



JOSE ADEILTON ISAIAS  
RUA CICERO BENTO SOBRINHO, S/N / CD 348 LT 81 - FUNCIONARIOS  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AO 1)

Emissão: 19/06/2018 Referência Jun / 2018  
Clester/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br230, Km 25 - Centro/Ribeirão - João Pessoa / PB - CEP 58021-680  
CNPJ:09.096.982/0001-40 - Insc Est: 0001076988  
Ribeirão: 10-2-480-980

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°008.211.900  
Cód. para Dth. Automática: 00011388626

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	19/06/2018	19/07/2018	2149293455 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1138862-6

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
18/05/18	7714	19/06/18	7720	
<b>Demonstrativo</b>				
CCO	Descrição	Quarteto de Tarifa	1000: Base Cál. Fis. Icmf(RB) Base Cál. Fis.(R) Cofim(R)	
		Tributos Total(RB) ICMS(RB) ICMS:	FolCofim(RB) (0,0000%) (4,1404%)	
0801	Consumo em kWh	38.000 0,520992	18,75 0,00 0 0,00 18,75 0,17 0,76	
0801	Adic. B. Amarela		0,14 0,00 0 0,00 0,14 0,05 0,00	
0801	Adic. B. Vermelha		1,15 0,00 0 0,00 1,15 0,01 0,05	
<b>DEVEDORES E SERVIÇOS</b>				
0804	JUROS DE MORA 05/2018		0,07 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805	MULTA 05/2018		0,34 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0801	DOAÇÃO-HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO 05/2018		3,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018		0,10 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
CCO Código de Classificação do item				
TOTAL		23,55	0,00	0,00 20,04 0,16 0,93

Média últimos meses (kWh) 45 VENCIMENTO 26/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 23,55

Histórico de Consumo (kWh)

53		41		47		58		49		41		26		42		43		44		51		62		33
Jun/17		Jul/17		Agosto/17		Sep/17		Out/17		Nov/17		Dez/17		Jan/18		Fev/18		Mar/18		Abri/18		Maio/18		

RESERVADO AOS FABRICANTES DE EQUIPAMENTOS DE ENERGIA ELÉTRICA

#### Indicadores de Qualidade

4/2018 - Mês/ano		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	0,00	NORMAL
DIG TRIMESTRAL	10,62	220
DIG ANUAL	31,25	
FIC MENSAL	3,33	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	6,60	LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	13,20	LIMITE SUPERIOR
QMC	3,03	421
DICRI	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PIB	8.62	38,11
Compra de Energia	5.51	40,84
Serviço de Transporte	1.01	4,28
Encargos Sistêmicos	1.89	7,77
Impostos Diretos e Encargos	1.62	6,45
Outros Serviços	3,00	12,74
Total	23,55	100,00

Valor do E/S/0 (Ref 4/2018) R\$ 14,04

ATENÇÃO  
- Leitura confirmada.  
- Contato Serviço: HOSF, NAPOLEÃO LAUREANO - (83) 3508-8771  
- O cancelamento da cobrança do convênio é a emissão da fatura sem estes descontos.  
- podem ser solicitadas a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
1º ABU. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

PARAÍBA  
Pólo: 10-2-490-950  
Matrícula: 1138862-2018-06-3

VENCIMENTO 26/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 23,55

83620000000-5 23550149000-9 11388622018-6 06300002019-6



JOSE ADEILTON ISAIAS  
RUA CICERO BENTO SOBRINHO, S/N / CD 348 LT 81 - FUNCIONARIOS  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AO 1)

Emissão: 19/06/2018 Referência Jun / 2018  
Clester/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br230, Km 25 - Centro/Ribeirão - João Pessoa / PB - CEP 58021-680  
CNPJ:09.096.982/0001-40 - Insc Est: 0001076988  
Ribeirão: 10-2-480-980

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°008.211.900  
Cód. para Dth. Automática: 00011388626

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	19/06/2018	19/07/2018	2149293455 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1138862-6

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
18/05/18	7714	19/06/18	7720	
<b>Demonstrativo</b>				
CCO	Descrição	Quarteto de Tarifa	1000: Base Cál. Fis. Icmf(RB) Base Cál. Fis.(R) Cofim(R)	
		Tributos Total(RB) ICMS(RB) ICMS:	FolCofim(RB) (0,0000%) (4,1404%)	
0801	Consumo em kWh	38.000 0,520992	18,75 0,00 0 0,00 18,75 0,17 0,76	
0801	Adic. B. Amarela		0,14 0,00 0 0,00 0,14 0,05 0,00	
0801	Adic. B. Vermelha		1,15 0,00 0 0,00 1,15 0,01 0,05	
<b>DEVEDORES E SERVIÇOS</b>				
0804	JUROS DE MORA 05/2018		0,07 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805	MULTA 05/2018		0,34 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0801	DOAÇÃO-HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO 05/2018		3,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018		0,10 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
CCO Código de Classificação do item				
TOTAL		23,55	0,00	0,00 20,04 0,16 0,93

Média últimos meses (kWh) 45 VENCIMENTO 26/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 23,55

Histórico de Consumo (kWh)

53		41		47		58		49		41		26		42		43		44		51		62		33
Jun/17		Jul/17		Agosto/17		Sep/17		Out/17		Nov/17		Dez/17		Jan/18		Fev/18		Mar/18		Abri/18		Maio/18		

RESERVADO AOS FABRICANTES DE EQUIPAMENTOS DE ENERGIA ELÉTRICA

#### Indicadores de Qualidade

4/2018 - Mês/ano		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	0,00	NORMAL
DIG TRIMESTRAL	10,62	220
DIG ANUAL	31,25	
FIC MENSAL	3,33	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	6,60	LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	13,20	LIMITE SUPERIOR
QMC	3,03	421
DICRI	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PIB	8.62	38,11
Compra de Energia	5.51	40,84
Serviço de Transporte	1.01	4,28
Encargos Sistêmicos	1.89	7,77
Impostos Diretos e Encargos	1.62	6,45
Outros Serviços	3,00	12,74
Total	23,55	100,00

Valor do E/S/0 (Ref 4/2018) R\$ 14,04

ATENÇÃO  
- Leitura confirmada.  
- Contato Serviço: HOSF, NAPOLEÃO LAUREANO - (83) 3508-8771  
- O cancelamento da cobrança do convênio é a emissão da fatura sem estes descontos.  
- podem ser solicitadas a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
1º ABU. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

PARAÍBA  
Pólo: 10-2-490-950  
Matrícula: 1138862-2018-06-3

VENCIMENTO 26/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 23,55

83620000000-5 23550149000-9 11388622018-6 06300002019-6









**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Christian Adilson Dailos inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.903.064-13, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tadeu Adilson Dailos inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.492.934-55, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Tadeu Adilson Dailos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.492.939-55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço			
Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Jardim Europa</u>	<u>Centro</u>	<u>201</u>	
Email		Estado	CEP
		<u>PR</u>	<u>78</u>
		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(83) 98766-6168</u> <u>(83) 97746-9655</u>	

J. Pessoa, 07 de Agosto de 2018  
Local e Data

Johnistone Gonçalves do Nascimento  
Assinatura do Declarante

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Christian Adilson Dailos inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.903.064-13, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tadeu Adilson Dailos inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.492.934-55, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Tadeu Adilson Dailos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.492.939-55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço			
Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Jardim Europa</u>	<u>Centro</u>	<u>201</u>	
Email		Estado	CEP
		<u>PR</u>	<u>78</u>
		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(83) 98766-6168</u> <u>(83) 97746-9655</u>	

J. Pessoa, 07 de Agosto de 2018  
Local e Data

Johnistone Gonçalves do Nascimento  
Assinatura do Declarante



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE ADEILTON ISAIAS
DATA DE NASCIMENTO	14/05/75
NOME DA MÃE	MARIA DAS NEVES ISAIAS

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.076.000
DATA DO ATENDIMENTO	16/04/18
HORA DO ATENDIMENTO	08:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA
CID 10	S82.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientado, com ferimento contuso em mento e ferimento em 5º dedo da mão esquerda. Dor e limitação funcional de perna esquerda. Glasgow 15. Abdomen sem queixas.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de bacia  
RX de joelho esquerdo  
RX de perna esquerda  
TC de tornozelo esquerdo  
RX de coxa esquerda

*COMPREV*  
*COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A*  
*16/04/2018*

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de tibia e de fibula da perna esquerda.

*PROTOCOLO*  
*AG. JOÃO PESSOA*

### TRATAMENTO:

Imobilização.

