



Número: **0801746-28.2022.8.15.0381**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Itabaiana**

Última distribuição : **05/05/2022**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA (AUTOR)	RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69602625	28/02/2023 10:09	2880238_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	07/01/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	320046740201
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000014908

Número da Autenticação

CE08F3A3B4E351A2



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200467402 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA.
FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES. P.5
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 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





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, 14 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200467402

Vítima: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANILDO OLIVEIRA 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: **IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001456**

Conta: **0000014908-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01665/01666 - carta_15R - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 043.554.944-89 4 - Nome completo da vítima: Iramildo Oliveira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA) BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUPLEN Nº 440/2012

5 - Nome completo: Iramildo Oliveira da Silva 6 - CPF: 043.554.944-89
7 - Profissão: Rêgo 8 - Endereço: Resentamento Maravilha 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: São Miguel de Taubaté 13 - Estado: PB 14 - CEP: _____
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 183 98855-1045

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): CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 456 CONTA: 14908 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 discordar de 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 nascento (nel 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 Lider 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: _____
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: São Miguel de Taubaté, 12 de dezembro de 2020.
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): _____
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

2/2019





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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00504.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00504.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:56 horas do dia 10 de dezembro 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 **Ivanildo Oliveira da Silva**, conhecido(a) por Ivan, CPF nº 043.554.944-89, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Margarida Domingos da Silva e Sebastião Domingos da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 10/10/1981 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Assentamento Maravilha, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo do Sítio Matavalha, na cidade de São Miguel de Taipu/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb-042, nº S/N, Via Pública, Próximo do Bar da Mangueira, São Miguel de Taipu/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 22/08/20 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo POP 100i, marca **HONDA**, tipo de veículo **MOTOCICLETA**, cor **VERMELHA**, ano 2016/2016, UF: PB, placa QFO-0207, chassi 9C2JB010GR509136, renavam 0109241213-9, características gerais: Veículo Em Nome do Declarante e Demais Dados No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO TRAFEGAVA COM O VEÍCULO NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JÁ DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE QUANDO PERDEU O CONTROLE E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE E QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E COMO O DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA NA DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA E NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO "D.P.V.A.T." AO QUAL FAZ JUS, VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS E 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 DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTA 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, excepo a presente Certidão, A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 00504.01.2020.1.05.101

1/2



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 PARAIBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 10 de dezembro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00504.01.2020.1.05.101

2/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 043.554.944-89 4 - Nome completo da vítima: Ivarildo Oliveira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA)/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUPLEN Nº 440/2012

5 - Nome completo: Ivarildo Oliveira da Silva 6 - CPF: 043.554.944-89 7 - Profissão: Rêgo 8 - Endereço: Resentamento Maravilha 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: São Miguel de Taubaté 13 - Estado: PB 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 183 98855-1045

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 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: AGÊNCIA: 456 CONTA: 14908

AGÊNCIA: 456 CONTA: 14908

Autorizo a Seguradora Lider 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 de Seguradora Lider 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 discordar de 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 nascento (nel 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 Lider 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 digitalizada 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: São Miguel de Taubaté, 12 de Dezembro de 2020. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

2/2019



2020

50

24/02

Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

CNPJ: 07.043.888/0001-91

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123812 - Tel.: 8332165700

PARAIBA
Governador do Estado

Boletim de Atendimento: 1252965



Identificação do paciente			
Nome	IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA		Sexo Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
10/10/1981	38 anos 10 meses 12 dias	CASADO(A)	CATOLICA
Mãe	Pai		Prontuário
MARGARIDA ANDRE DE OLIVEIRA	SEBASTIAO DOMINGOS DA SILVA		
Escadaria	Responsável (Parentesco)		
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	IVANICE OLIVEIRA DA SILVA - IRMAO(A)		
DDD Celular	Celular	DDD	Telefone
03	687148679		
Tip. documento	Número documento	Nº Crs.	
RG (IDENTIDADE)	2724056	706007603230745	
Local de procedência		Tipo	UF
SÃO MIGUEL DE TAIPIU		MUNICIPIO	PB
Endr.	Naturalidade	CBOIR	
	SANTA RITA		
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58334000	SÃO MIGUEL DE TAIPIU	PB	MARAVALHA
Numero	Complemento		Bairro
SN			ZONA RURAL
Admissão			
Data e Hora	Numero da pulseira	Convênio	
22/02/2020 20:37:06	1000007964458	SUS	
Especialidade		Clinica	
CIRURGIA GERAL			
Classificação de risco		Origem do paciente	
		OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Carater de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente	
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial	Piano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
AMBULANCIA			
Sinais Vitais			
PA	Pulso	Temperatura	
X			
	mmHg		
Exames complementares			
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrassonografia []
Dados clínicos			
Diagnostico			CID
Atendido por			Tempo
RENATA HERCULANO DA SILVA			01seg
Imprimir			

