



Número: **0803982-06.2023.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/01/2023**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JEFFERSON PEREIRA MARCELO (AUTOR)	THAIS EMMANUELLA ISIDRO ALVES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72591697	02/05/2023 11:54	Petição	Petição
72592400	02/05/2023 11:54	2880629_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_03	Outros Documentos
72592403	02/05/2023 11:54	2880629_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
72592404	02/05/2023 11:54	2880629_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 28 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210009151

Vítima: JEFFERSON PEREIRA MARCELO

Data do Acidente: 05/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON PEREIRA MARCELO

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: **JEFFERSON PEREIRA MARCELO**

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

Banco: **077**

Agência: **000000001**

Conta: **000002537889-9**

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.

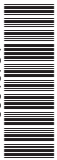
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01461/01462 - carta_15R - INVALIDEZ

00010731





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: 303.746.734-58 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Pereira Marcelo

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

5 - Nome completo: Jefferson Pereira Marcelo 6 - CPF: 303.746.734-58
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Dália Cantalice Falcão 9 - Número: 511 10 - Complemento: 250
11 - Bairro: HEITZ SANTIAGO 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: RS 14 - CEP: 58910-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (83) 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:
 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 POUAPANÇA (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: Santander
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0003 CONTA: 2537889 9

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 resíduo (patrimônio)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Imprescindível para quem não sabe escrever
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, 12 de dezembro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
* Jefferson Pereira Marcelo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019





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 00499.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00499.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:28 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 **Jefferson Pereira Marcelo**, conhecido(a) por Jeferson, CPF nº 101.746.714-58, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Luzimar Pereira Marcelo e Não Declarado, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 10/11/1992 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dalva Cani Alice Falcone, Nº S/N, complemento CASA, bairro Heitel Santiago, tendo como ponto de referência Próximo do Posto de Combustíveis "Almeida", na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, nº S/N, Via Pública, Próximo da Loja "só-tratores, Comércio de Peças e Implementos Agrícolas", Bayeux/PB, bairro Mangueiros; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 05/10/20 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 FAN ESi, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2010/2010, UF: PB, placa NQG-1558, chassi 9C6KC1550AR209111, renavam 00258484365, 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 CAIU E SE MACHUCOU SERIAMENTE APÓS SOFRER UMA FECHADA POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO, SENDO QUE ELES SE EVADIRAM DO LOCAL DOS FATOS SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 00499.01.2020.1.05.101



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 10 de dezembro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

JEFFERSON PEREIRA MARCELO

Noticiante



Procedimento Policial: 00499.01.2020.1.05.101

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: 303.746.734-58 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Pereira Marcelo

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

5 - Nome completo: Jefferson Pereira Marcelo 6 - CPF: 303.746.734-58
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Dália Cantalice Falcão 9 - Número: 511 10 - Complemento: 250
11 - Bairro: HEITZ SANTIAGO 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: RS 14 - CEP: 91900-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (51) 98855-1045

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 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 POUAPANÇA (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: Santander
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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 resíduo (patrimônio)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprescindível para quem não sabe escrever
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

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, João Pessoa, 12 de dezembro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
* Jefferson Pereira Marcelo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



FLA DALVA CANTALICE FALCONE BIN/MULTI TB - BTEL SANTA RITA / PB CEP: 5830000 (AO: 1)



CPF/CNPJ/RAM: 105 348 394-00

Cidade: CONVENCIONAL, DAMA TENDÃO / SUBGRUPO B1
Cluster: RES MTC B1 / SUBVIA: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
R.1199 18-B-341-1020 N° Medidor: 00009831956

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1592649-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00015026496

VALOR DA FATURA
R\$ 217,04

VALIDADEZ
11/10/2020

REFERÊNCIA
Set / 2020

CONSUMO
165kWh

5,16 kWh MEDIDA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CC	Descrição	Quant	Taxa de Tributos	Valor Base	Cat	Alz	CMS	Base Calc	P.N.E	Cotat	RE
001	Consumo em kWh	165	0,00	136,96	136,96	27	36,96	136,96	1,27	5,99	
007	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS										
008	CONTRIB SERV LUM PLUBLICA			10,82	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
009	PARCELAMENTO DE DÉBITO 12/12			69,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC1 Código de Classificação do tom
Taxa de Tributos: 0,582112
RESERVADO AO FISCAL: c79b.c3b5.a042.d594.c744.1611.aad9.654c.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		CONDIÇÃO DO CONSUMO	
Set/20	165	Anterior 27/09/20	3942
Agosto	209	Atual 28/09/20	3806
Julho	156	Consumo	1054 kWh
Junho	116	Período	22 dias
Mai	107	Constante do medidor	1
Abril	116		
Março	143		

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Del. de Energia/PS	17,91	17,10
Consumo de Energia	36,70	16,89
Serviço de Transmissão	7,19	3,31
Energia Entregue	7,90	3,64
Impostos Diretos e Encargos	54,62	25,13
Outros Serviços	69,26	31,98
Total	217,04	100,00

PRÓXIMA LEITURA
28/10/2020

INDICADORES DE QUALIDADE

REFERÊNCIA (Período - Consulta Semestral)	GENÉRAL	APURADO	TRIMEST. ANUAL	LIMITE (TENSÃO %)		
NO 21001	6,21	6,21	13,92	11,22	NORMAL	220
NO 21002	3,30	3,30	6,90	11,22	CONTABILIZADA	202
NO 21003	3,29	3,29	6,90	11,22	LIMITE SUPERIOR	202
NO 21004	11,22	11,22	11,22	11,22	LIMITE SUPERIOR	231

ATENÇÃO

A leitura é realizada ao menos na data indicada na sua conta de luz. É de responsabilidade do cliente manter o acesso à rede elétrica em condições adequadas para a realização das leituras, independentemente do horário de atendimento ao cliente. Os fatos não passíveis de reclamação para o atendimento ao cliente, mas que possam causar danos ao cliente ou a terceiros, são de responsabilidade do cliente.

- Fique atento às Parâmetros, conforme tabela anexa.

- Riqueza tarifária maior 4,25% a partir de 28/09/2020, conforme RQ nº 2.765/ANSEL.

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - R. 200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ: 09.986.180/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal: Conta de Energia Eletrônica Nº 01 / 411.296 - Emissão: 28/09/2020

BANCO DO BRASIL PAGA O DEBITO AUTOMATICAMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03268 928007 02166 275178 4 84050000021704

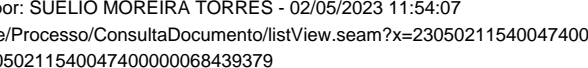
Remetente: JESSYCA RAQUEL DA SILVA GABRIEL PEREIRA - CPF/CNPJ: 105 348 394-00
FLA DALVA CANTALICE FALCONE BIN/MULTI TB - BTEL SANTA RITA / PB CEP: 58300000

Beneficiário: ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.986.180/0001-40
R. 200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-880

Agência / Código do beneficiário: 3084-3/3447-3

Número do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
001592649202009	11/10/2020	R\$ 217,04	

RECEBUEIRO: ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.986.180/0001-40
R. 200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-880



JESSYCA RAQUEL DA SILVA GABRIEL PEREIRA
RUA DALVA CANTALICE FALCONE, S/N / QD 6 LT 7B - EITEL SANTI
SANTA RITA / PB CEP: 58300000 (AG: 1)



C.F.F./CNPJ/RANI: 105.348.384-80

Grupos CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe RES MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Retorno 18-9-341-1050 Nº Medidor 00008831958