ALTA HOSPITALAR: 16/04/18  
DATA DA EMISSÃO: 28/06/18

*Dr. José de Almeida Braga*  
CRM: 2329/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1076000



Identificação do paciente				
ID 1280792	Nome JOSE ADEILTON ISAIAS			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1976	Idade 42 anos 3 meses 15 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe NAO INFORMADO				Pai NAO INFORMADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 999999999	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crs:		
Local de procedência JOAO PAULO II		Type	UF	
E-mail	Naturalidade	CBO/R	PB	
Endereço				
CEP 58076692	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CICERO BENTO SOBRINHO	
Número SN	Complemento	Bairro JOAO PAULO II		
Admissão				
Data e Hora 16/04/2018 08:30:05	Número da pulseira <b>1000005155391</b>	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte: RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA <u>  </u> mmHg	P脉	Temperatura		

## Exames complementares

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

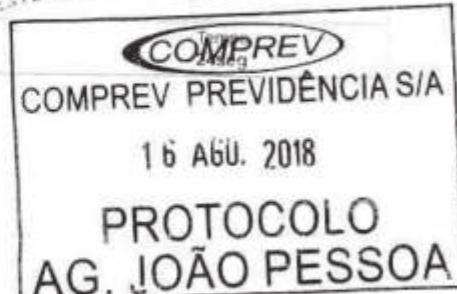
Dados clínicos

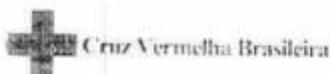
Relevo: paciente com queixa de dor no lado esquerdo da coxa e joelho, com dor mínima e maior e fratura em MFE, pague dor com cintilografia de maior intensidade.

Diagnóstico

Atendido por  
FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL

Imprimir





## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSE ADEILTON ISAIAS</b>		BAE 1076000	Data/Hora Entrada 16/04/2018 08:30:05	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/01/1976</b>		Idade <b>42a 3m 15d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>				Telefone de Contato (83) 999999999
Endereço <b>CÍCERO BENTO SOBRINHO, SN</b>		Bairro <b>JOÃO PAULO II</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS</b>	Nº Cons. Regional <b>4827/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>16/04/2018 08:30:05</b>		Data/Hora Prescrição <b>16/04/2018 08:43:35</b>		

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO , COLIDIU COM UM CARRO NA LATERAL .  
CONSCIENTE . CORADO . HIDRATADO .

APRESENTA FERIMENTO EM MENTO , V DEDO DA MAO ESQUERDA E POSSIVEL FRATURA FECHADA EM Perna Esquerda .

GLASGOW 15 , SEM FERIMENTO EM COURO CABELUDO .  
EUPNÉICO .

ABDOMÉ FLÁCIDO , INDOLOR . DB NEGATIVO .

CONDUTA LIBERADO DA CIRURGIA GERAL  
A ORTOPEDIA E BUCO-MAXILO  
CURATIVO

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

*Recebido para Encaminhado  
para cirurgia de ressecção  
devido a fratura fechada.*

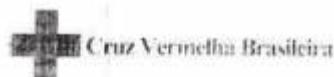
JOSE ADEILTON ISAIAS

EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS  
(: 4827/PB)

*Gal. juiz de  
Faz. Cruz Vermelha*

*Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 16/04/2018 08:30:29*





## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSE ADEILTON ISAIAS</b>		BAE <b>1076000</b>	Data/Hora Entrada <b>16/04/2018 08:30:05</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/01/1976</b>	Idade <b>42a 3m 15d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 999999999</b>
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>				Prontuário
Endereço <b>CÍCERO BENTO SOBRINHO, SN</b>		Bairro <b>JOÃO PAULO II</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LAZARO MACEDO CARVALHO</b>		Nº Cons. Regional <b>10553/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/04/2018 08:30:05</b>		Data/Hora Prescrição <b>16/04/2018 09:22:56</b>		

## Anamnese

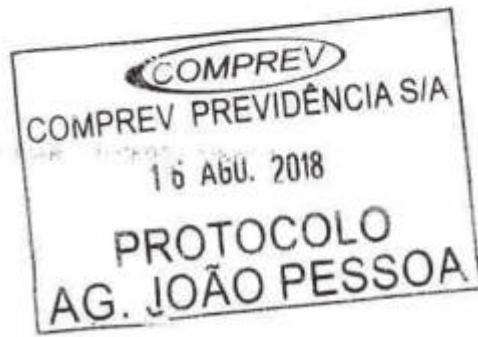
CIRURGIA GERAL :

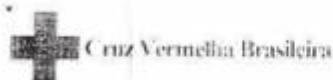
EM TEMPO -> REALIZADO SUTURA EM V DEDO DA MÃO ESQUERDA .  
ALTA DA CIRURGIA GERAL

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JOSE ADEILTON ISAIAS

LAZARO MACEDO CARVALHO  
(CRM: 10553/PB)



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JOSE ADEILTON ISAIAS</b>		BAE 1076000	Data/Hora Entrada 16/04/2018 08:30:05	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/01/1976</b>	Idade <b>42a 3m 15d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 999999999</b>
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>				Prontuário
Endereço <b>CÍCERO BENTO SOBRINHO, SN</b>		Bairro <b>JOÃO PAULO II</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LAIANA KAREN DANTAS BARRETO</b>	Nº Cons. Regional <b>8491/RN</b>	
Data/Hora Classificação <b>16/04/2018 08:30:05</b>		Data/Hora Prescrição <b>16/04/2018 08:57:47</b>		

## Anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 1H.  
QUEIXA-SE DE DOR EM MIE.

EFO: MIE RODADO EXTERNO, SEM DOR A PALPAÇÃO COXO-FEMORAL, MOVIMENTANDO OS DEDOS, SE MOVIMENTAR TORNOZELO, JOELHO E SEM ERGUER O MIE, COM DEFORMIDADE EM Perna, APARENTEMENTE.

CD: SOLICITO RAIO-X

STAFF: DR. FRANCISCO

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

## Conduta

Em observação

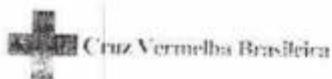
JOSE ADEILTON ISAIAS

  
 LAIANA KAREN DANTAS BARRETO  
 (CRM: 8491/RN)

  
 COMPREV  
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 AGO. 2018

 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSE ADEILTON ISAIAS</b>	BAE <b>1076000</b>	Data/Hora Entrada <b>16/04/2018 08:30:05</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/01/1976</b>	Idade <b>42a 3m 15d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(63) 99999999</b>
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>			
Endereço <b>CÍCERO BENTO SOBRINHO, SN</b>	Bairro <b>JOÃO PAULO II</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCAO</b>	Nº Cons. Regional <b>3680/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/04/2018 08:30:05</b>		Data/Hora Prescrição <b>16/04/2018 08:50:37</b>	

## Anamnese

Paciente vítima de acidente motociclistico (moto x carro). Evolui em EGB, consciente, orientado. Ao exame de face, movimentos oculares preservados, movimentos mandibulares preservados. Ferimento por abrasao em regiao submentual. Sem sinais de fratura nos ossos da face.

Cd: ALTA BMF

## Conduta

Em observação

JOSE ADEILTON ISAIAS

PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCAO  
(- 3680/PB)



Atendimento: 201831250274

Data Nasc: 01/01/1976 - 42 anos

Paciente: JOSE ADEILTON ISAIAS

Data Exame: 16/04/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

**Fratura cominutiva diafisária da tibia e fíbula.**

**Hematoma de tecidos moles em terço médio da perna.**

**Calcificações vasculares.**

**Esporão do calcâneo.**

**Entesopatia do tendão de Aquiles.**

Densidade óssea normal.

Espaços articulares conservados.

Não há aumento significativo do líquido intra-articular.

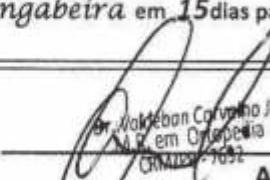
*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 16/04/2018 10:19.*

  
**Dr. Igor Motta de Aquino**  
CRM: 6512- PB

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOSE ADEILTON ISAIAS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 42A	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: 08	LEITO: 130
DATA DE ADMISSÃO 16/04/2018		DATA DE ALTA: 22/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INCIAL <i>Fratura Diafisária de Tibia</i>				CID S82.2	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		( ) REMOVIDO	( ) A PEDIDO	( ) CURADO	( )
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALEXINA E AINES.					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão. (DR. HUMBERTO JANSEN)					
22/05/2018 DATA		 Dr. Volnei Barbosa Corrêa Jr. M.D. em Ortopedia CRM/PE: 7697 22 MAIO 2018 ASS. MÉDICO / C.R.M			



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE ADEILTON ISAIAS
DATA DE NASCIMENTO	14/05/75
NOME DA MÃE	MARIA DAS NEVES ISAIAS

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.076.000
DATA DO ATENDIMENTO	16/04/18
HORA DO ATENDIMENTO	08:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA
CID 10	S82.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientado, com ferimento contuso em mento e ferimento em 5º dedo da mão esquerda. Dor e limitação funcional de perna esquerda. Glasgow 15. Abdomen sem queixas.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de bacia  
RX de joelho esquerdo  
RX de perna esquerda  
TC de tornozelo esquerdo  
RX de coxa esquerda

*COMPREV*  
*COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A*  
*16/04/2018*

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de tibia e de fibula da perna esquerda.

