
Cartão SIS Pré-Natal:		Religião:	
Cartão Nacional de Saúde: 700 0085 5183 6905			
Ass. Responsável: João Paulo Carlos		Fone:	

HISTÓRIA CLÍNICA: (Registre as palavras do doente e de todos achados do exames a que foi submetido)

Paciente vítima de acidente automobilístico no qual saiu com ferimentos de fratura exposta no punho esquerdo.

PROCEDIMENTOS

- () Consulta Clínica
- () Medicação
- () Observação
- () Internamento
- () Peq. Cirurgias
- () Drenagens
- () Ret. Corpo Est.
- () Consulta Especializada
- () Parto Normal
- () Parto Cesária
- () Cirurgias
- () Outros

SINAIS VITAIS

Temp: _____
Pressão: _____
Glicose: _____
BIOTIPO: _____
Idade: 29 anos
Altura: _____
Peso: Kg _____

diagnóstico:

Hipótese Diagnóstica

Acidente automobilístico com fratura exposta no punho esquerdo.

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Médico



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	98150	HORA	22:27	PRONTUÁRIO	48544
DATA	01/03/2020	OPERADOR	WRAMALHO		
OCORRÊNCIA	URGENCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	CONCEIÇÃO-HOSPITAL E MATERNIDADE CAÇULA				
MÉDICO	DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	JOSE IVANES FERREIRA	IDADE	29a 2m	GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA ISABEL FERREIRA				
FILIAÇÃO II	JOSE PAULO FERREIRA				
CIDADE	CONCEIÇÃO PB		58970000		
ENDEREÇO	SITIO CABACA DOS MARTINS				
BAIRRO	ZONA RURAL				
NATURALIDADE	CONCEIÇÃO	CELULAR	83999283078		
TELEFONE					
C.N.S.	201498987590000	IDENTIDADE	3594408	SSDS	PB
C.P.F.	090.691.264-43	REG. NAC.			
NASCIMENTO	17/12/1990	COR		PÁRDO	
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO		AGRICULTOR	

RESPONSÁVEL JOAO VICENTE DA SILVA Ass. Resp./Paciente

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

Vitima colisão com muro.

Deu entrada fratura pelo nome de imobilização do
MEE devido dor e deformidade no membro.

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

- FCC - gineu 15 - deformidade no punho @.
- NVE - lesão distal, com lesão
- FCC pulso e - dor no punho
- escoriações no corpo - FCC punho dist e dist

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

FRATURA exposta omoplata @

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO

MÉDICO/CRM

Dr. Guadalupe Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-497515

Data 10.03.2020

Hora 04 H 00

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

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM-11222 REGIST 18140



Nome do Paciente: <i>Jose Marcos Ferruz</i>		Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: <i>09.03.20</i>	Enf.:	Leito:	
Cirurgião: <i>Dr. Sésio M. M. M. L.</i>	1º Auxiliar: <i>Dr. Diego M. M. L.</i>		
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré- Operatório: <i>Fratura de Tíbia e Fíbula</i>			
Tipo de Cirurgia: <i>Tratamento cirúrgico</i>			
Diagnóstico Pós- Operatório: <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato do Patologista: <i>-/-</i>			
Exame Radiológico no ato: <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Cirurgia: <i>-/-</i>			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Paciente em DTH sob anestesia
Antissepsia
Preparação de campos cirúrgicos
Reposicionamento da fratura externa após redução da
fratura sob radioscopia
Perfuração.

RELATÓRIO DE CIRURGIA



PACIENTE: Jose Ivaner Ferreira					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE ARACAJU, SERGIPE
QT.:	LEITO: 3605	CONVENIO: SUS	IDADE: 29	REGISTRO: 48544	
CIRURGIA: Trat. Cir. Frot. Tibia e		CIRURGIÃO: Dr. Sesion			
ANESTESIA: Raqui		ANESTESISTA: Dr. Rennei			
INSTRUMENTADORA: George		DATA: 08/03/2020	INICIO: 14:45	FIM: 15:15	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ <u>soro e sangue</u>
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi 24
X	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
2	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain Perda		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimideate	X	Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaína 0,5%	X	PVPI Tintura
1	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	1	Aguilha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dietal Delametzona		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plesil Indamellona		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		