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1592649-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00015926496



VALOR DA FATURA

R\$ 217,04



VENCIMENTO

11/10/2020



REFERÊNCIA

Set / 2020



CONSUMO

165kWh

5,16 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS





Identificação do paciente			
ID 1540269	Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27 anos 11 meses 13 dias	Estado civil	Religião
Mãe LUZIMAR PEREIRA MARCELO	Pai NAO DECLARADO		Prontuário 125230
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE		
DDD Celular 83	Celular 988820344	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3612593	Nº Cns 705001671742252	
Local de procedência BAYEUX	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58068760	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ENEDINO JORGE DE ANDRADE
Número 4	Complemento	Bairro OITIZEIRO	
Admissão			
Data e Hora 05/10/2020 09:08:46	Número da pulseira 1000008774896	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por JOSINETE BARBOSA DA CUNHA			Tempo

Imprimir





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Manoel de Lucena



Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Documento de Alta

Nome: JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Sexo: Masculino		Número Prontuário: 125230	
Data de Nascimento: 10/11/1992	Idade: 27A 10M 26D	Data de Internação: 05/10/2020 12:56:49	Data de Alta: 19/10/2020 07:01:47	BAE: 1261291	
Mãe: LUZIMAR PEREIRA MARCELO					
Endereço: RUA ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4		Bairro: OITIZEIRO		Município: JOAO PESSOA	UF PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA					
Conduta:					
Resumo da internação: #ORTOPEDIA 1º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMEMO PROXIMAL DIREITO SEM INTERCORRENCIAS POR DR. JERRY E DR. LUCAS					
Resultado de Exames: RADIOGRAFIAS					
Tratamento: 1º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMEMO PROXIMAL DIREITO SEM INTERCORRENCIAS POR DR. JERRY E DR. LUCAS					
Diagnóstico: S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero					
Recomendações: CD: ALTA HOSPITALAR. ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST MEDICAÇÕES VIA ORAL DR. HEISENBERG					

Data: 19/10/2020

Dr. Heisenberg Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM: 12411 - PB

AUGUSTO GONCALVES
SARMENTO JUNIOR
CRM: 12411 - PB





Identificação do paciente

Nome	JEFFERSON PEREIRA MARCELO			Sexo	Masculino
Idade	27 anos 10 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Pai			NAO DECLARADO		
Responsável (Parentesco)			JOELSON MARQUES - ACOMPANHANTE		
Celular	988820344	DDD	Telefone		
Número documento	3612593	Nº Cris			
Tipo	MUNICIPIO	UF	PB		
Naturalidade	SANTA RITA	CBO/R			

Endereço

Município de residência	JOAO PESSOA	UF	PB		
Logradouro	ENEDINO JORGE DE ANDRADE				
Complemento	Bairro OITIZEIRO				

Identificação

Número da pulseira	1000008774896	Convênio	SUS		
Clínica	CLINICA GERAL				
Origem do paciente	RUA				
Motivo do atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente	VEICULO X MOTO		

Indicadores e Transporte

Plano de saúde	Não	Veio de ambulância	Não		
Trauma	Não				
Quem transportou	BOMBEIROS				

Sinais Vitais

Pressão arterial	X	mmHg	Pulso	Temperatura
------------------	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

CID

Tempo

Imprimir





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



Somos todos
PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 259262

Paciente JEFFERSON PEREIRA MARCELO	BAE 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Baixa
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27a 10m 25d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LUZIMAR PEREIRA MARCELO			Telefone de Contato (83) 988820344
Endereço ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4	Bairro OITIZEIRO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	UF PB
Data/Hora Classificação 05/10/2020 09:08:46		Data/Hora Prescrição 05/10/2020 09:40:12	Nº Cons. Regional 4417/PB

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 2H (COLISÃO C/ CARRO), QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO D E NA BOCA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, TONTURA, GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA, NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATORIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS, NÃO TEM QUEIXAS DE DOR E NÃO APRESENTA SINAIS DE FRATURAS EM MMII. APRESENTA ESCORIAÇÕES NO JOELHO D, FACE, MÃO D + EDEMA EM LÁBIO SUPERIOR, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO, NEGA VAT. AO EXAME= EGR, EUPNEICO, CORADO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE OMBRO D + SOLICITO PARECER DO ORTOPEDISTA e BMF + PRESCREVO SAT E ANALGESIA. LIBERADO DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)

CUIDADOS

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTITETANICA 250UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Ana Virginia Lima da Costa
Cirurgia - Geral
05/10/2020

Alcelh

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
(: 4417/PB)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 05/10/2020 09:08:46



Paciente JEFFERSON PEREIRA MARCELO	BAE 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Baixa
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27a 10m 25d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LUZIMAR PEREIRA MARCELO	Bairro OITIZEIRO	Município JOAO PESSOA	Telefone de Contato (83) 988820344
Endereço ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Data/Hora Classificação 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Prescrição 05/10/2020 12:34:21	UF PB
			Nº Cons. Regional 12411/PB

ANAMNESE

#ORTOPEDIA PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 2H (COLISÃO C/ CARRO), QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO D RX EVIDENCIANDO FX DE UMERO PROXIMAL DIREITO CD IMOBILIZAÇÃO INTERNO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS POR DR. FRANCISCO GUEDES

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

TRAMADOL 50 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 8/8H

CUIDADOS

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

IONOGRAMA

CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero



Conduta

Internar Paciente



Enfermeiro

AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
(CRM: 12411/PB)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 05/10/2020 09:08:46



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

Paciente: **JEFFERSON PEREIRA MARCELO**
Data de nascimento: 10/11/1992 Idade: 27a 10m 25d
Mãe: **LUZIMAR PEREIRA MARCELO**
Endereço: **ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4**
Acidente: **VEICULO X MOTO**
Data/Hora Classificação: 05/10/2020 09:08:46

BAE: 1261291
Sexo: Masculino
Data/Hora Entrada: 05/10/2020 09:08:46
CNS:
Município: **JOAO PESSOA**
Profissional: **ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA**
Data/Hora Prescrição: 05/10/2020 11:26:59

Data Baixa:
Telefone de Contato: (83) 988620344
Prontuário:
UF: **PB**
Nº Cons. Regional: 3040/PB

Bairro: **OUTIZEIRO**

ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO A APROXIMADAMENTE 4 HORAS, NEGA ÊMESE E SÍNCOPE. NO MOMENTO EM URG. LOTE. DEAMBULANDO, CONTACTANTE, AFEBRIL AO TOQUE. AO EXAME CLÍNICO DA FACE OBSERVA-SE ESCORIAÇÃO EM DORSO NASAL, LÁBIO SUPERIOR E MENTO. SEM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL OU MOVIMENTOS MANDIBULARES. AUSÊNCIA DE SINAIS CLÍNICOS DE FRATURA NOS OSSOS DA FACE. ALTA BMF AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES. CD: - AVALIAÇÃO E ALTA BMF. AOS CUIDADOS DEMAIS ESPECIALIDADES.