*PROTOCOLO*  
*AG. JOÃO PESSOA*

### TRATAMENTO:

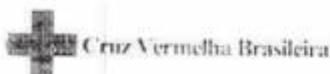
Imobilização.

ALTA HOSPITALAR: 16/04/18  
DATA DA EMISSÃO: 28/06/18

*Dr. José de Almeida Braga*  
CRM: 2329/PB

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





## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSE ADEILTON ISAIAS</b>		BAE 1076000	Data/Hora Entrada 16/04/2018 08:30:05	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/01/1976</b>		Idade <b>42a 3m 15d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>				Telefone de Contato (83) 999999999
Endereço <b>CÍCERO BENTO SOBRINHO, SN</b>		Bairro <b>JOÃO PAULO II</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS</b>	Nº Cons. Regional <b>4827/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/04/2018 08:30:05</b>			Data/Hora Prescrição <b>16/04/2018 08:43:35</b>	

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO , COLIDIU COM UM CARRO NA LATERAL .  
CONSCIENTE . CORADO . HIDRATADO .

APRESENTA FERIMENTO EM MENTO , V DEDO DA MAO ESQUERDA E POSSIVEL FRATURA FECHADA EM Perna Esquerda .

GLASGOW 15 , SEM FERIMENTO EM COURO CABELUDO .  
EUPNÉICO .

ABDOMÉ FLÁCIDO , INDOLOR . DB NEGATIVO .

CONDUTA LIBERADO DA CIRURGIA GERAL  
A ORTOPEDIA E BUCO-MAXILO  
CURATIVO

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

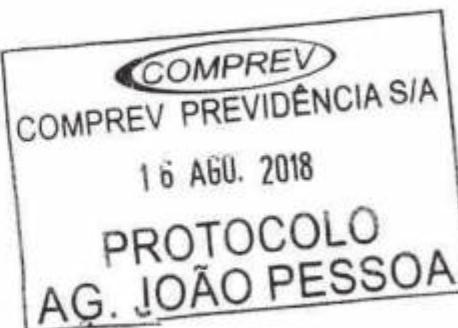
*Recebido para Encaminhamento  
para cirurgia de reabilitação  
para a cirurgia de reabilitação*

JOSE ADEILTON ISAIAS

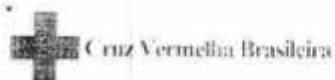
EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS  
(: 4827/PB)

*Gal. juiz de  
Faz. Cruz Vermelha*

*Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 16/04/2018 08:30:29*







## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JOSE ADEILTON ISAIAS</b>		BAE 1076000	Data/Hora Entrada 16/04/2018 08:30:05	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/01/1976</b>	Idade <b>42a 3m 15d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 999999999</b>
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>				Prontuário
Endereço <b>CÍCERO BENTO SOBRINHO, SN</b>		Bairro <b>JOÃO PAULO II</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LAIANA KAREN DANTAS BARRETO</b>	Nº Cons. Regional <b>8491/RN</b>	
Data/Hora Classificação <b>16/04/2018 08:30:05</b>		Data/Hora Prescrição <b>16/04/2018 08:57:47</b>		

## Anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 1H.  
QUEIXA-SE DE DOR EM MIE.

EFO: MIE RODADO EXTERNO, SEM DOR A PALPAÇÃO COXO-FEMORAL, MOVIMENTANDO OS DEDOS, SE MOVIMENTAR TORNOZELO, JOELHO E SEM ERGUER O MIE, COM DEFORMIDADE EM Perna, APARENTEMENTE.

CD: SOLICITO RAIO-X

STAFF: DR. FRANCISCO

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

## Conduta

Em observação

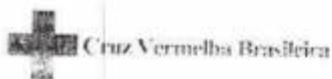
JOSE ADEILTON ISAIAS

  
 LAIANA KAREN DANTAS BARRETO  
 (CRM: 8491/RN)

  
 COMPREV  
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 AGO. 2018

 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSE ADEILTON ISAIAS</b>	BAE <b>1076000</b>	Data/Hora Entrada <b>16/04/2018 08:30:05</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/01/1976</b>	Idade <b>42a 3m 15d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(63) 99999999</b>
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>			
Endereço <b>CÍCERO BENTO SOBRINHO, SN</b>	Bairro <b>JOÃO PAULO II</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCAO</b>	Nº Cons. Regional <b>3680/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/04/2018 08:30:05</b>		Data/Hora Prescrição <b>16/04/2018 08:50:37</b>	

## Anamnese

Paciente vítima de acidente motociclistico (moto x carro). Evolui em EGB, consciente, orientado. Ao exame de face, movimentos oculares preservados, movimentos mandibulares preservados. Ferimento por abrasao em regiao submentual. Sem sinais de fratura nos ossos da face.

Cd: ALTA BMF

## Conduta

Em observação

JOSE ADEILTON ISAIAS

PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCAO  
(- 3680/PB)



Atendimento: 201831250274

Data Nasc: 01/01/1976 - 42 anos

Paciente: JOSE ADEILTON ISAIAS

Data Exame: 16/04/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

**Fratura cominutiva diafisária da tibia e fíbula.**

**Hematoma de tecidos moles em terço médio da perna.**

**Calcificações vasculares.**

**Esporão do calcâneo.**

**Entesopatia do tendão de Aquiles.**

Densidade óssea normal.

Espaços articulares conservados.

Não há aumento significativo do líquido intra-articular.

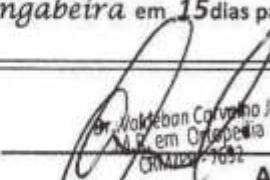
*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 16/04/2018 10:19.*

  
**Dr. Igor Motta de Aquino**  
CRM: 6512- PB

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOSE ADEILTON ISAIAS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 42A	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: 08	LEITO: 130
DATA DE ADMISSÃO 16/04/2018		DATA DE ALTA: 22/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INCIAL <i>Fratura Diafisária de Tibia</i>				CID S82.2	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		( ) REMOVIDO	( ) A PEDIDO	( ) CURADO	( )
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALEXINA E AINES.					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão. (DR. HUMBERTO JANSEN)					
22/05/2018 DATA		 Dr. Volnei Barbosa Corrêa Jr. M.D. em Ortopedia CRM-PE 1092 22 MAIO 2018 ASS. MÉDICO / C.R.M			



## CERTIDÃO

Nº. 0083/2019

Atendendo solicitação de **JOSE ADEILTON ISAIAS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 166423 e Prontuário nº 2018.04.002351 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 16/04/2018 às 14h40min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna esquerda.

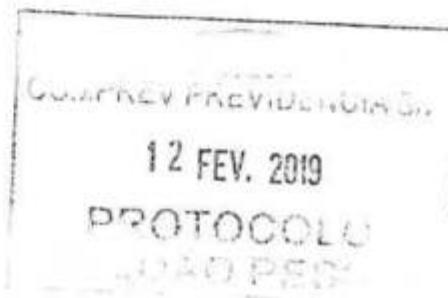
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 21/05/2018 com alta médica dia 22/05/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de janeiro de 2019

*Rosangela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



ITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

EXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 120552

Atd: Reg:

Data: 16/04/2018

Horá: 14:40:49

Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ADEILTON ISAIAS

Num. de vezes atendido: 1

CNS: 898003969976431 Sexo: M OUTROS: SUS Fone: 988888850

Núm. Prontuario: 2018.04.002351

Natural: SAO JOSE DO SABUGI/PB Data Nasc.: 14/05/1975 Id: 42 ano(s)

End.: AVENIDA NO COSTA, 350

Bairro: VARJAO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DAS NEVES ISAIAS

Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO EM FRENTE AO ASAI

Vitima de violência por: AS 7:30HRS CONDUTOR

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito

Queixa Principal

Observacao

DMA EM MIE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente transferido do Hosp de Trauma, vitima de acidente em moto.  
AO exame: Nivel vascular preservado, mucosismo extenso + ferida profunda no pé.

Ex = Geral de perna fractura em coto do pé.

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

Ex  
Dr. Fellipe Bezerra  
MEDICO  
CRM-PB 11126

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM

### Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

- [ ] Residencia [ ] Transferido  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria

[ ] Desistencia [ ] UTI

Pauline A. Isaias.

