

JOSE ADELTON ISAIAS
RUA CÍCERO BENTO SOBRINHO, 914 / CD 348 LT 21 - FUNCIONARIOS
JOAO PESSOA / PB CEP: 58030000 (AQ 1)
Emissao: 19/07/2018 Referência: Jun/2018
Classificação RESIDENCIAL/ RESIDENCIAL MONOFASICA 9-200, Km 25- Cid. Referen- João Pessoa / PB - CEP 58071-430
Roteiro: 10 - 2 - 490 - 980 Nº medidor: 0001075088

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 06 045 140 / 000140 - Insc. Est. 16615-923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 06.211.300
Cód. para DIB. Automático: 0001208826

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
mod. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1138862-6

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
19/05/18	2714	19/06/18	2750	1	36	22
Demonstrativo						
CO	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base	Outras Taxas	Valor Total
0601	Consumo em kWh	36,200	0,520990	18,75	0,00	18,75
0601	Adc. B. Ampère	0,14	0,00	0,00	0,00	0,14
0601	Adc. B. Variação	1,15	0,00	0,00	0,00	1,15
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0804	JUROS DE MORA 05/2018	0,07	0,00	0,00	0,00	0,07
0805	MULTA 05/2018	0,34	0,00	0,00	0,00	0,34
0801	DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO 05/2018	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	0,10	0,00	0,00	0,00	0,10

CO Descrição Classificação do item TOTAL 23,55 0,00 0,00 20,34 0,15 0,93

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

Histórico de Consumo (kWh)

55 | 41 | 47 | 55 | 49 | 41 | 35 | 42 | 44 | 51 | 50 | 35
Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18

RESERVADO e283.0579.dd87.35d8.457d.d3e5.9726.fa6a.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
D.C. MENSAL	10,82	0,00	NOMINAL 230
D.C. TRIMESTRAL	31,25	5,00	CONTRATADA 230
F.C. MENSAL	3,35	0,00	INTERMEDIÁRIA 230
F.C. TRIMESTRAL	8,80	0,00	LIMITE SUPERIOR 230
F.C. ANUAL	13,20		
D.C.M.	3,35		
D.C.R.	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Cef. da Energia PB	6,67	28,11
Compra de Energia	9,57	40,64
Serviço de Transmissão	1,51	6,39
Serviço de Distribuição	1,83	7,77
Imposto de Renda e PIS/COFINS	1,57	6,65
Outros Serviços	3,00	12,74
Total	23,55	100,00

Valor de DIB (R\$) 47210 / R\$ 14,04

ATENÇÃO

- Leitura confirmada.
Conta Serviço: HQSR, NAPOLEÃO LAUREANO - (53) 3508-8771
- O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitadas a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
1º de Abr. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

PARÁIBA
Roteiro: 10 - 2 - 490 - 950
Matrícula: 1138862-2018-08-3

VENCIMENTO 26/06/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 23,55

83620000000-5 23550149000-9 11388622018-6 063000002019-6



[illegible]

83620000000-82355049000-9 11566320100 00000000000

Enviado 10/07/2018 Referência Jul 2018
 Classe/Subclasse RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
 Rotador 10-9-988-2460 Nº medidor 0030829341

ENERGISA FARMAC - DISTRIBUIDORA DE ENERGISA S/A
Av. 25 - Costa Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-580
CNPJ 09.096.163/0001-40 - Ins. Est. 18.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 734 472
Cod. para 06h. Automática: 00916360380

Como referenciar: Jul / 2018	Apresentação 19/07/2018	Data prevista da próxima leitura 20/08/2018	CPEI / CNPI / RARI 564.608.131-49 Insc. Est.
--	-----------------------------------	---	---

UC (Unidade Consumidora): 5/1695038-8

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dia
Data	Leitura	Data	Leitura			
06/04/13	8572	19/07/19	8761	1	218	30

Demonstration

[illegible]