CID10

S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

Conduta

Em observação

Anna Priscilla C. da Cunha
COREN PB 366.716/2016
Enfermeira

André Gustavo Barbosa Luna
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRO 3040/PB
ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
(: 3040/PB)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 05/10/2020 09:08:46





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Unidade de Pronto Socorro



PARAÍBA
GOVERNO DO ESTADO

Endereço: RUA CRISTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58071090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JERRY ADRIANO BONI
Em: 18/10/2020 11:12:13

Nome: JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boleim de Atendimento: 1261291	Data/Hora Entrada: 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída:
Data de nascimento: 10/11/1992	Idade: 27	Sexo: Masculino	CNS: 705001671742202	Prontuário: 125230
Tempo de Internação: 12d 22h 16min		Convênio: SUS		Plantão: DIURNO
Data de Entrada: 05/10/2020 09:08:46	Data Intimação: 05/10/2020 12:56:49	Período: Entrada na Unidade: 13d 2h 4min		Permanência no Leito: 1d 16h 53min

EVOLUÇÃO MEDICA (JERRY ADRIANO BONI - 18/10/2020 11:12:03)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
CLASSIFICAÇÃO DA EVOLUÇÃO:
ORTOPEDIA

HD: FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEMO DIREITO
realizado procedimento cirurgico.

CD: VPM

Seção: POSTO IB - ENF 12 - Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: JERRY ADRIANO BONI

Número Conselho: 8753

Dr. Jerry Boni
CRM: 8753
Cirurgia Ombro
e Membros Esportivos



Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 11d 18h 59min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade: 11d 22h 47min		Permanência no Leito: 13h 36min

EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 17/10/2020 07:55:07)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
ORTOPEDIA

HD: FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEROS DIREITO

PACIENTE CLINICAMENTE BEM E SEM QUEIXAS NO MOMENTO

PRE-OP OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR


Dr. Augusto Sarmiento
CRM-PB-12411 Número Conselho: 12411





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Secretaria de Planejamento e Logística



Paraíba
Governo do Estado

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

Impresso por: JOSE RENNA GOMES DA SILVA
Em: 16/10/2020 10:06:16

Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 10d 21h 10min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade: 11d 58min	Permanência no Leito: 10d 21h 10min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE RENNA GOMES DA SILVA - 16/10/2020 10:05:48)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

HD: FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEMO DIREITO

PACIENTE CLINICAMENTE BEM E SEM QUEIXAS NO MOMENTO

PRE-OP OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008

Profissional responsável pela informação: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Número Conselho: 9121


Dr. Jose Renna Gomes da Silva
Ortopedia e Traumatologia
Término: 16/10/2020



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

Impresso por: JOSE RENNA GOMES DA SILVA
Em: 09/10/2020 09:27:08

Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 3d 20h 31min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade: 4d 19min		Permanência no Leito: 3d 20h 31min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE RENNA GOMES DA SILVA - 09/10/2020 09:27:04)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
ORTOPEDIA

HD FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMERO D

PACIENTE EVOLUINDO COM QUADRO ESTAVEL CLINICAMENTE E SEM QUEIXAS.
PRE-OP = OK

CD VPM
AGUARDA AGENDAMENTO DA CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008
Profissional responsável pela informação: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Número Conselho: 9121

Dr. José Renna Gomes
Ortopedista
CRM-PB 121.1262
TEOR 1262



Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 1d 20h 51min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade 2d 39min		Permanência no Leito 1d 20h 51min

EVOLUÇÃO MEDICA (FELIPE TAVARES SENA - 07/10/2020 09:46:59)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

SOT

HD FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMERO D

PACIENTE ESTAVEL CLINICAMENTE

EXAMES LAB OK

CD VPM - AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008
Profissional responsável pela informação: FELIPE TAVARES SENA

Número Conselho: 5349





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Gerado: Humberto Lucena



Senos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR
Em: 06/10/2020 09:07:56

JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 20h 11min		Convênio SJS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade: 2h 59min	Permanência no Leito: 20h 11min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR - 06/10/2020 09:07:27)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

SOT

HD FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMEMO D

PACIENTE ESTAVEL CLINICAMENTE

EXAMES LAB OK

CD VPM - AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008
Profissional responsável pela informação: LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR

Número Conselho: 6918

Lauri F. C. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 6918 / TEOT-133





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Jefferson Ferreira Marcalo BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/10/2020
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fratura Ombro proximal 1º Assistente: José Mendes
 Cirurgião: Jerry Boni 3º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ Anestesista: _____
 Instrumentador: José Mendes Horário: Início _____ Término _____
 Tipo de Anestesia: Blk + Concl

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Ombro Proximal Anterolateral (S)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ato Cir. Fratura Ombro Proximal Anterolateral (S)</u>	
<u>Ombro (S)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____
 Biopsia de Congelamento: () Sim () Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 () Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Jerry Boni
 CRM: 8753
 Cirurgia Ombro
 Lesões Esportivas

João Pessoa, 18/10/2020

Índice/CRM: _____

FINO/ASCIR-009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

— Ladeira presa.

— Torque e o tempo

Incisão:

— Aperto e coleta corpos estr

— Dura — no corpo

Achados:

— Início self-pact. modificado

— Outros planos

Conduta:

— Praxys 11 para 10/10/10

— Praxys fexy + Amara
CC 5th band. 5-8.

— Loupa de 10/10/10
+ uretra + superio

Fechamento:

Observação:

Dr. JERRY BONI
Cirurgião Ombro
Ligam. Esportivos

18 / 10 / 2020
João Pessoa, ____ / ____ / ____

F(NG).ASCIR.019-1



Paciente: Jefferson Pereira Mareels
 Nº: 1265291
 Diagnóstico: Fratura de tíbia
 Cirurgião: Dr. Paulo Cicca
 Anestesiologista: [assinado]

Medicamentos	QTD	Medicamentos	QTD	Fios	QTD
FENTANILA	1	ALCOOL ETILICO 70%	✓	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
TIIVACAINA ISOBARICA		PVPi DEGERMIANTE	✓	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
TIIVACAINA PESADA		PVPi TINTURA	✓	FIO DE ACO Nº	
ETAMINA		PVPi TOPICO	✓	FIO DE ACO Nº	
ROPERIDOL		SABÃO ANTISEPTICO	✓	FIO DE NYLON Nº	30
TOXIDATO				FIO DE NYLON Nº	1
ENOBARBITAL				FIO DE NYLON Nº	
ESTANILA				FIO POLIOLACTINA Nº	
LA MAZENIL				FIO POLIOLACTINA Nº	
ROFLURANO				FIO POLIOLACTINA Nº	
EVOL. VACAINA C. VASO				FIO POLIPROPILENO Nº	
DOCAINA C. VASO				FIO POLIPROPILENO Nº	
DOCAINA S. VASO				FIO POLIPROPILENO Nº	
DOAZOLAN				FIO POLIOLACTINA Nº	
DORFENA				FIO POLIOLACTINA Nº	
FINIBICIM				FIO POLIOLACTINA Nº	
KANCIROMIO				FIO POLIOLACTINA Nº	
ETIDINA				FIO POLIOLACTINA Nº	
PROPORFOL				FIO POLIOLACTINA Nº	
RAMIFENTANILA				FIO POLIOLACTINA Nº	
ROCLORONIO				FIO POLIOLACTINA Nº	
OLIVRAMO				FIO POLIOLACTINA Nº	
OLVAMETONIO				FIO POLIOLACTINA Nº	
TIOPENTAL				FIO POLIOLACTINA Nº	
ADRENALINA				FIO POLIOLACTINA Nº	
AGUA DESTILADA				FIO POLIOLACTINA Nº	
ATROPINA				FIO POLIOLACTINA Nº	
BEXTRA				FIO POLIOLACTINA Nº	
CEFAZOLINA				FIO POLIOLACTINA Nº	
CEFTAZOSOLIM				FIO POLIOLACTINA Nº	
FLUROSEMIDA				FIO POLIOLACTINA Nº	
GLICOSE 50%				FIO POLIOLACTINA Nº	
GILICOMATO DE CALCIO				FIO POLIOLACTINA Nº	
HIIDROCORTISONA				FIO POLIOLACTINA Nº	
LIDOCAINA GELEIA				FIO POLIOLACTINA Nº	
ONDASENTRONKA				FIO POLIOLACTINA Nº	
PLASIL				FIO POLIOLACTINA Nº	
PROSTIGMINE				FIO POLIOLACTINA Nº	
PROTAMINA				FIO POLIOLACTINA Nº	
TENOXICAN				FIO POLIOLACTINA Nº	

uso Com. qua.