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Jose Adelton Soares</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>21/05/18</i>	Girurgião: <i>Humberto Júnior</i>			1º Assistente: <i>Túlio</i>	
2º Assistente: <i>Aurelio</i>	3º Assistente: <i>Fáldelar</i>			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia: <i>Laguna</i>		Horário: I:		T:

### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

*Fratura do osso da perna* (O)

### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

*Ortopédico*

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*Osteomíse de crípsis da perna*

Acidente durante Ato Cirúrgico    1 (  ) Sim  
    2 (  ) Não

Descreva:

Biópsia de Congelação:    1 (  ) Sim  
    2 (  ) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 (  ) Enfermaria 2(  ) Terapia Intensiva 3(  ) Residência 4 (  ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Data da Admissão:** 16/04/11

**Nome:** João Batista de Souza

Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F( ) M( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**QPD:** Do + estreita + de fadiga + em peso (E)

**HDA:** Parente com história de morte da mãe, infarto, diabetes + fadiga + fadiga de movimento em peso (E)

Medicações em uso: Metformina

### **Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** Febre Astenia Anorexia Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ Prurido Sudorese  
Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e PESCOÇO:** Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe  
Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** Dor \_\_\_\_\_ Tosse Expectoração Hemoptise  
Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** Dor \_\_\_\_\_ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas  
Vômitos Dispepsia Diarréia Melenas Enterorragia Constipação Aumento de volume

**AGU:** Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematuria  
Mal Cheiro Corrimento Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** Dor \_\_\_\_\_ Rigidez pós-repouso Deformidades  
Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

**SN e PSQ:** Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade  
Amnésia Libido Humor

### Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ] JHTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HAS [ ] DDM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Familiares:

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:** \_\_\_\_\_ mmHg

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Dr. Felipe Bezerra  
MÉDICO  
CRM-PB 11126 + Dr. Hélio  
Médico

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

PF em PDT sob capa anestésica  
preparo + limpeza  
aproximação de campos estériles

### Incisão:

L infecção anterior.  
Desseção por planos

### Achados:

Fractura cominada em oblique  
de tibia (E) cominada com  
esquerda.

### Conduta:

Desvascularização anterior da tibia (E)  
Fixação da placa por incisão  
Fixação da placa 12 furos com  
3 parafusos corticais distais e 2 proximais  
lavagem mecânica Cirurgia com Sfam  
2000 ml 1% e V  
Conjunção da Sutura com esquerda

Fechamento: Sutura + cerclagem + tala  
removida

### OBS:

12 FEV. 2013

PROTÓCOLO

G.

Dr. Valdeben Corrêa Jr.  
M.R. em Ortopedia  
CRM/PB Data: 21 MAIO 2018

Dr. Valdeben Corrêa Jr.  
M.R. em Ortopedia  
CRM/PB Data: 21 MAIO 2018  
MÉDICO/CRM

## CERTIDÃO

Nº. 0083/2019

Atendendo solicitação de **JOSE ADEILTON ISAIAS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 166423 e Prontuário nº 2018.04.002351 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 16/04/2018 às 14h40min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna esquerda.

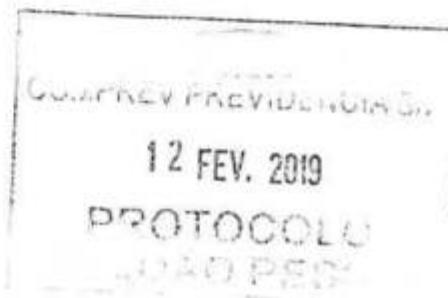
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 21/05/2018 com alta médica dia 22/05/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de janeiro de 2019

*Rosangela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



ITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

EXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 120552

Atd: Reg:

Data: 16/04/2018

Horá: 14:40:49

Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ADEILTON ISAIAS

Num. de vezes atendido: 1

CNS: 898003969976431 Sexo: M OUTROS: SUS Fone: 988888850

Núm. Prontuario: 2018.04.002351

Natural: SAO JOSE DO SABUGI/PB Data Nasc.: 14/05/1975 Id: 42 ano(s)

End.: AVENIDA NO COSTA, 350

Bairro: VARJAO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DAS NEVES ISAIAS

Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO EM FRENTE AO ASAI

Vitima de violência por: AS 7:30HRS CONDUTOR

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

Aparentemente Bem  Grave

FC: TP:

Politraumatizado  Convulsao

Peso: Altura:

Hemorragia  Dispneia

Glicemias: IMC:

Diarreia  Agitado

Circ. Abd: O2%:

Regular  Chocado

Queixa Principal

Vomito

T MIA EM MIE

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente transferido do Hosp de Trauma, vitima de acidente em moto.  
AO exame: Nivel vascular preservado, mucosismo extenso + ferida profunda no pé.

Ex = Sinal de patente fractura em coto do pé.

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

Ex  
Dr. Fellipe Bezerra  
MEDICO  
CRM-PB 11126

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM

### Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

- [ ] Residencia [ ] Transferido  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria

[ ] Desistencia [ ] UTI

Pauline A. Isaias.

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Jose Adelton Soares</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>21/05/18</i>	Girurgião: <i>Humberto Júnior</i>			1º Assistente: <i>Túlio</i>	
2º Assistente: <i>Aurelio</i>	3º Assistente: <i>Fáldelar</i>			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia: <i>Laguna</i>		Horário: I:	T:	

### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

*Fratura do ovo da perna* (O)

### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

*Omeano*

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*Osteomise de óvulo da perna*

Acidente durante Ato Cirúrgico    1 (  ) Sim  
    2 (  ) Não

Descreva:

Biópsia de Congelação:    1 (  ) Sim  
    2 (  ) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 (  ) Enfermaria 2(  ) Terapia Intensiva 3(  ) Residência 4 (  ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Data da Admissão:** 16/04/11

**Nome:** João Batista de Souza

Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F( ) M( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**QPD:** Do + esterno + de fadiga + em peso (E)

**HDA:** Parente com história de morte da mãe, infarto, doenças + limitações de movimento em peso (E)

Medicações em uso: None

### **Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:**  Febre  Astenia  Anorexia  Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_  Prurido  Sudorese  
 Calafrios  Alopecia  Adenomegalias  Icterícia  Tonturas  Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e PESCOÇO:**  Cefaléia  Espirros  Rinorréia  Obstrução Nasal  Epistaxe  
 Dor de Garganta  Bócio  Rouquidão  Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:**  Dor \_\_\_\_\_  Tosse  Expectoração  Hemoptise  
 Dispnéia  Palpitações  Desmaio  Cianose  Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:**  Dor \_\_\_\_\_  Pirose  Soluço  Regurgitação  Hematêmese  Náuseas  
 Vômitos  Dispepsia  Diarréia  Melena  Enterorragia  Constipação  Aumento de volume

**AGU:**  Disúria  Incontinência  Retenção  Poliúria  Oligúria  Noctúria  Hématuria  
 Mal Cheiro  Corrimento  Outras: \_\_\_\_\_

**SME:**  Dor \_\_\_\_\_  Rigidez pós-repozo  Deformidades  
 Artralgia  Calor  Rubor  Edema  Crepitação  Fraqueza  Atrofia  Espasmos

**SN e PSQ:**  Insônia  Sonolência  Convulsões  Motricidade e Sensibilidade  
 Amnésia  Libido  Humor

### Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ] JHTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HAS [ ] DDM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Familiares:

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

### Exame Físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg

FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Dr. Felipe Bezerra  
MÉDICO  
CRM-PB 11126 + Dr. Hélio  
Médico

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

PF em PDT sob capa anestésica  
preparo + limpeza  
aproximação de campos estériles

### Incisão:

L infecção anterior.  
Dessecação por planos

### Achados:

Fractura cominada em oblique  
de tibia (E) cominada com  
esquerda.

### Conduta:

Desvascularização anterior da tibia (E)  
Fixação da placa por incisão  
Fixação da placa 12 furos com  
3 parafusos corticais distais e 2 proximais  
lavagem mecânica Cirurgia com Sfam  
2000 ml 1% e V  
Conjunção da Sutura com esquerda

Fechamento: Sutura + cerclagem + tala  
removida

### OBS:

12 FEV. 2013

PROTÓCOLO

G.