CC - Código de Classificação do Item	TOTAL	191,74	114,86	47,23	114,86	1,00	5
--------------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	---

<p>Modelo: 001/2018 (S/2018)</p> <p>VENCIMENTO 26/07/2018</p>	<p>TOTAL A PAGAR R\$ 191,74</p>
--	--

Historico de Consumo (mWh)												
206	226	247	224	260	213	200	188	185	164	182	224	
Jul17	ago17	Set17	Out17	Nov17	Dez17	Jan18	Fev18	Mar18	Abr18	Mai18	Jun18	

RESERVADO AO FISCO
269b.c004.a466.0477.18fe.6a79.73e4.e4f0

[illegible]

ATENÇÃO

PARA O SEU VIZINHO: O novo livro de receitas de pratos típicos de Minas Gerais, com 120 receitas, está disponível em todas as livrarias e supermercados. Preço: R\$ 1,99. Disponível em: www.livraria.com.br

Faturas em 12
Jun/18 183

Faturas em 18
Jun 18 188

COMPREV
PREVIDÊNCIA S/A
Ago. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Emissão: 10/07/2018 Referência: Jul 2018
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
 Rotador: 10-9-988-2460 Nº medidor: 0030829341



ENERGISA FARMITA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. 25 - Costa Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-580
CNPJ 09.096.163/0001-40 Ins. Est. 16.015-923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 734 472
Cod. para Dth. Automática: 00016960380

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

Conteúdo Referencial	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAS
Jul / 2018	19/07/2018	20/08/2018	564.608.131-49 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1695038-8

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dia
Data	Leitura	Data	Leitura			
06/04/13	8572	19/07/19	8761	1	218	30

Demonstration

0601	CONTRATO DE LOCAÇÃO	218.000,00	15.00	15.00	12.00	10.00	1.72	1.72
0601	ALUG. DE IMÓVEL	8.00	16.00	12.00	10.00	0.77	0.77	0.77
LOCAÇÃO DE SERVIÇOS								
0601	CONTRATO DE LOCAÇÃO DE SERVIÇOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0604	JURIS DE NOVA 05/2018	1.38	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0605	MULTA 05/2018	7.87	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0606	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	1.55	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

CC - Código de Classificação do Item	TOTAL	191,74	114,86	47,23	114,86	1,00	5
--------------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	---

<p>Modelo: 001/2018 (S/2018)</p> <p>VENCIMENTO 26/07/2018</p>	<p>TOTAL A PAGAR R\$ 191,74</p>
--	--

Historico de Consumo (MWh)												
206	226	247	224	260	213	200	188	185	164	182	224	
Jul17	ago17	Set17	Out17	Nov17	Dez17	Jan18	Fev18	Mar18	Abr18	Mai18	Jun18	

RESERVADO AO FISCO
269b.c004.a466.0477.18fe.6a79.73e4.e4f0.