PACIENTE: João Lucas Ferreira

QT: Amônia LEITO: 05 CONVÊNIO: SUB IDADE: 29 REGISTRO: 48544

CIRURGIA: Troca de soro e sangue CIRURGIÃO: Wesley Santiago

ANESTESIA: Raquin ANESTESISTA: Filipe

INSTRUMENTADORA: Fabício DATA: 01.03.2022 INÍCIO: 23:05 FIM: 00:00

COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL
CAP. José de Almeida

GOVERNO DA PARAIBA

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
✓	TX. de Instrumentador	2	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp
	TX. Bomba de Infusão	7	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
6	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
✓	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
✓	TX. Bisturi Elétrico	2	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	5	Eletrodos desc.
1	Neocain <u>perda</u>	3	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelcín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	✓	Esparadrapo
	Etodimide	✓	Xilocaina Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	✓	PVP-Tintura <u>Elovia</u>
1	Dimorf	✓	Gases
	Lanexat 0,5 ml	✓	Algodão Hidrófilo <u>Arador Externo 350</u>
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha Descartável
2	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Eferit <u>Quase 400</u>		Fio Cromado 1 s/ agulha
2	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2 c/ agulha
1	Dietil <u>Extrudado</u>		Fio Cromado 2 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples
✓	Dipirona		Cat-gut Simples
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		



TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandúhy Carneiro.

Nome do Paciente JOSE JONAS FERREIRA RG _____

Nome do Médico _____ CRM _____

Procedimento Cirúrgico _____

Data da realização _____/_____/_____

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.

2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.

3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.

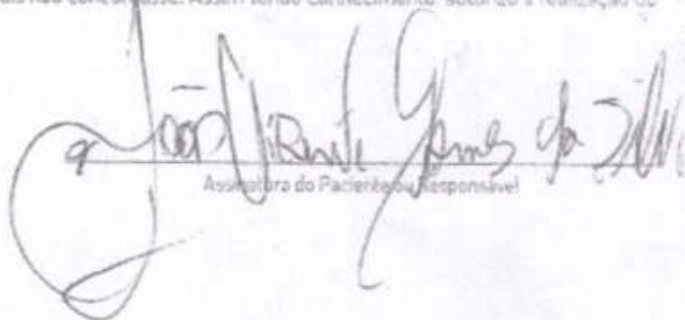
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos e benefício e alternativa.

5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordei. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Patos, 01 de maio de 2020



Assinatura do Paciente ou responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondo todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Patos, _____ de _____ de _____



FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: RNP Enfermaria: _____

Leito: _____ N° Prontuário: 48544 Data: 06/03/20

Nome: JOSE JONAS FERREIRA

Sexo: () Feminino (X) Masculino Idade: 29 Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: P

Data Nascimento: _____ Pressão Arterial: 120/80 Pulso: 90 Respiração: 20

Temperatura: 36 Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____

Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

na: Exames: UPM

Relatório Respiratório: NDN Asma: _____ Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: NDN Eletrocardiograma: M

Aparelho Digestivo: _____ Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: consciente Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: fract. exp. omos Estado Físico: II Risco: I

Anestesia Anteriores: perna

Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____

Agente Anestésico	Indução	Manutenção	Despertar
Propofol 100 mg	Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____	Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____	Reflexos na S0 _____
Propofol 500 mg	Laringo Espasmo _____ Lenta _____	Não, porque? _____	Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____
Propofol 100 mg	Náuseas _____ Vômitos _____	Náuseas _____ Vômitos _____	Outros _____
Propofol 100 mg	Outros _____	Outros _____	Com cânula para o leito sim _____ não _____

Posição: DDH

Agentes: propofol 100 mg; morfina 10 mg

Técnica: peridural Operação: Int. cir. Fract. omos do puno

Cirurgiões: Diogo Anestesiistas: _____

Observações: _____



ortopedia e traumatologia

Materials Médico Hospitalar EIRELI

0007267

PEDIDO DE VENDAS

№

1 - 1 Caixa Pronta

☐ Calyx Fixa

NF №

Prentice

Hospital

Paciente

Medico

Instructional order

Continuo

Procedimiento

QUANT.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	COD	V. UNIT	V. TOTAL
01	1 unidade: Lente de contato	0712103015		
08	8 unidades: Lente de contato	0712103015		

José H. Siqueira Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 7417

Ido H. Swarcman Laureana
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RS 7417

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54763-138

PHONE: (81) 3129-2456

E-mail: cronos1tda@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/02/2022 12:31:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22021712313276800000051707699>

Número do documento: 22021712313276800000051707699

Num. 54583462 - Pág. 15

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 98150 PRONTUÁRIO 48544
DATA 01/03/2020 HORA 22:27 OPERADOR WRAMALHO
MÉDICO DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO
PACIENTE JOSE IVANES FERREIRA IDADE 29a 2m

RESUMO CLÍNICO:

Tratamento realizado com sucesso em pessoa (E)

DIAGNÓSTICO:

Fratura de fêmur da perna (E)

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Tratamento cirúrgico de fratura com
unificação de fratura interna em tábua (E)

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Fratura consolidada com unificação no
momento do tratamento com o fêmur.