ex 3,5 parafusos (Premier)
 Parafusos canulados Nº 28 - 02
 Agulha de Kiew A-50UYCON - 01

Santa Silveira de Albuquerque
 COREN-PB 1.132.638-18





Receituário

Paciente: JEFFERSON PEREIRA MARCELO
Data: 13/10/2020 07:00:33

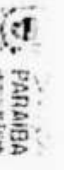
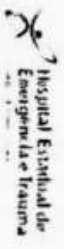
Sexo: Masculino

CPF: Não informado

Idade: 27
BAE: 1261291

RETORNO AO CEREEST EM 15 DIAS COM DR. JERRY BONI
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMBRO PROXIMAL DIREITO
RUA JESUS DE MAZARE, 200, BAIRRO JAGUARIBE, POR TRÁS DO HOSPITAL ARLINDA MARQUES
TELEFONE: 32145822

Dr. AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
12411/PB
HEETSIL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Corfj, Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Receituário

Paciente: JEFFERSON PEREIRA MARCELO
Data: 19/10/2020 07:00:33

Sexo: Masculino

CPF: Não informado

Idade: 27
BAE: 1261291

RETORNO AO CEREEST EM 15 DIAS COM DR. JERRY BONI
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMBRO PROXIMAL DIREITO
RUA JESUS DE MAZARE, 200, BAIRRO JAGUARIBE, POR TRÁS DO HOSPITAL ARLINDA MARQUES
TELEFONE: 32145822

Dr. AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
12411/PB
HEETSIL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Corfj, Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Atestado Médico

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIR DO(A) SR(A)
JEFFERSON PEREIRA MARCELO

RG (IDENTIDADE):
3612593

FOI ATENDIDO(A) POR **AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR**

DEU(A) **AREA AMARELA**


NO DIA **05/10/2020** ÀS **13:03:24** Necessitando de **90** - noventa
DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

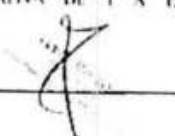
CID **S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero**
T14.9 - Traumatismo não especificado
S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO - ODONTÓLOGO (P
requisito: contendo nome completo e registro CRM/O) 

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLTPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
ABASTAMENTO DO TRABALHO 

AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
(12403/PB)

HFFTSHTI - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA DO TRÁFICO DE DROGAS
 CARTEIRA NACIONAL DE DEFESA DO TRÁFICO DE DROGAS

JEFFERSON FERREIRA MARCELO

DOC. GENEALÓGICO / (ORG. AMBROSIO DE) 3612593
 CPF 101.746.714-58
 DATA NASCIMENTO 10/11/1992

NOME: LUSIMAR FERREIRA MARCELO

Nº Registro: 07152047953
 VALIDADE: 18/05/2023
 1ª EMISSÃO: 25/10/2018

OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR: *Jefferson Ferreira Marcelo*

LOCAL: JOAO PESSOA, PB
 DATA EMISSÃO: 30/10/2019

ASSINATURA DO TITULAR: *Marcelo*
 Nº Registro: 56258565516
 Nº Matrícula: PB039948250

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1843622120

FIDELIDADE PLASTIFICAR 1843622120





Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DO DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMIS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LESÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADOI

IDENTIDADE _____ DATA _____

ASSINATURA _____ NOME _____

ASSINATURA _____ ASSINATURA _____





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210009151 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON PEREIRA MARCELO **Data do acidente:** 05/10/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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: 3210009151 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON PEREIRA MARCELO **Data do acidente:** 05/10/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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-0008584/21

Vítima: JEFFERSON PEREIRA MARCELO

CPF: 101.746.714-58

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 05/10/2020

Titular do CPF: JEFFERSON PEREIRA MARCELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEFFERSON PEREIRA MARCELO : 101.746.714-58

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: 11/01/2021
Nome: JEFFERSON PEREIRA MARCELO
CPF: 101.746.714-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2021
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

JEFFERSON PEREIRA MARCELO

JOSIVAN GOMES DA SILVA





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, 28 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210009151

Vítima: JEFFERSON PEREIRA MARCELO

Data do Acidente: 05/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON PEREIRA MARCELO

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: **JEFFERSON PEREIRA MARCELO**

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

Banco: **077**

Agência: **000000001**

Conta: **000002537889-9**

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

Pag. 01461/01462 - carta_15R - INVALIDEZ

00010731





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: 303.746.734-58 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Pereira Marcelo

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

5 - Nome completo: Jefferson Pereira Marcelo 6 - CPF: 303.746.734-58
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Dália Cantalice Falcão 9 - Número: 511 10 - Complemento: 250
11 - Bairro: HEITZ SANTIAGO 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: RS 14 - CEP: 58910-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (83) 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:
 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 POUAPANÇA (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: Santander
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0003 CONTA: 2537889 9

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 resíduo (patrimônio)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Imprescindível para quem não sabe escrever
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, 12 de dezembro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
* Jefferson Pereira Marcelo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00499.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00499.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:28 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 **Jefferson Pereira Marcelo**, conhecido(a) por Jeferson, CPF nº 101.746.714-58, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Luzimar Pereira Marcelo e Não Declarado, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 10/11/1992 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dalva Cani Alice Falcone, Nº S/N, complemento CASA, bairro Heitel Santiago, tendo como ponto de referência Próximo do Posto de Combustíveis "Almeida", na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, nº S/N, Via Pública, Próximo da Loja "só-tratores, Comércio de Peças e Implementos Agrícolas", Bayeux/PB, bairro Mangueiros; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 05/10/20 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 FAN ESi, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2010/2010, UF: PB, placa NQG-1558, chassi 9C6KC1550AR209111, renavam 00258484365, 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 CAIU E SE MACHUCOU SERIAMENTE APÓS SOFRER UMA FECHADA POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO, SENDO QUE ELES SE EVADIRAM DO LOCAL DOS FATOS SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 00499.01.2020.1.05.101



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 10 de dezembro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

JEFFERSON PEREIRA MARCELO

Noticiante



Procedimento Policial: 00499.01.2020.1.05.101

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: 303.746.734-58 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Pereira Marcelo

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

5 - Nome completo: Jefferson Pereira Marcelo 6 - CPF: 303.746.734-58
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Dália Cantalice Falcão 9 - Número: 511 10 - Complemento: 250
11 - Bairro: HEITZ SANTIAGO 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: RS 14 - CEP: 91900-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (51) 98855-1045

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 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 POUPIANÇA (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: Santander
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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 resíduo (patrimônio)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprescindível para quem não sabe escrever
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

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, João Pessoa, 12 de dezembro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Jefferson Pereira Marcelo*
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



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:	21/01/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321000915101
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON PEREIRA MARCELO

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000002537889

Número da Autenticação

4E5A6D5A573DC671



FLA DALVA CARLI ALICIA FALCONE S/N/O S/LT 7B - BTEL SANTO
SANTA RITA / PB CEP: 5830000 (AO: 1)