Indicadores de Qualidade			Limite de Tolerância (V)	
Indicador	Atual	Alterado	Limite Inferior	Limite Superior
DESEMPENHO	100	100	90	110
DESEMPENHO	110	110	100	120
DESEMPENHO	120	120	110	130
DESEMPENHO	130	130	120	140
DESEMPENHO	140	140	130	150
DESEMPENHO	150	150	140	160
DESEMPENHO	160	160	150	170
DESEMPENHO	170	170	160	180
DESEMPENHO	180	180	170	190
DESEMPENHO	190	190	180	200
DESEMPENHO	200	200	190	210
DESEMPENHO	210	210	200	220
DESEMPENHO	220	220	210	230
DESEMPENHO	230	230	220	240
DESEMPENHO	240	240	230	250
DESEMPENHO	250	250	240	260
DESEMPENHO	260	260	250	270
DESEMPENHO	270	270	260	280
DESEMPENHO	280	280	270	290
DESEMPENHO	290	290	280	300
DESEMPENHO	300	300	290	310
DESEMPENHO	310	310	300	320
DESEMPENHO	320	320	310	330
DESEMPENHO	330	330	320	340
DESEMPENHO	340	340	330	350
DESEMPENHO	350	350	340	360
DESEMPENHO	360	360	350	370
DESEMPENHO	370	370	360	380
DESEMPENHO	380	380	370	390
DESEMPENHO	390	390	380	400
DESEMPENHO	400	400	390	410
DESEMPENHO	410	410	400	420
DESEMPENHO	420	420	410	430
DESEMPENHO	430	430	420	440
DESEMPENHO	440	440	430	450
DESEMPENHO	450	450	440	460
DESEMPENHO	460	460	450	470
DESEMPENHO	470	470	460	480
DESEMPENHO	480	480	470	490
DESEMPENHO	490	490	480	500
DESEMPENHO	500	500	490	510
DESEMPENHO	510	510	500	520
DESEMPENHO	520	520	510	530
DESEMPENHO	530	530	520	540
DESEMPENHO	540	540	530	550
DESEMPENHO	550	550	540	560
DESEMPENHO	560	560	550	570
DESEMPENHO	570	570	560	580
DESEMPENHO	580	580	570	590
DESEMPENHO	590	590	580	600
DESEMPENHO	600	600	590	610
DESEMPENHO	610	610	600	620
DESEMPENHO	620	620	610	630
DESEMPENHO	630	630	620	640
DESEMPENHO	640	640	630	650
DESEMPENHO	650	650	640	660
DESEMPENHO	660	660	650	670
DESEMPENHO	670	670	660	680
DESEMPENHO	680	680	670	690
DESEMPENHO	690	690	680	700
DESEMPENHO	700	700	690	710
DESEMPENHO	710	710	700	720
DESEMPENHO	720	720	710	730
DESEMPENHO	730	730	720	740
DESEMPENHO	740	740	730	750
DESEMPENHO	750	750	740	760
DESEMPENHO	760	760	750	770
DESEMPENHO	770	770	760	780
DESEMPENHO	780	780	770	790
DESEMPENHO	790	790	780	800
DESEMPENHO	800	800	790	810
DESEMPENHO	810	810	800	820
DESEMPENHO	820	820	810	830
DESEMPENHO	830	830	820	840

ATENÇÃO

ATENÇÃO: O prazo para a entrega dos projetos é de 15 dias úteis, a contar da publicação desta edição. Os projetos deverão ser entregues em 10 exemplares, em uma pasta com o nome do projeto e o nome do autor. Os projetos serão avaliados por uma comissão julgadora, formada por membros da comunidade científica e da imprensa. Os projetos serão avaliados de acordo com os critérios estabelecidos no edital. Os projetos serão avaliados de acordo com os critérios estabelecidos no edital. Os projetos serão avaliados de acordo com os critérios estabelecidos no edital.

Faturas em 1
Jun/18 183

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

2018

AC: JOÃO PESSOA

2018

Faturas em 2018

Jun/18 183,73

Emissão: 10/07/2018 Referência: Jul 2018
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
 Rotador: 10-9-988-2460 Nº medidor: 0030829341



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Creta Redentor - João Pinheiro / PB - CEP 58071-580
CAPJ09.096.163.10001-40 - Ins. Est. 16.615.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 734 472
Cod. para Dth. Automática: 00016360380

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

Como referenciar: Jul / 2018	Apresentação 19/07/2018	Data prevista da próxima leitura 20/08/2018	CPEI / CNPI / RARI 564.608.131-49 Insc. Est.
--	-----------------------------------	---	---

UC (Unidade Consumidora): 5/1695038-8

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Diá
Data	Leitura	Data	Leitura			
06/04/13	8572	19/07/19	8761	1	218	30

Demonstration

[illegible]

CC: Códice de Classificação do Item	TOTAL	191,74	114,86	47,23	114,86	1,00	5
-------------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	---