Dr. Valdeben Corrêa Jr.  
M.R. em Ortopedia  
CRM/PB Data: 21 MAIO 2018

Dr. Valdeben Corrêa Jr.  
M.R. em Ortopedia  
CRM/PB Data: 21 MAIO 2018  
MÉDICO/CRM



## **RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS**

NAME: JOSE MAGLON ISAINI

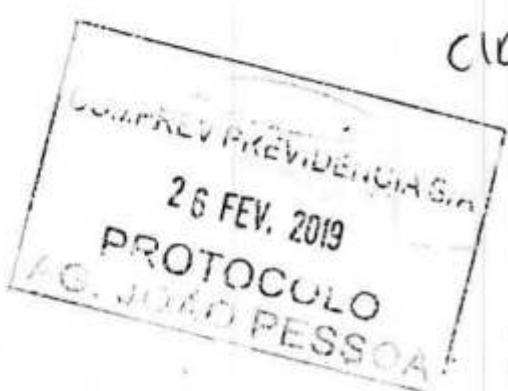
2400:

paciente El Fortuna  
em ossos da perna.  
(E) submetido à  
~~concreto~~ osteossíntese  
se (1) PTFCA + PMMA  
50 em 21/05/2018

cl0: 582

T93

25/3/13





## **RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS**

NAME: JOSE MAGLON ISAINI

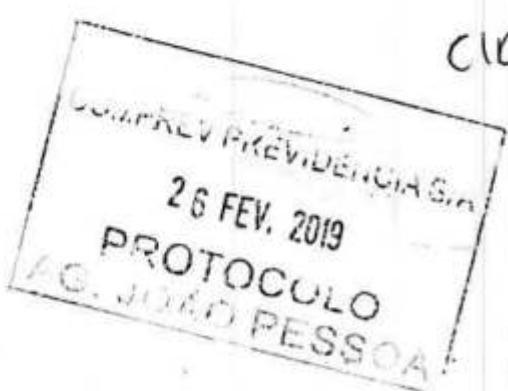
2400:

paciente El Fortuna  
em ossos da perna.  
(E) submetido à  
~~concreto~~ osteossíntese  
se (1) PTFCA + PMTR  
50 em 21/05/2018

cl0: 582

T93

25/3/13





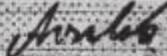






REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PB		Nº 013748926617	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	PERÍODO	EXERCÍCIO
1	109239532-3	00/00000000	2017
NOME			
JOSE ADEILTON ISAIAS			
CPF / CNPJ	PLACA		
02149293455	QFN9857/PB		
PLACA ANT / LIP	CHASSI		
NOVO	PB	9C6RE2120H0001065	
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PLA/4 MOTOCICLETA	ÁLCO/ETAN		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
YAMAHA / YBR125I FACTOR E	2016	2017	
CAP / POT. CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/124 /CI	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA	VENC COTA UNICA	VENC / COTAS	
I	00/00/0000	1 <sup>o</sup>	
P		2 <sup>o</sup>	
V		3 <sup>o</sup>	
A	0		
FAIXA I PVA	PARCELAMENTO / COTAS		
*****	*****		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	*****	10/11/2017
OBSERVAÇÕES			
A.F BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA			
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
0			
LOCAL		DATA	
JOÃO PESSOA-PB		13/11/2017	
41939		55290	

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

PB Nº 013748926617 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSA	
2017		13/11/2017	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	02149293455	QFN9857/PB	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
01092395323	YAMAHA / YBR125I FACTOR E		
ANO FAB.	DATA FAB.	Nº CHASSI	
2016	9	9C6RE2120H0001065	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$)	
*****	*****	*****	
SEGURADO		PAGAMENTO	
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	10/11/2017	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04

55290-1127221-20171113



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 AGU. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PB		Nº 013748926617	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	PERÍODO	EXERCÍCIO
1	109239532-3	00/00000000	2017
NOME			
JOSE ADEILTON ISAIAS			
CPF / CNPJ	PLACA		
02149293455	QFN9857/PB		
PLACA ANT / LIP	CHASSI		
NOVO	PB	9C6RE2120H0001065	
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
MOTO/SCOOTER/NA	ÁLCO/ETAN		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
YAMAHA/YBR125I FACTOR E	2016	2017	
CAP / POT. CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/124 /CI	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA	VENC COTA UNICA	VENC / COTAS	
I	00/00/0000	1 <sup>o</sup>	
P		2 <sup>o</sup>	
V		3 <sup>o</sup>	
A	0		
FAIXA I PVA	PARCELAMENTO / COTAS		
*****	*****		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	*****	10/11/2017
OBSERVAÇÕES			
A.F BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA			
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
0			
LOCAL		DATA	
JOÃO PESSOA-PB		13/11/2017	
41939		55290	

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

PB Nº 013748926617 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSA	
2017		13/11/2017	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	02149293455	QFN9857/PB	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
01092395323	YAMAHA/YBR125I FACTOR E		
ANO FAB.	DATA FAB.	Nº CHASSI	
2016	9	9C6RE2120H0001065	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$)	
*****	*****	*****	
SEGURADO		PAGAMENTO	
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	10/11/2017	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04

55290-1127221-20171113



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 AGU. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180380671**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ADEILTON ISAIAS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA CICERO BENTO SOBRINHO, SN - FUNCIONARIOS - João Pessoa - PB - CEP 58070-390**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **1634143**

Data e local do acidente: [ **16/04/2018** ] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [ **25/03/2019** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA REFERE DOR NA Perna E TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ NA Perna E REDUÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO ESQUERDO.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Limitação funcional do tornozelo esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Tornozelo esquerdo**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180380671**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ADEILTON ISAIAS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA CICERO BENTO SOBRINHO, SN - FUNCIONARIOS - João Pessoa - PB - CEP 58070-390**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **1634143**

Data e local do acidente: [ **16/04/2018** ] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [ **25/03/2019** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA REFERE DOR NA Perna E TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ NA Perna E REDUÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO ESQUERDO.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Limitação funcional do tornozelo esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Tornozelo esquerdo**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180380671**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ADEILTON ISAIAS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA CICERO BENTO SOBRINHO, SN - FUNCIONARIOS - João Pessoa - PB - CEP 58070-390**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **1634143**

Data e local do acidente: [ **16/04/2018** ] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [ **25/03/2019** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA REFERE DOR NA Perna E TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ NA Perna E REDUÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO ESQUERDO.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Limitação funcional do tornozelo esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Tornozelo esquerdo**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180380671      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS      **Data do acidente:** 16/04/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** VÍTIMA REFERE DOR NA Perna E TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ NA Perna E TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180380671      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS      **Data do acidente:** 16/04/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** VÍTIMA REFERE DOR NA Perna E TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ NA Perna E TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180380671      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS      **Data do acidente:** 16/04/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** VÍTIMA REFERE DOR NA Perna E TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ NA Perna E TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180380671      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS      **Data do acidente:** 16/04/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** VÍTIMA REFERE DOR NA Perna E TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ NA Perna E TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180380671      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS      **Data do acidente:** 16/04/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180380671      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS      **Data do acidente:** 16/04/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/02/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180380671  
**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Cidade:** João Pessoa  
**Data do acidente:** 16/04/2018

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVÍABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180380671      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS      **Data do acidente:** 16/04/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180380671      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS      **Data do acidente:** 16/04/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/02/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180380671  
**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Cidade:** João Pessoa  
**Data do acidente:** 16/04/2018

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVÍABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSE ADEILTON SANTOS

Brasileiro (a), estado Civil \_\_\_\_\_, Profissão \_\_\_\_\_,  
Cl \_\_\_\_\_ RG nº 5634143,  
CPF/MF nº 021-492.934-55, residente a domiciliado  
(a) à Rua CICERO BENTO Sobrinho (João Paulo), Cidade  
de Soáti Pessoa, Estado PARAÍBA,  
Telefone 98766-6168.

OUTORGADO: Christiane Gonçalves do Nascimento, CPF 043.903.064-13 e RG 2.451.792 SSP/PB, com endereço na Rua Nair Alves da Costa, nº 201, Tibiri II, Santa Rita/PB.

Poderes: O outorgante concede poderes especiais ao Outorgado para: Enviar documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradora Conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do Outorgante e veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Jônio Pessoz, 12 de julho de 2018



**OUTORGANTE**  
COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
15.450.2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

JOSE ADEILTON S SAIAS

Brasileiro (a), estado Civil

Profissão

Cl RG nº 5634143

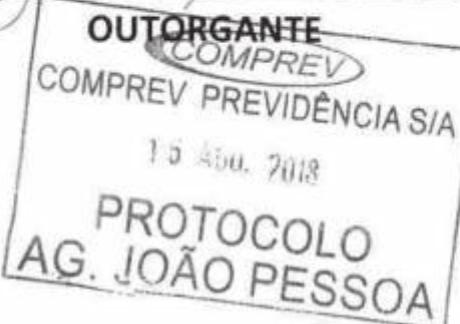
CPF/MF nº 021.492.934-55 residente a domiciliado  
(a) à Rua CICERO BENTO Sobrinho (São Paulo), Cidade  
de SOAÍ PESSOA, Estado PARAÍBA,  
Telefone 98766-6168.

**OUTORGADO:** Christiane Gonçalves do Nascimento, CPF 043.903.064-13 e RG 2.451.792 SSP/PB, com endereço na Rua Nair Alves da Costa, nº 201, Tibiri II, Santa Rita/PB.