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Alta em 15 dias / Curativo diário

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

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 10 DE 03 DE 20

HORA DA ALTA MÉDICA: 10:00h

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

MÉDICO/PM



Hospital Regional de Patos - RX

000000699078

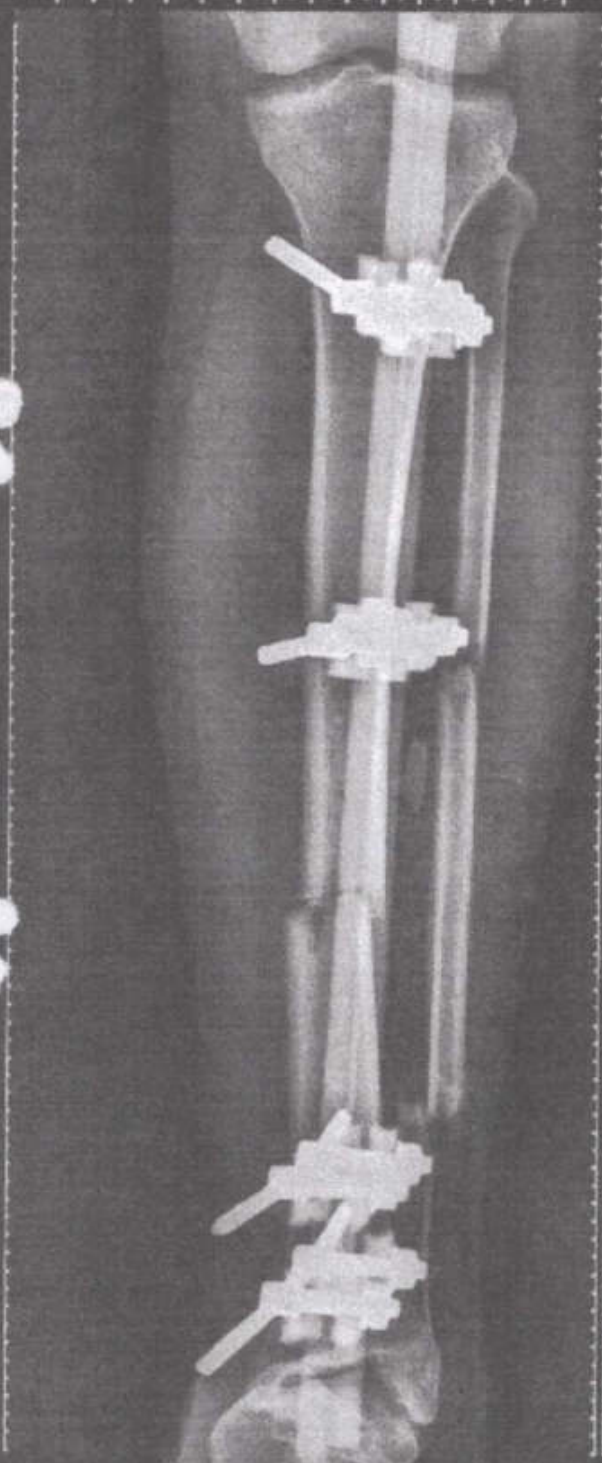
62%

El_472

000000699078

62%

El_3492



Tibia/Fibula E. Lateral

10/Mar/2020 11:51:39

Tibia/Fibula E. AP

10/Mar/2020 11:52:00

000000038850

JOSE IVANES FERREIRA, *17/Dez/1990



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/02/2022 12:31:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22021712313276800000051707699>

Número do documento: 22021712313276800000051707699

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Alex Evaristo Ferreira

Da Clínica: Interna Enfermaria: A. Amarelo

A Clínica: Cardiologia Leito: 05

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Risco cirúrgico

Data: 02 / 03 / 2020

05:00h.

Assinatura do Médico Consultor

PARECER: RD: 29

Risco Cirúrgico

Comorbidades: Não

Medicação em uso: Não

Sinais: Não

Exames complementares: Não

Tipos de Cirurgias: MIG (perna esquerda)

Exame físico: BB regular, axilas, insuflado. glând. prost. aument. 100g.