<p>Modelo: 001/2018 (S/2018)</p> <p>VENCIMENTO 26/07/2018</p>	<p>TOTAL A PAGAR R\$ 191,74</p>
--	--

Historico de Consumo (mWh)												
20E	22E	24E	26E	28E	30E	31E	32E	33E	34E	35E	36E	37E
Jul17	ago17	set17	out17	nov17	dez17	jan18	fev18	mar18	abr18	mai18	jun18	jul18

RESERVADO AO FISCO
269b.c004.a466.0477.18fe.6a79.73e4.e4f0

Indicador de Qualidade			Limite no Testado (M)
Descrição	Atual	Anterior	
DESCRIÇÃO	11.15	0.00	NOMINAL
DESCRIÇÃO	22.21	0.00	CONTRATADA
DESCRIÇÃO	33.33	0.00	LIMITE INFERIOR
DESCRIÇÃO	44.44	0.00	LIMITE SUPERIOR
DESCRIÇÃO	55.55	0.00	
DESCRIÇÃO	66.66	0.00	
DESCRIÇÃO	77.77	0.00	
DESCRIÇÃO	88.88	0.00	
DESCRIÇÃO	99.99	0.00	

ATENÇÃO

PARA O SEU VIZINHO: O novo livro de receitas de pratos típicos de Minas Gerais, com 120 receitas, está disponível em todas as livrarias e lojas de livros. O preço é de R\$ 1,50. O livro é de autoria de Maria da Glória, autora de vários livros de receitas. O livro é de grande utilidade para quem gosta de cozinhar pratos típicos de Minas Gerais. O livro é de grande utilidade para quem gosta de cozinhar pratos típicos de Minas Gerais. O livro é de grande utilidade para quem gosta de cozinhar pratos típicos de Minas Gerais.

Faturas em 13
Jun/18 183

Faturas em 18
Jun 18 188

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 JUN. 2018
PROTOCOLO Nº 100.00
JOÃO PESSOA

Valor	R\$
40,70	21,23
58,80	30,34
0,24	0,25
11,20	6,65
74,84	36,83
0,00	0,00
191,74	100,00

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

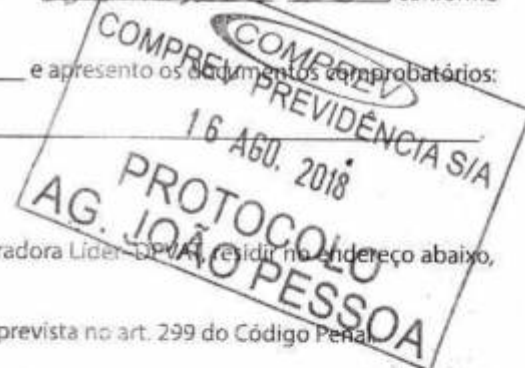
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Christianne do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.9030641 13 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Adilson Dias inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.492.934 55 do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima José Adilson Dias inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.492.934 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 Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua: R. Alameda da Costa</u>	Número <u>201</u>	Complemento
Bairro <u>Sacelândia Europa</u>	Cidade <u>Caruaru</u>	Estado <u>PE</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(85) 98766-6169</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85) 98766-9655</u>

J. Pessôa 07 de Agosto de 2018
Local e Data

Christianne Gonçalves do Nascimento
Assinatura do Declarante

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

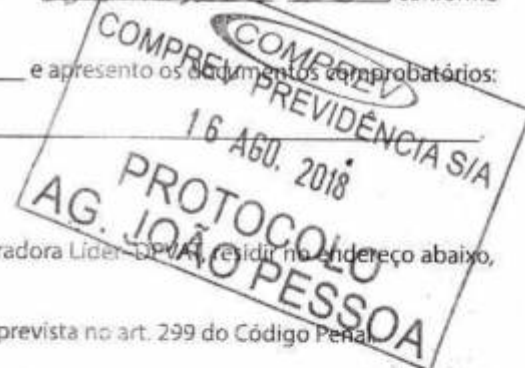
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Christianne do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.9030641-13 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Adilson Dias inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.492.934-55 do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima José Adilson Dias inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.492.934-55 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 Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua: R. Alameda da Costa</u>		Número <u>201</u>	Complemento
Bairro <u>Sacelândia Europa</u>	Cidade <u>Caruaru</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(85) 98766-6169</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85) 98766-9655</u>