Poderes: O outorgante concede poderes especiais ao Outorgado para: Enviar documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradora Conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do Outorgante e veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

JOÃO PESSOA, 12 de julho de 2018

CARTÓRIO  
M. DA FRANCA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300915/18

**Número do Sinistro:** 3180380671

**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**CPF:** 021.492.934-55

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/04/2018

**Titular do CPF:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- 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.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/02/2019

Nome: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO  
CPF: 043.903.064-13

Data do cadastramento: 12/02/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300915/18

**Número do Sinistro:** 3180380671

**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**CPF:** 021.492.934-55

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/04/2018

**Titular do CPF:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/02/2019

Nome: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO  
CPF: 043.903.064-13

Data do cadastramento: 12/02/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300915/18

**Número do Sinistro:** 3180380671

**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**CPF:** 021.492.934-55

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/04/2018

**Titular do CPF:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/02/2019

Nome: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO  
CPF: 043.903.064-13

Data do cadastramento: 12/02/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300915/18

**Número do Sinistro:** 3180380671

**Vítima:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**CPF:** 021.492.934-55

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/04/2018

**Titular do CPF:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- 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.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 26/02/2019

Nome: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO  
CPF: 043.903.064-13

Data do cadastramento: 26/02/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Nº Sinistro:** 3180380671

**Vitima:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Data do Acidente:** 16/04/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180380671**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Nº Sinistro:** 3180380671

**Vitima:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Data do Acidente:** 16/04/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180380671**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Nº Sinistro:** 3180380671

**Vitima:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Data do Acidente:** 16/04/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180380671**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Nº Sinistro:** 3180380671

**Vitima:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**Data do Acidente:** 16/04/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180380671**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

---

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180380671**

**Vítima: JOSE ADEILTON ISAIAS**

**Data do Acidente: 16/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE ADEILTON ISAIAS**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

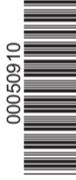
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180380671**

**Vítima: JOSE ADEILTON ISAIAS**

**Data do Acidente: 16/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE ADEILTON ISAIAS**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180380671**

**Vítima: JOSE ADEILTON ISAIAS**

**Data do Acidente: 16/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180380671**

**Vítima: JOSE ADEILTON ISAIAS**

**Data do Acidente: 16/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180380671**      **Vítima: JOSE ADEILTON ISAIAS**

**Data do Acidente: 16/04/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ADEILTON ISAIAS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =      R\$ 843,75

**Recebedor: JOSE ADEILTON ISAIAS**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000000037**

**Conta: 00000115794-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180380671**      **Vítima: JOSE ADEILTON ISAIAS**

**Data do Acidente: 16/04/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ADEILTON ISAIAS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =      R\$ 843,75

**Recebedor: JOSE ADEILTON ISAIAS**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000000037**

**Conta: 00000115794-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

021.492.934-55

Nome completo da vítima

José Adelilton Gaiar

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Adelilton Gaiar	021.492.934-55	
Endereço	Número	Complemento
Rua Glória Bento Sobrinho	517	
Bairro	Estado	CEP
Fundão	PB	58000000
Email:	Telefone (DDD)	
	(83) 98766-6168	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**
 RECUSO INFORMAR

 SEM RENDA

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

DV

 34  
 (Informar dígito se existir)

 115494 2  
 (Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome:

AGENCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

0 AGO 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

019

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir



Conta poupança  
0037. 013. 00115794-2  
Agenc'ia OP. conta



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

021.492.934-55

Nome completo da vítima

José Adelilton Gaiar

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Adelilton Gaiar	021.492.934-55	
Endereço	Número	Complemento
Rua Glória Bento Sobrinho	517	
Bairro	Estado	CEP
Fundão	PB	58000000
Email:	Telefone (DDD)	
	(83) 98766-6168	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**
 RECUSO INFORMAR

 SEM RENDA

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

DV

(Informar dígito se existir)

115494 2

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome:

AGENCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

0 AGO 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, encargo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

J. Pessoa, 07 de Agosto de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Conta poupança

0037. 013. 00115794-2

Agenc'ia OP. conta





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



**PRF**



**Acidente nº 18024412B01**

### INFORMAÇÕES GERAIS

**BR:** 230      **KM:** 25,0 - Decrescente      **Município:** JOAO PESSOA/PB

**Data:** 16/04/2018      **Hora:** 07:10

**Policial responsável pelo atendimento:** CANCIO, matrícula 2196040

### ASPECTOS DO LOCAL

**Tipo de via:** Principal

**Tipo de pavimento:** Asfalto

**Tipo de pista:** Múltipla

**Condicação da pista:** Molhada

**Estrutura viária:** Reta

**Localidade urbanizada:**

**Acostamento:**

**Canteiro central:**

**Condicação meteorológica:** Chuva

**Fase do dia:** Pleno dia



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

### Acidente nº 18024412B01



**PRF**

#### NARRATIVA

No dia 16/04/2018, às 07h40min a equipe PRF de Mata Redonda/PB em ronda de rotina na BR 230 foi acionada pela C3R informando de um acidente no km 25 da mesma rodovia. Chegando ao local verificou-se uma retenção no fluxo de veículos no sentido decrescente da rodovia, nas proximidades da Loja Carajas. A equipe constatou que havia um motociclista deitado no solo com ferimentos em uma das pernas. A via estava com a sinalização horizontal e vertical em boas condições e pavimento em bom estado. A velocidade regulamentada para o local é de 80 km/h. As condições ambientais era de dia chuvoso e de pista molhada. O trânsito encontrava-se congestionado para o horário. O acidente envolveu 02 veículos, um veículo VW/GOL, cor prata, de placa KLR-2452/PE, denominado de V1 e uma motocicleta YAMAHA/YBR125, cor vermelha, de PLACA QFN9857/PB, denominado de V2. Conforme foram avaliados os danos nos veículos e análises dos vestígios, concluiu-se que o fator principal do acidente foi por V2 não guardar distância de segurança do veículo a sua frente, concomitantemente a ingestão de bebida alcoólica, e se deu da seguinte maneira: O veículo V1 trafegava na pista de rolamento, na faixa da esquerda, em marcha lenta devido ao congestionamento, quando V2 que trafegava entre os veículos lentos colidiu na traseira, no lado direito, de V1. Com o impacto o motociclista caiu no solo. Conforme representação no croqui. A condutora de V1 prestou todo o auxílio ao condutor de V2, solicitando equipe de resgate do Corpo de Bombeiros que compareceu ao local para prestar socorro a vítima. Os condutores de V1 e V2 foram submetidos a testes de alcoolemia obtendo resultado 0.00 mg/L de teor etílico para a condutora de V1 e resultado 0.17 mg/L para o condutor de V2. Ambos os testes foram realizados no mesmo equipamento de série nº 077038, com resultados dos teste de números 07538 e 07539, respectivamente. Após realizados todos os procedimentos de praxe, a condutora de V1 preencheu termo de declaração de envolvido em acidente e logo após liberada, e o condutor de V2 foi conduzido pela viatura de resgate do Corpo de Bombeiros para o hospital de traumas, no entanto, o mesmo não apresentava condições de preencher o termo de declaração, já que havia escoriações também na mão e no braço.

#### EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

#### APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
Corpo de bombeiros	16/04/2018 07:45	16/04/2018 08:30



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18024412B01**



**PRF**

**IMAGENS PANORÂMICAS**



SENTO CRESCENTE



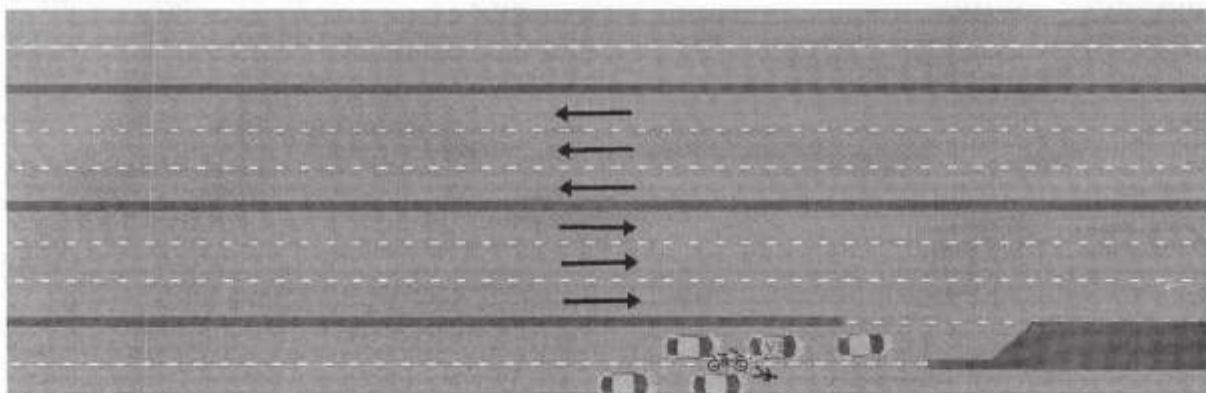
SENTO DECRESCENTE

**AMARRAÇÃO - null**

**CROQUI DA CENA DO ACIDENTE**



Local parcialmente preservado



← BAYEUX

CABEDELO →



Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18024412B01



**PRF**

**V1**



TRACIONADOR

**KLR2452**

**Placa:** KLR2452 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** VW/GOL 1.0/2009

**Renavam:** 00124489907

**Chassi:** 9BWAA05U19P056097

**Tipo de Veículo:** Automóvel

**Especie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

**Informações complementares:** Veículo trafegava em velocidade baixa por haver congestionamento no local.

#### PROPRIETÁRIO

**Nome:** SEVERINO JOSE COUTINHO

**CPF/CNPJ:** 266.148.634-87

**Endereço:** , RECIFE/PE

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18024412B01



PRF

V1



KLR2452



Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18024412B01**



**PRF**

**V2**



TRACIONADOR

**QFN9857**

**Placa:** QFN9857 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** YAMAHA/YBR125I FACTOR ED/2016

**Renavam:** 01092395323

**Chassi:** 9C6RE2120H0001065

**Tipo de Veículo:** Motocicleta

**Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Mudando de faixa

**Informações complementares:** Veículo trafegava entre os veículos que estavam em local congestionado.

#### PROPRIETÁRIO

**Nome:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**CPF/CNPJ:** 021.492.934-55

**Endereço:** , JOAO PESSOA/PB

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18024412B01**



**PRF**

**V2**



**QFN9857**



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18024412B01**



**PRF**

**V1**   
CONDUTOR

**ARIELLA DE JESUS SILVA**

**Placa do veículo:** KLR2452

**Marca/modelo:** VW/GOL 1.0

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** ARIELLA DE JESUS SILVA

**CPF:** 012.908.464-64

**Data de nascimento:** 12/12/1982

**Estado civil:** Não Informado

**Sexo:** Feminino

**Estado físico:** Ileso

**Usava cinto de segurança:** Sim **Usava capacete:** NÃO

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional **Categoria:** B **Data primeira habilitação:** 01/02/2001

**Nº de registro:** 0164338627 **UF:** PB **Data de vencimento da habilitação:** 26/08/2020

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** 99

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Sim

**Condutor se recusou a realizar o teste:** Não **Resultado:** 0

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA MARTINIANO RODRIGUES RAMALHO, 115, FUNCIONARIOS II, JOAO PESSOA/PB

**Telefone/email:** (83) 98863-9530/ariella.jesus@gmail.com



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18024412B01



PRF

V1



ARIELLA DE JESUS SILVA

CONDUTOR

TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIDO

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL		TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIDO		TDE		COMARCA/ACONSELHEIRO FEDERAL	
EMERGÊNCIA 191						14	01	02	18024412B01
1. Qualificação do declarante (declarante)									
NOME: Ariella de Jesus Silva RG: 11.403.666-6 NACIONALIDADE: Brasileira MUNICÍPIO: São Paulo DATA DE Nascimento: 12/12/1982 SEXO: F TÍTULO: P ENDERECO: R. Matheus Ladrão Cordeiro, nº 115 MUNICÍPIO: São Paulo CEP: 01010-000 E-MAIL: ariella.silva@gmail.com TELEFONE: (11) 98863-3530									
2. Declaração AS INFORMAÇÕES PRESENTES NESTE DOCUMENTO NÃO DE FICHA DE RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE. A INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME, ART. 297 E 298 DO CP.									
Por volta dos 07:10, estava com o veículo para de na BR 230 nos imediatos do Ceará, quando um motoqueiro colidiu no traseiro do meu veículo, segundo o mesmo, não consegui parar por conta da sua velocidade.									
3. Assinatura do declarante e data ASSINATURA DO DECLARANTE: Ariella de Jesus Silva DATA: 18/04/2018 A PESSOALMENTE ASSINADO/ASSINADO AUTOMATICAMENTE PRC CANCIO / MAT. 2196040									



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18024412B01



PRF

V2



JOSE ADEILTON ISAIAS

Placa do veículo: QFN9857

Marca/modelo: YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

Envolvimento: Condutor/Proprietário

Nome: JOSE ADEILTON ISAIAS

CPF: 021.492.934-55

Data de nascimento: 14/05/1975

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO Usava capacete: Sim

Informações complementares: Veículo liberado para o irmão da vítima, o Sr. Edivaldo José Isaias, CPF 035.713.384-64

#### DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional Categória: AB Data primeira habilitação: 01/02/2001

Nº de registro: 0164339142 UF: PB Data de vencimento da habilitação: 07/07/2021

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

#### ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não Resultado: 0,17

Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

#### DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA JOSE GOMES DA SILVEIRA, 46, CRISTO REDENTOR, JOAO PESSOA/PB

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura  
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18024412B01**



**PRF**



## Imagens Complementares

### Informações Gerais



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E08ECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18024412B01



**PRF**

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V1 / VW/GOL 1.0

**Placa:** KLR2452

**Nome do agente:** CANCIO

**Nº BOAT:** 18024412B01

**Matrícula do agente:** 2196040

**Data:** 16/04/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18024412B01**



**PRF**

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da monta:** Pequena

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V2 / YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

**Placa:** QFN9857

**Nome do agente:** CANCIO

**Nº BOAT:** 18024412B01

**Matrícula do agente:** 2196040

**Data:** 16/04/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da monta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



**PRF**



**Acidente nº 18024412B01**

### INFORMAÇÕES GERAIS

**BR:** 230      **KM:** 25,0 - Decrescente      **Município:** JOAO PESSOA/PB

**Data:** 16/04/2018      **Hora:** 07:10

**Policial responsável pelo atendimento:** CANCIO, matrícula 2196040

### ASPECTOS DO LOCAL

**Tipo de via:** Principal

**Tipo de pavimento:** Asfalto

**Tipo de pista:** Múltipla

**Condicação da pista:** Molhada

**Estrutura viária:** Reta

**Localidade urbanizada:**

**Acostamento:**

**Canteiro central:**

**Condicação meteorológica:** Chuva

**Fase do dia:** Pleno dia



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

### Acidente nº 18024412B01



**PRF**

#### NARRATIVA

No dia 16/04/2018, às 07h40min a equipe PRF de Mata Redonda/PB em ronda de rotina na BR 230 foi acionada pela C3R informando de um acidente no km 25 da mesma rodovia. Chegando ao local verificou-se uma retenção no fluxo de veículos no sentido decrescente da rodovia, nas proximidades da Loja Carajas. A equipe constatou que havia um motociclista deitado no solo com ferimentos em uma das pernas. A via estava com a sinalização horizontal e vertical em boas condições e pavimento em bom estado. A velocidade regulamentada para o local é de 80 km/h. As condições ambientais era de dia chuvoso e de pista molhada. O trânsito encontrava-se congestionado para o horário. O acidente envolveu 02 veículos, um veículo VW/GOL, cor prata, de placa KLR-2452/PE, denominado de V1 e uma motocicleta YAMAHA/YBR125, cor vermelha, de PLACA QFN9857/PB, denominado de V2. Conforme foram avaliados os danos nos veículos e análises dos vestígios, concluiu-se que o fator principal do acidente foi por V2 não guardar distância de segurança do veículo a sua frente, concomitantemente a ingestão de bebida alcoólica, e se deu da seguinte maneira: O veículo V1 trafegava na pista de rolamento, na faixa da esquerda, em marcha lenta devido ao congestionamento, quando V2 que trafegava entre os veículos lentos colidiu na traseira, no lado direito, de V1. Com o impacto o motociclista caiu no solo. Conforme representação no croqui. A condutora de V1 prestou todo o auxílio ao condutor de V2, solicitando equipe de resgate do Corpo de Bombeiros que compareceu ao local para prestar socorro a vítima. Os condutores de V1 e V2 foram submetidos a testes de alcoolemia obtendo resultado 0.00 mg/L de teor etílico para a condutora de V1 e resultado 0.17 mg/L para o condutor de V2. Ambos os testes foram realizados no mesmo equipamento de série nº 077038, com resultados dos teste de números 07538 e 07539, respectivamente. Após realizados todos os procedimentos de praxe, a condutora de V1 preencheu termo de declaração de envolvido em acidente e logo após liberada, e o condutor de V2 foi conduzido pela viatura de resgate do Corpo de Bombeiros para o hospital de traumas, no entanto, o mesmo não apresentava condições de preencher o termo de declaração, já que havia escoriações também na mão e no braço.

#### EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

#### APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
Corpo de bombeiros	16/04/2018 07:45	16/04/2018 08:30



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18024412B01**



**PRF**

**IMAGENS PANORÂMICAS**



SENTO CRESCENTE



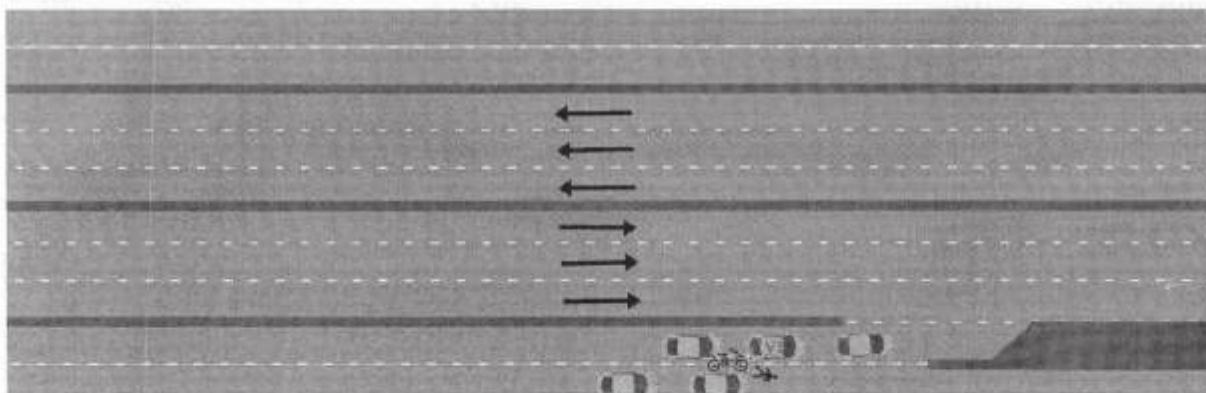
SENTO DECRESCENTE

**AMARRAÇÃO - null**

**CROQUI DA CENA DO ACIDENTE**



Local parcialmente preservado



← BAYEUX

CABEDELO →



Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18024412B01



PRF

V1



TRACIONADOR

KLR2452

**Placa:** KLR2452 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** VW/GOL 1.0/2009

**Renavam:** 00124489907

**Chassi:** 9BWAA05U19P056097

**Tipo de Veículo:** Automóvel

**Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

**Informações complementares:** Veículo trafegava em velocidade baixa por haver congestionamento no local.

#### PROPRIETÁRIO

**Nome:** SEVERINO JOSE COUTINHO

**CPF/CNPJ:** 266.148.634-87

**Endereço:** , RECIFE/PE

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18024412B01



PRF

V1



KLR2452



Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18024412B01**



**PRF**

**V2**



TRACIONADOR

**QFN9857**

**Placa:** QFN9857 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** YAMAHA/YBR125I FACTOR ED/2016

**Renavam:** 01092395323

**Chassi:** 9C6RE2120H0001065

**Tipo de Veículo:** Motocicleta

**Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Mudando de faixa

**Informações complementares:** Veículo trafegava entre os veículos que estavam em local congestionado.

#### PROPRIETÁRIO

**Nome:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**CPF/CNPJ:** 021.492.934-55

**Endereço:** , JOAO PESSOA/PB

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18024412B01**



**PRF**

**V2**



**QFN9857**



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18024412B01**



**PRF**

**V1**   
CONDUTOR

**ARIELLA DE JESUS SILVA**

**Placa do veículo:** KLR2452

**Marca/modelo:** VW/GOL 1.0

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** ARIELLA DE JESUS SILVA

**CPF:** 012.908.464-64

**Data de nascimento:** 12/12/1982

**Estado civil:** Não Informado

**Sexo:** Feminino

**Estado físico:** Ileso

**Usava cinto de segurança:** Sim **Usava capacete:** NÃO

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional **Categoria:** B **Data primeira habilitação:** 01/02/2001

**Nº de registro:** 0164338627 **UF:** PB **Data de vencimento da habilitação:** 26/08/2020

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** 99

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Sim

**Condutor se recusou a realizar o teste:** Não **Resultado:** 0

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA MARTINIANO RODRIGUES RAMALHO, 115, FUNCIONARIOS II, JOAO PESSOA/PB

**Telefone/email:** (83) 98863-9530/ariella.jesus@gmail.com



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18024412B01



PRF

V1



ARIELLA DE JESUS SILVA

CONDUTOR

TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIDO

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL		TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIDO		TDE		COMARCA/ACONSELHEIRO FEDERAL	
EMERGÊNCIA 191						14	01	02	18024412B01
1. Qualificação do declarante (declarante)									
NOME: Ariella de Jesus Silva NIS: 312353 RG: 1111111111111111 NATAL/UF: Rio Pardo PB ENDERECO: R. Matutiano Rodrigues Cordeiro, nº 115 MUNICÍPIO: Rio Pardo PB E-MAIL: ariella.silva@gmail.com									
DATA DE Nascimento: 12/12/1982 SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F TELEFONE: (83) 9 8863 3530									
AS INFORMAÇÕES PRESENTES NESTE DOCUMENTO NÃO DE FICHA DE RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE. A INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME, ART. 257 E 258 DO CP.									
<p>Por volta dos 07:10, estava com o veículo para de na BR 230 nos imediatos do Ceará, quando um motoqueiro colidiu no traseiro do meu veículo, segundo o mesmo, não consegui parar por conta da sua velocidade.</p>									
DATA: 18/04/2018 HORA: 09:09 APLICAÇÃO DA MEDIDA PROVISÓRIA N° 2.200-2, DE 24 DE AGOSTO DE 2001, NO ART. 6º DO DECRETO N° 8.539, DE 8 DE OUTUBRO DE 2015 E NA ALÍNEA B DO INCISO IV DO ART. 2º DA INSTRUÇÃO NORMATIVA N° 61-DG, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2015.									
PRF CANCIO / MAT. 2196040									



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D.



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18024412B01



PRF

V2



JOSE ADEILTON ISAIAS

Placa do veículo: QFN9857

Marca/modelo: YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

Envolvimento: Condutor/Proprietário

Nome: JOSE ADEILTON ISAIAS

CPF: 021.492.934-55

Data de nascimento: 14/05/1975

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO Usava capacete: Sim

Informações complementares: Veículo liberado para o irmão da vítima, o Sr. Edivaldo José Isaias, CPF 035.713.384-64

#### DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional Categória: AB Data primeira habilitação: 01/02/2001

Nº de registro: 0164339142 UF: PB Data de vencimento da habilitação: 07/07/2021

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

#### ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não Resultado: 0,17

Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

#### DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA JOSE GOMES DA SILVEIRA, 46, CRISTO REDENTOR, JOAO PESSOA/PB

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura  
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18024412B01**



**PRF**



## Imagens Complementares

### Informações Gerais



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E08ECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18024412B01



**PRF**

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V1 / VW/GOL 1.0

**Placa:** KLR2452

**Nome do agente:** CANCIO

**Nº BOAT:** 18024412B01

**Matrícula do agente:** 2196040

**Data:** 16/04/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18024412B01**



**PRF**

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da monta:** Pequena

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V2 / YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

**Placa:** QFN9857

**Nome do agente:** CANCIO

**Nº BOAT:** 18024412B01

**Matrícula do agente:** 2196040

**Data:** 16/04/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da monta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

José Adelton Dantas

CPF da Vítima

021.492.934-55 16-04-2018

Data do Acidente

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(83) 987.666168

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 16 AGU. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

J. P. Dantas de 07 de Agosto de 2018

Local e Data

José Adelton Dantas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

José Adelton Dantas

CPF da Vítima

021.492.934-55 16-04-2018

Data do Acidente

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
--------------------------------------	----------------------------

Email

Telefone (DDD)

(83) 987.666168

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

  
 16 AGU. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

J. P. Dantas de 07 de Agosto de 2018  
 Local e Data

José Adelton Dantas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 13/07/18

Comandante do BAPH  
Katty Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. QOBM- 521.280 4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
**3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 13 de Julho de 2018.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 0289/2018**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 16/04/2018, conforme requerimento nº 0295/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 07h42min o/a Sr.(a) **JOSE ADEILTON ISAIAS**, CPF nº 021.492.934-55 vítima de acidente de (colisão (moto x carro)), ocorrido na Rua Manoel Adeilton da Silva, João Paulo II – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SARGENTO BM ULISSSES DA MOTA SILVA**, Matrícula 520.004-1. Vítima consciente e orientada, com escoriações no membro superior e suspeita de fratura no membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

INARA Lúcia Marques de Souza  
TEN. BM-Mat. 527.354-4

**COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 AGO. 2018

**Chefe da 3ª Seção**

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



VISTO EM: 13/07/18

Comandante do BAPH  
Katty Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. QOBM- 521.280 4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
**3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 13 de Julho de 2018.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 0289/2018**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 16/04/2018, conforme requerimento nº 0295/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 07h42min o/a Sr.(a) **JOSE ADEILTON ISAIAS**, CPF nº 021.492.934-55 vítima de acidente de (colisão (moto x carro)), ocorrido na Rua Manoel Adeilton da Silva, João Paulo II – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SARGENTO BM ULISSSES DA MOTA SILVA**, Matrícula 520.004-1. Vítima consciente e orientada, com escoriações no membro superior e suspeita de fratura no membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

INARA Lúcia Marques de Souza  
TEN. BM-Mat. 527.354-4

**COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 AGO. 2018

**Chefe da 3ª Seção**

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ADEILTON ISAIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000115794-2

---

Nr. da Autenticação A32E615BB7F9F6DF

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ADEILTON ISAIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000115794-2

---

Nr. da Autenticação A32E615BB7F9F6DF