ACV: RR 1m CT, BCF, SIC FC 110 BPM PA 100x60 mmHg.

AR: MV 2m HT, 52A SatO₂ 95%

ECG: Taquicardia sinusal.

Baixo Risco


Claudio M. de Fianco
Cardiologia/Geriatria
CRM 4890

Data: 02 / 03 / 2020



Hospital Regional de Patos - RX

62 %

El 5/40



Jodlho, Lateral

1/Mar/2020 22:34:54

20200301 01-0003

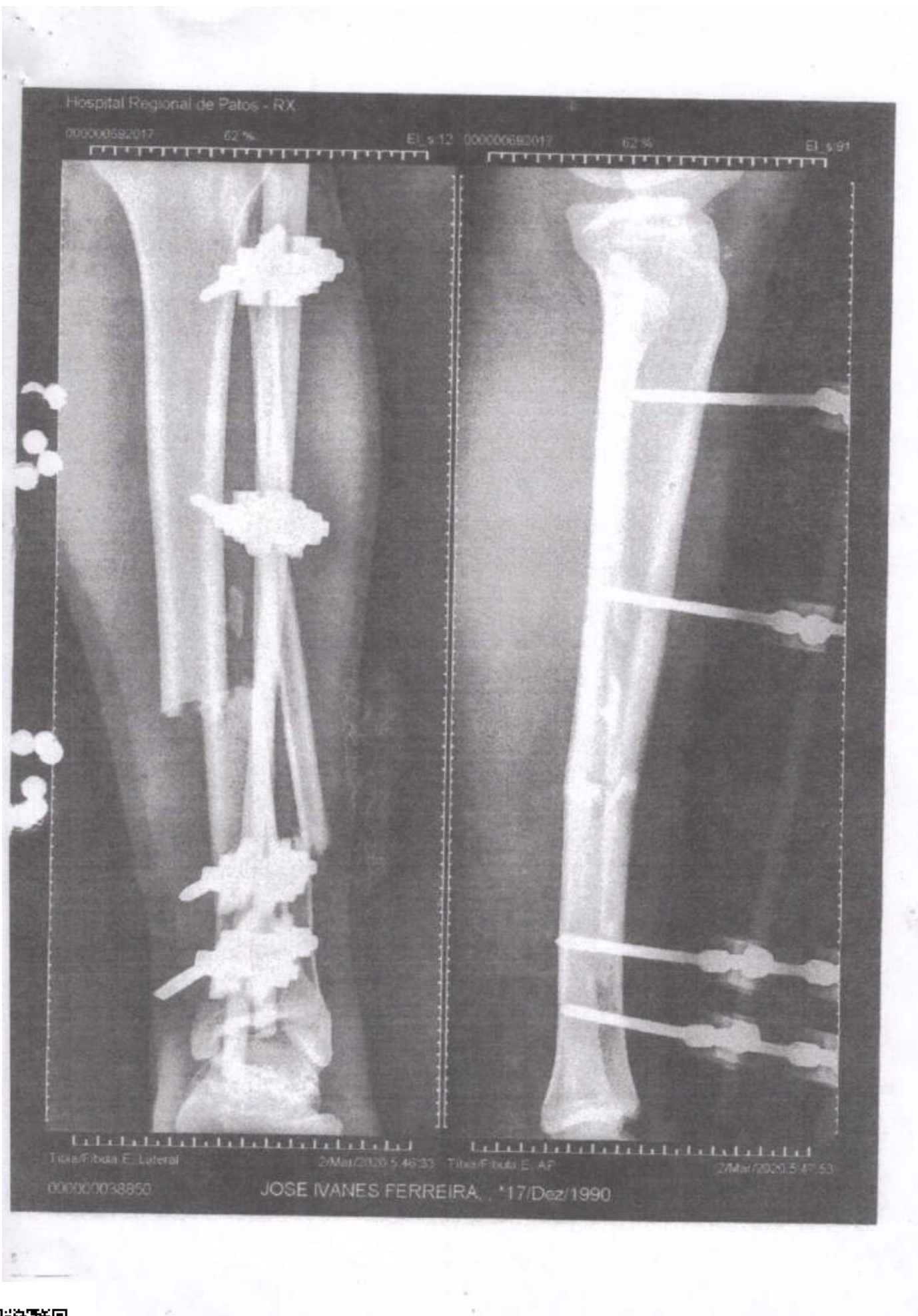
JOSE IVANES FERREIRA, .