J. Pessôa 07 de Agosto de 2018
Local e Data

Christianne Gonçalves do Nascimento
Assinatura do Declarante



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	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 corto-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

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de tíbia e de fíbula da perna esquerda.

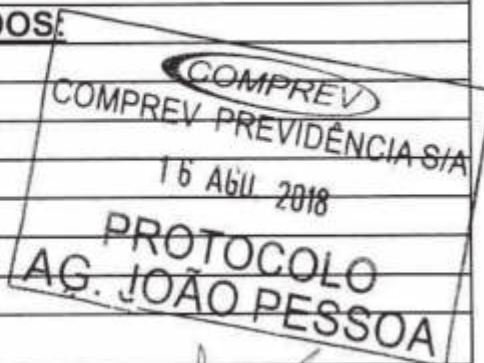
TRATAMENTO:

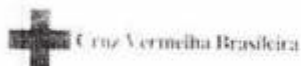
Imobilização.

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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 Cns
Local de procedência JOAO PAULO II	Tipo BAIRRO	UF PB
E-mail	Naturalidade	CBO/R

Endereço

CEP 58076692	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CÍCERO BENTO SOBRINHO
Número SN	Complemento	Bairro JOÃO PAULO II	

Admissão

Data e Hora 16/04/2018 08:30:05	Número da pulseira 1000005155391	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 X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Relato: Com queixa de dor no abdômen, em todo o abdômen, com maior intensidade na região da MIE, segue com sinais vitais

Diagnóstico

Atendido por
FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

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.
ABDOMEN 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

*Relatório feito em 16/04/2018
de acordo com o exame de necropsia
realizado no tempo de vida.*

JOSE ADEILTON ISAIAS

EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS
(: 4827/PB)

*Grato pela
Atenção prestada*

Dr. Emerson Oliveira de Medeiros

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

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)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

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 RAO-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 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSE ADEILTON ISAIAS		BAE 1076000	Data/Hora Entrada 16/04/2018 08:30:05	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1976	Idade 42a 3m 15d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (63) 999999999
Mãe NAO INFORMADO				Prontuário
Endereço CÍCERO BENTO SOBRINHO, SN		Bairro JOÃO PAULO II	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCAO		Nº Cons. Regional 3680/PB
Data/Hora Classificação 16/04/2018 08:30:05		Data/Hora Prescrição 16/04/2018 08:50:37		

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 regioao 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)




**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

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 fibula.

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 INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tíbia</i>				CID S82.2	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</i>					
TERAPÊUTICA 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, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tíbia 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 local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA 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. Waldemar Corvello Jr.
Médico em Ortopedia
CRM 10.702

22 MAIO 2018

ASS. MÉDICO / C.R.M



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	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 corto-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

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de tíbia e de fíbula da perna esquerda.

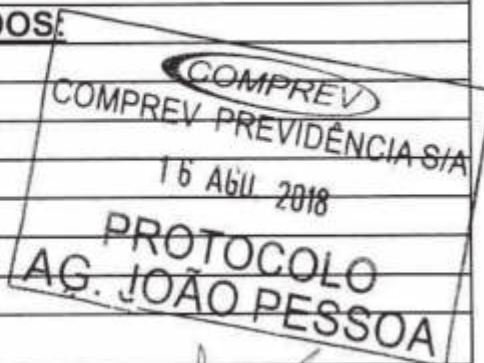
TRATAMENTO:

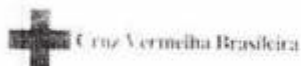
Imobilização.