CPF/CNPJ/RAM: 105 348 394-00

Cidade: CONVENÇIONAL, DAMA TENDÃO / SUBURBIO B1
Cluster: RES MTC B1 / Subdivisao: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFASICO
R: 1795 - B - 9 - 341 - 1020 Nº Medidor: 0008931956

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1592649-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0001502649

VALOR DA FATURA
R\$ 217,04

VALIDADEZ
11/10/2020

REFERÊNCIA
Set / 2020

CONSUMO
165kWh

5,16 kWh MEDIDA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CC	Descrição	Quant	Taxa de Tributos	Valor Base	Categoria	Alz	CMS Base	Categoria	P.N.E	Categoria	RE
001	Consumo em kWh	165	0,00	136,96	136,96	27	36,96	136,96	1,27	5,99	
007	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS										
007	CONTRIB SERV LUM PLUBLICA			10,82	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
008	PARCELAMENTO DE DÉBITO 12/12			69,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC1 Código de Classificação do tom
Taxa de Tributos: 0,582112

TOTAL: 217,04 136,96 69,26 136,96 1,27 5,99

RESERVADO AO FISCAL: c79b.c3b5.a042.d594.c744.1611.aad9.654c.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		CONDIÇÃO DO CONSUMO	
Set/20	165	Anterior 27/09/20	3942
Agosto	209	Atual 28/09/20	3806
Julho	167	Consumo	1054 kWh
Junho	156	Período	22 dias
Mai	116	Constante do medidor	1
Abril	116		
Março	143		

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Del. de Energia/PS	17,91	17,10
Consumo de Energia	36,70	16,89
Serviço de Transmissão	7,19	3,31
Energia Entregue	7,90	3,64
Impostos Diretos e Encargos	54,62	25,13
Outros Serviços	69,26	31,98
Total	217,04	100,00

PRÓXIMA LEITURA: 28/10/2020

INDICADORES DE QUALIDADE				
REFERÊNCIA: 12/2020 - Consulta Santa Rita				
ÍNDICE	GENÉRAL	APURADO	ANUAL	LIMITE (DESIJÓ)
ND 1	9,21	9,21	10,92	21,22
ND 2	3,30	3,30	3,30	11,22
ND 3	3,29	3,29	3,29	11,22
ND 4	1,22	1,22	1,22	11,22

ATENÇÃO

A leitura é realizada sempre no dia indicado na sua conta de luz. É de responsabilidade do cliente manter o acesso ao medidor livre de obstáculos e não permitir que terceiros realizem alterações no mesmo, sob pena de cancelamento do contrato. Os leitores passam por manutenção para ser lidos com o cliente, mas ninguém mexerão no que é dono para evitar acidentes.

- Fique atento às Parâmetros, conforme tabela anexa.

- O novo tarifaário médio 4,25% a partir de 28/09/2020, conforme RSN nº 2.765/ANSEL.

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - R: 200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ: 09.986.180/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal: Conta de Energia Eletrônica Nº 01 411 296 - Emissão: 28/09/2020

BANCO DO BRASIL PAGA O DEBITO AUTOMATICAMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03268 926007 02166 275178 4 84050000021704

Remetente: JESSYCA RAQUEL DA SILVA GABRIEL PEREIRA - CPF/CNPJ: 105 348 394-00
FLA DALVA CANTALICE FALCONE S/N/O S/LT 7B - BTEL SANTO
SANTA RITA / PB CEP: 58300000

Beneficiário: ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.986.180 / 0001-40
R: 200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-880
Agência / Código do beneficiário: 3084-3/3447-3



JESSYCA RAQUEL DA SILVA GABRIEL PEREIRA
RUA DALVA CANTALICE FALCONE, S/N / QD 6 LT 7B - EITEL SANTI
SANTA RITA / PB CEP: 58300000 (AG: 1)



C.F.F./CNPJ/RANI: 105 348 384-80

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe RES MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Retiro: 18-9-341-1050 Nº Medidor 00008831958



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1592649-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00015926496



VALOR DA FATURA

R\$ 217,04



VENCIMENTO

11/10/2020



REFERÊNCIA

Set / 2020



CONSUMO

165kWh

5,16 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS





Identificação do paciente			
ID 1540269	Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27 anos 11 meses 13 dias	Estado civil	Religião
Mãe LUZIMAR PEREIRA MARCELO	Pai NAO DECLARADO		Prontuário 125230
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE		
DDD Celular 83	Celular 988820344	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3612593	Nº Cns 705001671742252	
Local de procedência BAYEUX	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58068760	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ENEDINO JORGE DE ANDRADE
Número 4	Complemento		Bairro OITIZEIRO
Admissão			
Data e Hora 05/10/2020 09:08:46	Número da pulseira 1000008774896	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por JOSINETE BARBOSA DA CUNHA			Tempo

Imprimir





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Epitáfio: Manoel de Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Documento de Alta

Nome: JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Sexo: Masculino		Número Prontuário: 125230	
Data de Nascimento: 10/11/1992	Idade: 27A 10M 26D	Data de Internação: 05/10/2020 12:56:49	Data de Alta: 19/10/2020 07:01:47	BAE: 1261291	
Mãe: LUZIMAR PEREIRA MARCELO					
Endereço: RUA ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4		Bairro: OITIZEIRO		Município: JOAO PESSOA	UF PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA					
Conduta:					
Resumo da internação: #ORTOPEDIA 1º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMEMO PROXIMAL DIREITO SEM INTERCORRENCIAS POR DR. JERRY E DR. LUCAS					
Resultado de Exames: RADIOGRAFIAS					
Tratamento: 1º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMEMO PROXIMAL DIREITO SEM INTERCORRENCIAS POR DR. JERRY E DR. LUCAS					
Diagnóstico: S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero					
Recomendações: CD: ALTA HOSPITALAR. ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST MEDICAÇÕES VIA ORAL DR. HEISENBERG					

Data: 19/10/2020

Dr. Heisenberg Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM: 12411 - PB

AUGUSTO GONCALVES
SARMENTO JUNIOR
CRM: 12411 - PB





Identificação do paciente

Nome	JEFFERSON PEREIRA MARCELO			Sexo	Masculino
Idade	27 anos 10 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Pai			NAO DECLARADO		
Responsável (Parentesco)			JOELSON MARQUES - ACOMPANHANTE		
Celular	988820344	DDD	Telefone		
Número documento	3612593	Nº Cris			
Tipo	MUNICIPIO	UF		PB	
Naturalidade	SANTA RITA	CBO/R			

Endereço

Município de residência	JOAO PESSOA	UF	PB	Logradouro	ENEDINO JORGE DE ANDRADE
Complemento				Bairro	OITIZEIRO

Identificação

Número da pulseira	1000008774896	Convênio	SUS
Clínica	CLINICA GERAL		
Origem do paciente	RUA		
Motivo do atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente	VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Plano de saúde	Não	Veio de ambulância	Não	Trauma	Não
Quem transportou			BOMBEIROS		

Sinais Vitais

Pressão arterial	X	mmHg	Pulso	Temperatura
------------------	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

CID	
Tempo	

Imprimir





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 259:262

Paciente JEFFERSON PEREIRA MARCELO	BAE 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Baixa
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27a 10m 25d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LUZIMAR PEREIRA MARCELO			Telefone de Contato (83) 988820344
Endereço ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4	Bairro OITIZEIRO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	UF PB
Data/Hora Classificação 05/10/2020 09:08:46		Data/Hora Prescrição 05/10/2020 09:40:12	Nº Cons. Regional 4417/PB