050/cub/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1252965



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/02/2023 10:09:25

https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2302281009256640000065692908

Número do documento: 2302281009256640000065692908

Num. 69602625 - Pág. 8



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Sua vez
PARAÍBA
Governador João Pessoa

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

Paciente IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA	RAE 1252965	Data/Hora Entrada 22/08/2020 20:37:06	Data Birth
Data de nascimento 10/10/1981	Idade 38a 10m 13d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 967148673
Mãe MARGARIDA ANDRE DE OLIVEIRA		CNS 706007803230745	Prontuário
Endereço MARAVALHA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município SÃO MIGUEL DE TAIPI	UF PB
Accidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 22/08/2020 20:37:06		Data/Hora Prescrição 22/08/2020 22:34:10	

ANAMNESE

Paciente conduzido em ambulância referindo dor forte em ombro esquerdo após queda de moto. Nega perda de consciência, náuseas ou vômitos. Apresenta abaulamento em ombro esquerdo com dor à palpação local e limitação dos movimentos do m.m.e. Mobilidade do pescoço e membros preservada. Tórax e abdome: ndh conduta: analgesia + exs. radiol. + alta da cirurgia + parecer da ortopedia.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,4 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE S.S.)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

CID10

M79.6 - Dor em membro

Conduta

Em observação

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(2489/PB)

Boletim registrado por: RENATA HERCULANO DA SILVA em 22/08/2020 20:37:07



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

7 Hospital Estadual de Emergência e Trauma Rua...		Usuário: GILVANDO Boleim: 1252965	
Nome: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA Motivo do Atendimento:		Data Prescrição: 22/08/2020 22:34:10 Validade da Prescrição: 22/08/2020 22:34:00 - 23/08/2020 22:34:00	
Data de Nascimento: 10/10/1981 Idade: 38		Nº Prontuário: 1252965 Sexo: MASCULINO	
Matriculada:		Senha:	
Data de entrada: 22/08/2020 20:37:06 Data de Internação:		Permanência na: 1h 57min Permanência no:	
Via de Admin.:		Veloc. Inf.:	
Pos:		Aprazamento:	
Nome do medicamento:		Reimpresso por:	
Dose:		dia:	
U.M.:		E.V.:	
ML:		AGORA	
1. DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)		Observação: diluir em 10 ml de ad	

Assinado eletronicamente por:
 GILVANDO CARNEIRO LEAL
 null: 24/88

Assinatura e Carimbo do Profissional



Nº: 677902

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA	CNS 706007803230745	Idade
Data de Nascimento 10/10/1981	Boletim Emergência 1252965	Prontuário
Material a examinar		
Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO		
Data Prescrição: 22/08/2020 22:34:10		

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO/ESQUERDAS-POSICOES)
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

*pre/amb-300/E)
22.08.2020
22.08.2020*

SM

CMO ~~*[Signature]*~~

Gilvando Carneiro Leite
Cirurgião Geral - CRM 24888

Requisitado por
Data

Assinatura e Carimbo do Profissional



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.724.056 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 02/09/2014

NOME IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

FILIAÇÃO SEBASTIÃO DOMINGOS DA SILVA MARGARIDA ANDRÉ DE OLIVEIRA

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 10/10/1981

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº3898 - LIV.A-4 - FLS.091 - CARTORIO SÃO MIGUEL TAIPU PB

CPF 043.554.944-89

Estado Pessoa - PB

LEI Nº 7 116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recife Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número **043.554.944-89**

Nome **IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA**

Nascimento **10/10/1981**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTRUTURA DA IDENTIDADE

L-237

RESERVAÇÃO DE NOME PARA O REGISTRO DE IDENTIDADE

IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

ASSISTENTE SOCIAL

CARTeira DE IDENTIDADE



DENATRAN

LACRE 004305361

DETRAN - PB Nº 015456934764
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA BPT 20200300001281-7 EXERCÍCIO
1 0109241213-9 00/00000000 2019

NOME
IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

CPF / CNPJ PLACA
04355494489 QFO0207/PB

PLACA ANT / UF CHASSI
NOVO PB 9C2JB0100GR509136

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/POP 1101 2010 2010

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/109 /CI PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS
I 00/00/0000 1º
P 2º
V FAIXA I PVA PARCELAMENTO / COTAS 3º
A ***** 0

PHÊMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 03/02/2020

OBSERVAÇÕES
A F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOCAL DATA
SAO MIGUEL DE TAIPU-PB 03/02/2020

41947  40720

CONTRAN



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374163/20
Vítima: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 043.554.944-89
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/08/2020
CPF de: Próprio
Titular do CPF: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA : 043.554.944-89

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: 23/12/2020
Nome: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 043.554.944-89

IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2020
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