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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 Cns
Local de procedência JOAO PAULO II	Tipo BAIRRO	UF PB
E-mail	Naturalidade	CBO/R

Endereço

CEP 58076692	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CÍCERO BENTO SOBRINHO
Número SN	Complemento	Bairro JOÃO PAULO II	

Admissão

Data e Hora 16/04/2018 08:30:05	Número da pulseira 1000005155391	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 X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Relato: Com queixa de dor no abdômen, em todo o abdômen, com maior intensidade na região da MIE, segue com sinais vitais

Diagnóstico

Atendido por
FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

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.
ABDOMEN 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

*Relatório feito em 16/04/2018
de acordo com o exame de corpo
deleto da vítima.*

JOSE ADEILTON ISAIAS

EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS
(: 4827/PB)

*Galileu da
Doença Podalica*

*Dr. Emerson Oliveira de Medeiros
Médico de Emergência
CRM 10.000/10000*

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

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)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

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 RAO-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 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSE ADEILTON ISAIAS		BAE 1076000	Data/Hora Entrada 16/04/2018 08:30:05	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1976	Idade 42a 3m 15d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (63) 999999999
Mãe NAO INFORMADO				Prontuário
Endereço CÍCERO BENTO SOBRINHO, SN		Bairro JOÃO PAULO II	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCAO		Nº Cons. Regional 3680/PB
Data/Hora Classificação 16/04/2018 08:30:05		Data/Hora Prescrição 16/04/2018 08:50:37		

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 regioao 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)




**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

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 fibula.

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 INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tíbia</i>				CID S82.2	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</i>					
TERAPÊUTICA 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, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tíbia 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 local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALLEXINA 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. Waldemar Corvello Jr.
Médico em Ortopedia
CRM: 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.

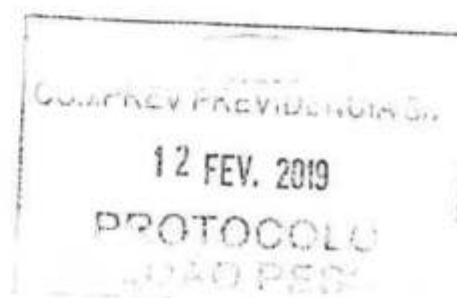
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 21/05/2018 com alta médica dia 22/05/2018.

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

João Pessoa, 29 de janeiro de 2019

Rosângela 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

Ficha Nr: 120552 Atd: Regi
Data: 16/04/2018
Hora: 14:40:49
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER
Clinica: ORTOPIEDIA

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

FAX: () CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ADEILTON ISAIAS Num. de vezes atendido: 1
CNS: 898003969976431 Sexo: M OUTROS: SUS Fone: 988888850 Num. 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
Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA Estado Civil: CASADO(A)
Resp.: ESPOSA Escolaridade:
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 violencia por: AS 7:30HRS CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

T MA EM MIE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente Transferido do Hosp de Trauma, vitima de acidente de moto.
Ao Exame = Membro superior preservado, mecanismo extensor + flexor preservado.
Rx = Sinal de presença fratura em corpo do RMC

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao

Dr. Fellipe Bezerra
MEDICO
CRM-PB 11126

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ Liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria

☐ Desistencia ☐ UTI
Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Samir A. Soares

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

12.FEV. 2019
PROTOCOLO
PROT. 1000 PESS

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Jose Adalton Lucas</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>2/10/51</i>	Cirurgião: <i>Humberto J. J. J.</i>			1º Assistente: <i>Túlio</i>	
2º Assistente: <i>Aurelio</i>	3º Assistente: <i>Valdimir</i>			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia: <i>Laguer</i>			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do osso da perna</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Osteotomia de perna da perna</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim		Descreva:
			2 () Não		
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 / 19

Nome: João Adilson Franco
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 + edema + de fadiga em perna E

HDA: Doença com história de acidente de moto, refere dor + edema + limitação de movimento em perna E