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/02/2022 12:31:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22021712313276800000051707699>

Número do documento: 22021712313276800000051707699



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
IVANILDO CARDOSO DE SOUSA

DOC. ENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
1024613 SSP PB

CNPJ
425.209.324-49 DATA NASCIMENTO
27/12/1965

FILIAÇÃO
JOSE RAIMUNDO CARDOSO
FRANCISCA CARDOSO DE SOUSA

PERMISSÃO
ACE CAT. 000 A3

NP REGISTRO
04556747627

VALIDADE
25/11/2018

1ª EXATIDÃO
26/01/2009

VALIDADE EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
881512510

CONDIÇÕES
A

LOCAL
CONCEICAO, PB

DATA EMISSÃO
27/11/2013

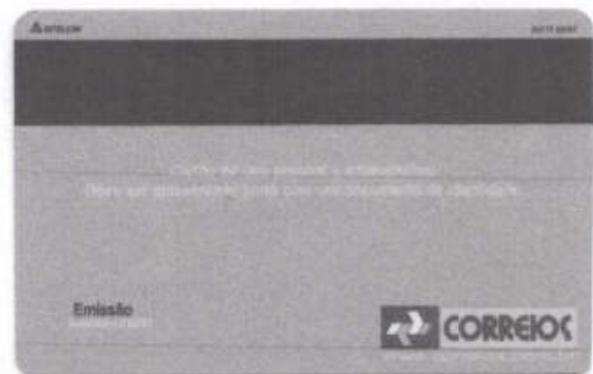
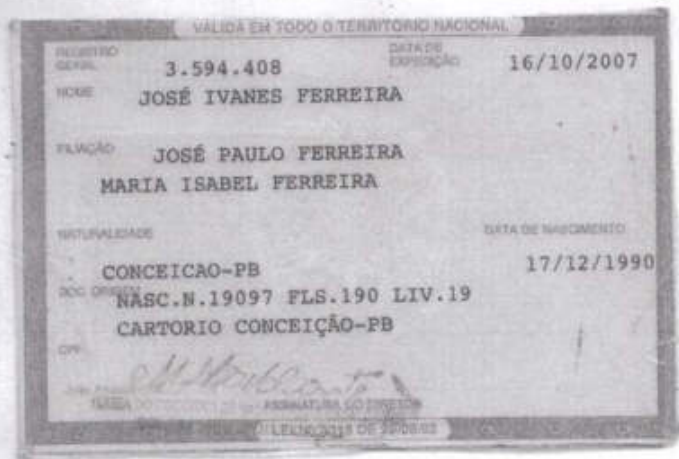
RODRIGO CARVALHO
ASSISTENTE DE SERVIÇOS

07788240496
PB027514498

OFICINA DE HABILITAÇÃO

FRANCISCO PLASTIFICAR
881512510





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014057619514

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 01 935573488 0000000000 2018

JOSE IVANES FERREIRA
MAURITI/CE

09069126443
9C2KC08508R014006

HONDA/CE 150 TITAN ES
2P/0CV/149CC

180.65 0.70 185.50 10/09/2018

MAURITI

17/01/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE UMOS PRESTADOS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR CARGA ALPESOR
CHASSIS DO VEICULO

CE Nº 014057619514 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

09069126443
HYB5335

014057619514 47532666453

2018 17/01/2019

01 09069126443
935573488
2007 09 9C2KC08508R014006

PRÊMIO TARIFARIO
FMS (R\$) 9.08
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.90

4.15 0.70 185.50 10/09/2018

LOTE/DOC-218884/20-14006
MOTOR: KC08E58014006

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE IVANES FERREIRA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 3.594.408, órgão expedidor SSP PB
e do CPF 090.691.264-43, residente no(a) R. JOSE CARVALHO BATISTA
nº 578, bairro: S. GERALDO, município: CONCEIÇÃO / PB

OUTORGADO:

Nome: IVANILDO CARDOSO DE SOUSA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: RECUSO, portador(a) do RG 1024813, órgão expedidor SSP-PB
e do CPF: 425.209.324-49, residente no(a) RUA PREF. JOÃO FAUSTO
nº 964, bairro: CENTRO, município: CONCEIÇÃO / PB

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ / _____

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JOSE IVANES FERREIRA

CPF 090.691.264-43 data do acidente: 01/03/2020

Local e data: CONCEIÇÃO, PB 10/08/2020

X JOSE IVANES FERREIRA

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0223652/20

Vítima: JOSE IVANES FERREIRA

CPF: 090.691.264-43

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE IVANES FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IVANILDO CARDOSO DE SOUSA : 425.209.324-49