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 2H (COLISÃO C/ CARRO), QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO D E NA BOCA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, TONTURA, GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA, NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS, NÃO TEM QUEIXAS DE DOR E NÃO APRESENTA SINAIS DE FRATURAS EM MMII. APRESENTA ESCORIAÇÕES NO JOELHO D, FACE, MÃO D + EDEMA EM LÁBIO SUPERIOR, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO, NEGA VAT. AO EXAME= EGR, EUPNEICO, CORADO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE OMBRO D + SOLICITO PARECER DO ORTOPEDISTA e BMF + PRESCREVO SAT E ANALGESIA. LIBERADO DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)

CUIDADOS

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTITETANICA 250UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Feito
10:45
AR

Alleh

Enfermeiro

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
(: 4417/PB)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 05/10/2020 09:08:46



Paciente JEFFERSON PEREIRA MARCELO	BAE 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Baixa
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27a 10m 25d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LUZIMAR PEREIRA MARCELO	Bairro OITIZEIRO	Município JOAO PESSOA	Telefone de Contato (83) 988820344
Endereço ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Data/Hora Classificação 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Prescrição 05/10/2020 12:34:21	UF PB
			Nº Cons. Regional 12411/PB

ANAMNESE

#ORTOPEDIA PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA CERCA DE 2H (COLISÃO C/ CARRO), QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO D RX EVIDENCIANDO FX DE UMIERO PROXIMAL DIREITO CD IMOBILIZAÇÃO INTERNO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS POR DR. FRANCISCO GUEDES

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

TRAMADOL 50 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 8/8H

CUIDADOS

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

IONOGRAMA

CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero



Conduta

Internar Paciente



Enfermeiro

AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
(CRM: 12411/PB)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 05/10/2020 09:08:46



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

Paciente: **JEFFERSON PEREIRA MARCELO**
Data de nascimento: 10/11/1992
Idade: 27a 10m 25d
Mãe: **LUZIMAR PEREIRA MARCELO**
Endereço: **ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4**
Acidente: **VEICULO X MOTO**
Data/Hora Classificação: 05/10/2020 09:08:46

BAE: 1261291
Sexo: Masculino
Data/Hora Entrada: 05/10/2020 09:08:46
CNS:
Município: **JOAO PESSOA**
Profissional: **ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA**
Data/Hora Prescrição: 05/10/2020 11:26:59

Data Baixa:
Telefone de Contato: (83) 988620344
Prontuário:
UF: **PB**
Nº Cons. Regional: 3040/PB

ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO A APROXIMADAMENTE 4 HORAS, NEGA ÊMESE E SÍNCOPE. NO MOMENTO EM 2.º GR. LOTE. DEAMBULANDO, CONTACTANTE, AFEBRIL AO TOQUE. AO EXAME CLÍNICO DA FACE OBSERVA-SE ESCORIAÇÃO EM DORSO NASAL, LÁBIO SUPERIOR E MENTO. SEM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL OU MOVIMENTOS MANDIBULARES. AUSÊNCIA DE SINAIS CLÍNICOS DE FRATURA NOS OSSOS DA FACE. ALTA BMF AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES. CD: - AVALIAÇÃO E ALTA BMF. AOS CUIDADOS DEMAIS ESPECIALIDADES.

CID10

S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

Conduta

Em observação

Anna Priscilla C. da Cunha
COREN PB 366.716/2018
Enfermeira

André Gustavo Barbosa Luna
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRO 3040/PB
ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
(: 3040/PB)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 05/10/2020 09:08:46





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Unidade de Pronto Socorro



PARAÍBA
GOVERNO DO ESTADO

Endereço: RUA CRISTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58071090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JERRY ADRIANO BONI
Em: 18/10/2020 11:12:13

Nome: JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boleim de Atendimento: 1261291	Data/Hora Entrada: 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída:
Data de nascimento: 10/11/1992	Idade: 27	Sexo: Masculino	CNS: 705001671742202	Prontuário: 125230
Tempo de Internação: 12d 22h 16min		Convênio: SUS		Plantão: DIURNO
Data de Entrada: 05/10/2020 09:08:46	Data Intimação: 05/10/2020 12:56:49	Período: Entrada na Unidade: 13d 2h 4min		Permanência no Leito: 1d 16h 53min

EVOLUÇÃO MEDICA (JERRY ADRIANO BONI - 18/10/2020 11:12:03)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
CLASSIFICAÇÃO DA EVOLUÇÃO:
ORTOPEDIA

HD: FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEMO DIREITO
realizado procedimento cirurgico.

CD: VPM

Seção: POSTO IB - ENF 12 - Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: JERRY ADRIANO BONI

Número Conselho: 8753

Dr. Jerry Boni
CRM: 8753
Cirurgia Ombro
e Membros Esportivos





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



Sumos Teles
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
Em: 17/10/2020 07:55:10

Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 11d 18h 59min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade: 11d 22h 47min	Permanência no Leito: 13h 36min	

EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 17/10/2020 07:55:07)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
ORTOPEDIA

HD: FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEROS DIREITO

PACIENTE CLINICAMENTE BEM E SEM QUEIXAS NO MOMENTO

PRE-OP OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO EXTRA 01

Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Dr. Augusto Sarmento
Médico
CRM-PB 12411

Número Conselho: 12411





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Secretaria de Planejamento e Logística



Suares Fides
PARAIBA
Governador do Estado

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

Impresso por: JOSE RENNA GOMES DA SILVA
Em: 16/10/2020 10:06:16

Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 10d 21h 10min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade: 11d 58min	Permanência no Leito: 10d 21h 10min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE RENNA GOMES DA SILVA - 16/10/2020 10:05:48)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

HD: FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEMO DIREITO

PACIENTE CLINICAMENTE BEM E SEM QUEIXAS NO MOMENTO

PRE-OP OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Seção: **AREA VERDE ENF 36** Leito: **LEITO - 008**

Profissional responsável pela informação: **JOSE RENNA GOMES DA SILVA**

Número Conselho: **9121**

Dr. Jose Renna Gomes da Silva
Ortopedia e Traumatologia
Tubo: 2020





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



Serviços todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: JOSE RENNA GOMES DA SILVA
Em: 09/10/2020 09:27:08

Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 3d 20h 31min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade: 4d 19min		Permanência no Leito: 3d 20h 31min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE RENNA GOMES DA SILVA - 09/10/2020 09:27:04)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
ORTOPEDIA

HD FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMERO D

PACIENTE EVOLUINDO COM QUADRO ESTAVEL CLINICAMENTE E SEM QUEIXAS.
PRE-OP = OK

CD VPM
AGUARDA AGENDAMENTO DA CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008
Profissional responsável pela informação: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Número Conselho: 9121

Dr. José Renna Gomes
Ortopedista
CRM-PB 121.1262
TEOR 1262



Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 1d 20h 51min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade 2d 39min		Permanência no Leito 1d 20h 51min

EVOLUÇÃO MEDICA (FELIPE TAVARES SENA - 07/10/2020 09:46:59)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

SOT

HD FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMERO D

PACIENTE ESTAVEL CLINICAMENTE

EXAMES LAB OK

CD VPM - AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008
Profissional responsável pela informação: FELIPE TAVARES SENA

Número Conselho: 5349





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Gerado: Humberto Lucena



Senos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR
Em: 06/10/2020 09:07:56

JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento : 261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 20h 11min		Convênio SJS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade: 2h 59min	Permanência no Leito: 20h 11min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR - 06/10/2020 09:07:27)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

SOT

HD FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMEMO D

PACIENTE ESTAVEL CLINICAMENTE

EXAMES LAB OK

CD VPM - AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008
Profissional responsável pela informação: LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR

Número Conselho: 6918

Lauri F. C. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 6918 / TEOT-133





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Jefferson Ferreira Marcalo BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/10/2020
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fratura Ombro proximal 1º Assistente: Lucas Mendes
 Cirurgião: Jerry Boni 3º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ Anestesista: _____
 Instrumentador: Juliana Horário: Início _____ Término _____
 Tipo de Anestesia: Blk + Concl

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Ombro Proximal Anterolateral (B)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>ATO Cir. Fratura Ombro Proximal Anterolateral (B)</u>	
<u>Ombro (B)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____
 Biopsia de Congelamento: () Sim () Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 () Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Jerry Boni
 CRM: 8753
 Cirurgia Ombro
 Lesões Esportivas

B

João Pessoa, 18/10/2020

Ídico/CRM: _____

FINO/ASCIR-009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

— Ladeira presa.

— Torque e o tempo

Incisão:

— Aperto e coleta corpos estr

— Dito — no corpo

Achados:

— Início self-pact. modificado

— Outros planos

Conduta:

— Praxys 11 para 10/10/10

— Praxys fexy + Amara
— 11 5th band. 5-8.

— Loupa de 10/10/10
+ uretra + superio

Fechamento:

Observação:

Dr. JERRY BONI
Cirurgião Geral
Legado Espiritiva

18 / 10 / 2020
João Pessoa, ____ / ____ / ____

ENGLASCIR.019-1



Paciente: Jefferson Pereira Mareels
 Nº: 1265291
 Diagnóstico: Fratura de tíbia
 Cirurgião: Dr. Paulo Cicca
 Anestesiologista: [assinado]

Medicamentos	QTD	Materiais	QTD	Fios	QTD
ALCOOL ETILICO 70%	✓	AGULHA 13x0,5	✓	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
PVPi DEGRIMANTE	✓	AGULHA 15x07	✓	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
PVPi TINTURA	✓	AGULHA 15x08	✓	FIO DE ACO Nº	
PVPi TOPICO	✓	AGULHA 40x12	M	FIO DE ACO Nº	
SABÃO ANTISEPTICO	✓	AGULHA PERIDURAL Nº18		FIO DE NYLON Nº	30
		AGULHA PERIDURAL Nº17		FIO DE NYLON Nº	1
		AGULHA PERIDURAL Nº18		FIO POLIOLACTINA Nº	
		AGULHA RAQUI Nº25G		FIO POLIOLACTINA Nº	
		AGULHA RAQUI Nº26G		FIO POLIOLACTINA Nº	
		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO POLIPROPILENO Nº	
		ALGODÃO ORTOPEDICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
		ATADURA DE CREPOM		FIO POLIPROPILENO Nº	
		ATADURA GESSADA		FIO POLIOLACTINA Nº	
		BOLSA PI COLOSTOMIA		FIO POLIOLACTINA Nº	
		CÂNTULA PI TRAQUEOSTOMIA Nº		FIO POLIOLACTINA Nº	
		CATETER DE OXIGENIO		FIO POLIOLACTINA Nº	
		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		FIO POLIOLACTINA Nº	
		CATETER EPIDURAL Nº16		FIO POLIOLACTINA Nº	
		CATETER EPIDURAL Nº17		FIO POLIOLACTINA Nº	
		CATETER EPIDURAL Nº18		FIO POLIOLACTINA Nº	
		CERA PARA OSSO		FIO POLIOLACTINA Nº	
		COLET URINA FECHADO		FIO POLIOLACTINA Nº	
		COMPRESSAS CIRURGICAS		FIO POLIOLACTINA Nº	
		COMPRESSAS CIRURGICAS		FIO POLIOLACTINA Nº	
		DRENO DE PENROSE		FIO POLIOLACTINA Nº	
		DRENO DE SUÇÃO		FIO POLIOLACTINA Nº	
		ELETRODOS		FIO POLIOLACTINA Nº	
		EQUIPO MACROGOTAS		FIO POLIOLACTINA Nº	
		EQUIPO TRANS SANGUE		FIO POLIOLACTINA Nº	
		EQUIPO MICROGOTAS		FIO POLIOLACTINA Nº	
		ESPONJA DE PVPi		FIO POLIOLACTINA Nº	
		ESPALDRAPO		FIO POLIOLACTINA Nº	
		GAZES		FIO POLIOLACTINA Nº	
		GAZES ALGODÓDAS		FIO POLIOLACTINA Nº	
		GEL ELETROLITICO		FIO POLIOLACTINA Nº	
		JELCO Nº14		FIO POLIOLACTINA Nº	
		JELCO Nº16		FIO POLIOLACTINA Nº	

ex 3,5 parafusos (Premier)
 Parafusos canulados Nº 28 - 02
 Agulha de Roca A Soudacoy - 01

uso Com
 qua

CIRCULANTE
 Santa Silveira de Albuquerque
 COREN-PB 1.132.638-18





Receituário

Paciente: JEFFERSON PEREIRA MARCELO
Data: 13/10/2020 07:00:33

Sexo: Masculino

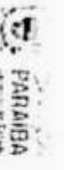
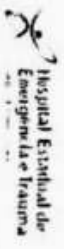
CPF: Não Informado

Idade: 27
BAE: 1261291

RETORNO AO CEREEST EM 15 DIAS COM DR. JERRY BONI
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMBRO PROXIMAL DIREITO
RUA JESUS DE MAZARE, 200, BAIRRO JAGUARIBE, POR TRÁS DO HOSPITAL ARLINDA MARQUES
TELEFONE: 32145822

Suelio Moreira Torres
SUELIO MOREIRA TORRES

Dr. AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
12411/PB
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Corfj, Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Receituário

Paciente: JEFFERSON PEREIRA MARCELO
Data: 19/10/2020 07:00:33

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 27
BAE: 1261291

RETORNO AO CEREEST EM 15 DIAS COM DR. JERRY BONI
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMBRO PROXIMAL DIREITO
RUA JESUS DE MAZARE, 200, BAIRRO JAGUARIBE, POR TRÁS DO HOSPITAL ARLINDA MARQUES
TELEFONE: 32145822

Suelio Moreira Torres
SUELIO MOREIRA TORRES

Dr. AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
12411/PB
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Corfj, Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Atestado Médico

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIR DO(A) SR(A)
JEFFERSON PEREIRA MARCELO

RG (IDENTIDADE):
3612593

FOI ATENDIDO(A) POR **AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR**

DEU(A) **AREA AMARELA**

NO DIA **05/10/2020** ÀS **13:03:24** Necessitando de **90** - noventa
DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID **S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero**
T14.9 - Traumatismo não especificado
S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO - ODONTÓLOGO (e
também contendo nome completo e registro CRM/ROD)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
ABASTAMENTO DO TRABALHO

AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
(12403/PB)

HFFTSHT - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA DO TRÁFICO DE DROGAS
 CARTEIRA NACIONAL DE DEFESA DO TRÁFICO DE DROGAS

JEFFERSON FERREIRA MARCELO

DOC. GENEALÓGICO / (ORG. AMBROSIO DE) 3612593
 CPF 101.746.714-58
 DATA NASCIMENTO 10/11/1992

NOME: LUSIMAR FERREIRA MARCELO

Nº Registro: 07152047953
 VALIDADE: 18/05/2023
 1ª EMISSÃO: 25/10/2018

OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR: *Jefferson Ferreira Marcelo*