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE IVANES FERREIRA : 090.691.264-43

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: 11/08/2020
Nome: IVANILDO CARDOSO DE SOUSA
CPF: 425.209.324-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/08/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

IVANILDO CARDOSO DE SOUSA

MARCOS AURELIO VIDAL





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, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200285083

Vítima: JOSE IVANES FERREIRA

Data do Acidente: 01/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVANILDO CARDOSO DE SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE IVANES 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, contados 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 16023599

Pag. 00999/01000 - 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, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200285083

Vítima: JOSE IVANES FERREIRA

Data do Acidente: 01/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVANILDO CARDOSO DE SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE IVANES 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 um dos membros inferiores 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: **JOSE IVANES FERREIRA**

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

Banco: **001**

Agência: **000000913-X**

Conta: **0000026702-3**

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 090.691.294-43 3 - CPF do titular: 090.691.264-43 4 - Nome completo da vítima: José Ivanes 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: JOSÉ JUANES FERREIRA 6 - CPF: 090.691.264-43
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: R. JOSÉ CANDIDO BATISTA 578
11 - Bairro: SÃO GERALDO 12 - Cidade: CONCEIÇÃO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.970-000
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: ☒ RECURSO 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 BRASIL S/A

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 0913 ☒ CONTA: 26.702

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 nascturo (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
de quem
assina o
pedido

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, CONCEIÇÃO - PB 10/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/02/2022 12:31:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22021712313276800000051707699

Número do documento: 22021712313276800000051707699

Num. 54583462 - Pág. 28



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL Nº 124/2020

DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA

NATUREZA: **ACIDENTE DE TRÂNSITO** DATA DO FATO: 01/03/2020
HORA: 18h40min LOCAL DO FATO: Rodovia PB 386, km 8, Sítio Espinheiro, Conceição/PB

DADOS DO NOTIFICANTE

NOME: EDMILSON FERREIRA GOMES	ALCUNHA: DIÁ DO POSTO
NATURALIDADE: Conceição/PB	NASCIMENTO: 09/06/1975
PROFISSÃO: Frentista	ESTADO CIVIL: Casado
DOCUMENTO: 1903804 SSP/PB	
FILIAÇÃO: Antonio Gomes Cardoso e de Agina Ferreira Cardoso	
ENDEREÇO: Sítio Cabaça dos Martins, Conceição/PB	
REFERÊNCIA:	TELEFONE:

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

QUE é irmão de ROSENI FERREIRA CAROSO, morta em decorrência do acidente de trânsito, ocorrido no último dia 01/03/2020; QUE ROSENI vinha como garupela na motocicleta conduzida por JOSÉ IVANES FERREIRA, esposo da vítima, quando, nas proximidades do km 8, da rodovia PB 386, fora abalroada por um automóvel PALIO, cor laranja; QUE na moto, vinham três ocupantes, a saber: ROSENI FERREIRA CARDOSO, ANTÔNIO GOMES CARDOSO (pai de Roseni) e JOSÉ IVANES FERREIRA (condutor da moto e esposo da vítima); QUE os três ocupantes da moto ficaram caldos ao solo, sendo que ROSENI fora socorrida antes da chegada do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU, por familiares para os atendimentos de primeiros socorros no Hospital Caçula Leite, em Conceição, enquanto os outros dois acidentados foram atendidos pelo Serviço; QUE ROSENI faleceu no dia 03/03/2020, às 06h, no Hospital Antônio Targino, em Campina Grande, e os outros ocupantes continuam internados no Hospital Regional de Patos; QUE o condutor do automóvel, depois identificado como sendo a pessoa conhecida por ERINALDO, fora preso e autuado em flagrante delito na Cidade de Itaporanga; QUE a motocicleta trata-se de uma HONDA/CG 150 TITAN ES, cor CINZA, placa HYB5335/CE, chassi 9C2KC0850BR014006, renavam 935573488, ano fab./mod. 2007/2008, licenciada em nome de JOSE IVANES FERREIRA; QUE a Certidão e a Declaração de Óbito atestam a morte, conforme cópia em anexo.

Nada mais a consignar.

Conceição-PB, 13 de março de 2020, às 11h30min.

Sob a responsabilidade do Del. Pol. **RENATO ANDERSON DE OLIVEIRA LEITE**

Edmilson Ferreira Gomes

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro
Heryk Ewerton P. de Sousa
Matrícula: 154.917-1

POLEGAR DIREITO