LOCAL: JOAO PESSOA, PB
 DATA EMISSÃO: 30/10/2019

Nº Registro: 56258565516
 Nº de Matrícula: PB039948250

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1843622120

FIDELIDADE PLASTIFICAR 1843622120





DETRAN - PB 2105646085
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAM
00258484365



Valide este QRCode com app Vio

PLACA **NQG1558** EXERCÍCIO **2020**

ANO FABRICAÇÃO **2010** ANO MODELO **2010**

ESPÉCIE / TIPO
PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO
HONDA/CG 150 FAN ESI

PLACA ANTERIOR / UF *******/**** CHASSI **9C2KC1550AR209111**

COR PREDOMINANTE **PRETA** COMBUSTÍVEL **GASOLINA**

CATEGORIA PARTICULAR		CAPACIDADE **	
POTÊNCIA/CILINDRADA 0CV/149		PESO BRUTO TOTAL 0.3	
MOTOR KC15E5A209111	CMT **	EIXOS *	LOTAÇÃO 02P
CARROCERIA NÃO APLICAVEL			
NOME JEFFERSON PEREIRA MARCELO			
LOCAL SANTA RITA PB		DATA 08/07/2020	
CPF / CNPJ 101.746.714-58			

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT		
CAT. TARIF *	DATA DE QUITAÇÃO *	PAGAMENTO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO
REPASSE OBRIGATÓRIO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (R\$) *	CUSTO DO BILHETE (R\$) *	CUSTO EFETIVO DO SEGURO (R\$) *
REPASSE OBRIGATÓRIO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (R\$) *	VALOR DO IOF (R\$) *	VALOR TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) *

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

Área reservada para observações do veículo.

MENSAGENS DENATRAN

CARTEIRA DIGITAL DE TRÂNSITO

Para sua comodidade, você pode acessar este documento diretamente pelo seu celular. Baixe o aplicativo Carteira Digital de Trânsito - CDT e tenha acesso ao licenciamento de seu veículo além de outras várias funcionalidades. Com a Carteira Digital de Trânsito - CDT você pode:

- Consultar suas infrações e pagar multas com desconto
- Recusar a versão digital da CDM (para quem possui CDM)
- Assinar a versão digital deste licenciamento e/ou digital
- Compartilhar o licenciamento com as Empresas
- Validar qualquer condutor
- Renovar todos veículos



INFORMAÇÕES DO SEGURO DPVAT

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

Todos os cidadãos, independentemente em território nacional, estão cobertos, sejam eles motoristas, passageiros ou pedestres. Dar entrada no Seguro DPVAT é gratuito e não é necessária a contratação de seguro.

O prazo para contratação da contratação do Seguro DPVAT é de até 3 anos.

São três tipos de cobertura:

INVALIDEZ PERMANENTE ATÉ R\$ 13.500,00	PREMIO DE DESPESAS MÉDICAS ATÉ R\$ 2.300,00
--	---

COMO DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT

1. Acesse o site www.seguradoratider.com.br ou o aplicativo Seguro DPVAT no seu celular (disponível para Android e iOS).
2. Digite o número do seu veículo em um dos campos de preenchimento obrigatório, que podem ser consultados no site www.seguradoratider.com.br, diretamente pelo aplicativo Seguro DPVAT ou pelo Central de Atendimento de Seguros e Serviços (0800 022 1206) - Call Center e Regiões Metropolitanas e 0800 022 1206 (túnel Regiões).
3. Acompanhe e acompanhe os seus pedidos no site www.seguradoratider.com.br ou através do seu Central de Atendimento - 0800 022 1206 - Call Center e Regiões Metropolitanas e 0800 022 1206 (túnel Regiões).

DOCUMENTAÇÃO COMUM A TODAS AS COBERTURAS

- Formulário de Solicitação de Seguro DPVAT devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal (Pessoa Física, Pessoa Jurídica, Poder Público, Poder Judiciário, Ministério Público, Ministério Federal, Polícia Civil, Polícia Militar e Bombeiros Militares).
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT disponível no site www.seguradoratider.com.br (Seguro DPVAT - Carteira Digital de Trânsito).
- Cópia do comprovante de residência.
- Cópia do documento de identificação: Carteira de Identificação ou Cartão Nacional de Trabalho e Previdência Social (CTPS) ou Cartão Nacional de Habilitação (CNH).
- Cópia do CPF.

Acesse www.seguradoratider.com.br/seguro-dpvat/como-pedir-indenizacao e confira o detalhamento da documentação necessária para cada cobertura.

IMPORTANTE:

- O prazo para pagamento da indenização ou reembolso e de 30 dias úteis, contados a partir da apresentação da documentação completa e correta, de acordo com a cobertura escolhida.
- O período de validade do Seguro DPVAT compreende ao ano civil, ou seja, começa em 01 de janeiro e termina em 31 de dezembro da seguinte forma: 01 de janeiro até 31 de dezembro do ano anterior ao do ano em que se encontra o veículo.
- A contratação do Seguro DPVAT obrigatória e deve ser paga juntamente com o valor do imposto de propriedade de veículos automotores - IPVA. Ao data de vencimento do referido imposto, o valor do Seguro DPVAT é automaticamente debitado em nome do contribuinte.
- O veículo não possui devolução coberta se o seguro obrigatório não foi pago de acordo com a Lei nº 9.503/1997 - Código de Trânsito Brasileiro.
- O Seguro DPVAT é uma importante fonte de recursos para a União, desde que:
 - 35% do valor do prêmio são destinados ao Sistema Único de Saúde - SUS para custear de acordo com a Lei nº 9.503/1997 - Código de Trânsito Brasileiro;
 - 10% do valor do prêmio são destinados ao Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN, para aplicação em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito (Lei nº 9.503/1997 - Código de Trânsito Brasileiro).

Para informações sobre o Seguro DPVAT, prazos de contratação e reembolso, andamento de solicitações, forma de atendimento, documentação necessária, prazos e demais dúvidas, Central de Atendimento de Seguros e Serviços (0800 022 1206) - Call Center e Regiões Metropolitanas e 0800 022 1206 (túnel Regiões).

Central de Atendimento de Seguros e Serviços (0800 022 1206) - Call Center e Regiões Metropolitanas e 0800 022 1206 (túnel Regiões).

www.seguradoratider.com.br



- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MAQUE IX) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS PLOOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE - R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMIS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADOI

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210009151 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON PEREIRA MARCELO **Data do acidente:** 05/10/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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: 3210009151 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON PEREIRA MARCELO **Data do acidente:** 05/10/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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-0008584/21

Vítima: JEFFERSON PEREIRA MARCELO

CPF: 101.746.714-58

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 05/10/2020

Titular do CPF: JEFFERSON PEREIRA MARCELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEFFERSON PEREIRA MARCELO : 101.746.714-58

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: 11/01/2021
Nome: JEFFERSON PEREIRA MARCELO
CPF: 101.746.714-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2021
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

JEFFERSON PEREIRA MARCELO

JOSIVAN GOMES DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08039820620238152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JEFFERSON PEREIRA MARCELO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 27 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/05/2023 11:54:10
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050211540972300000068439383>
Número do documento: 23050211540972300000068439383

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/05/2023 11:54:10
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050211540972300000068439383>
Número do documento: 23050211540972300000068439383