Medicações em uso: Não

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 [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] 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: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo Alimentação

Exercício Físico: _____

[] HTF

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____

Geral: emagrecido + orientado - ECG - 15

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: livre

ACV: nenhuma

AR: nenhuma

ABD: nenhuma

AGU: nenhuma

SME: _____

SN: nenhuma = preservado

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

1. Exatidão de dados do primo anamnese

Condução: _____

1. Internar para tratamento clínico

Dr. Felipe Bezerra

MÉDICO

CRM-PB 11126 + Dr. Karlyne

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Atk em PDH sob capne anestesia.
Trepado + Antissepsia
Aparição de campos estereos

Incisão:

2 Incisão anteriores.
Dissecção por planos

Achados:

Fratura comminada em deslocamento de tíbia (E) confirmada com imagem.

Conduta:

Despreendimento anterior de tíbia (E)
Passagem de placa por incisão
Furação da placa (2 furos com
3 perfuração contínuas distais e 2 proximais)
Havagem Mecânica Cirúrgica com Sten.
2000ml EV
Confirmação da síntese com imagem

Fechamento:

Sutura + Curativo + tala
Gessada

OBS:

12 FEV. 2019

PROTÓCOLO

G.

Dr. Valdebar Carvalho Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM/PB 2002

Data:

21 MAIO 2018

Dr. Valdebar Carvalho Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM/PB 2002
MEDICO/CRM

21 MAIO 2018

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.

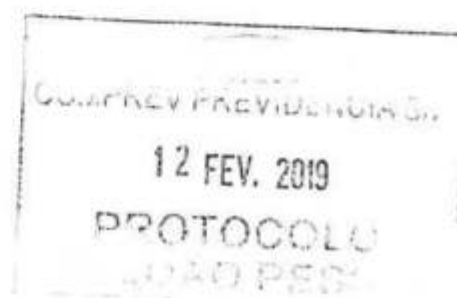
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 21/05/2018 com alta médica dia 22/05/2018.

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

João Pessoa, 29 de janeiro de 2019

Rosângela 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

Ficha Nr: 120552

Atd: Regi

Data: 16/04/2018

Horá: 14:40:49

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER

Clinica: ORTOPEdia

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

FAX: () CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.04.002351

Nome: JOSE ADEILTON ISAIAS

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

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

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Estado Civil: CASADO(A)

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:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

T MA EM MIE

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente Transferido do Hosp de Trauma, vítima de acidente de moto.
Ao Exame = Membro superior preservado, mecanismo extensor + flexão passiva
do joelho. Ex = Sinais de possível fratura em corpo do fêmur

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao

Dr. Fellipe Bezerra
MEDICO
CRM-PB 11126

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Medico

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Jose Adalton Lucas</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>2/10/51</i>	Cirurgião: <i>Humberto J. J. J.</i>			1º Assistente: <i>Túlio</i>	
2º Assistente: <i>Aurelio</i>	3º Assistente: <i>Valdimir</i>			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia: <i>Lague</i>			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do osso da perna</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Osteotomia de perna da perna</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim		Descreva:
			2 () Não		
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 / 19

Nome: João Adilson Franco

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 + edema + de fadiga em perna E

HDA: Doente com história de acidente de moto, refere dor + edema + fadiga de movimento em perna E

Medicações em uso: Não

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 [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposo [] 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: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo Alimentação

Exercício Físico: _____

[] HTF

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____

Geral: emagrecido + orientado - ECG - 15

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: livre

ACV: nenhuma

AR: nenhuma

ABD: nenhuma

AGU: nenhuma

SME: _____

SN: nenhuma = preservado

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

1. Exatidão de dados do primo anamnese

Condução: _____

1. Internar para tratamento clínico

Dr. Felipe Bezerra

MÉDICO
CRM-PB 11126

Dr. Karlyne

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Atk em PDH sob capuz anestésico.
Trepado + Antissepsia
Aparição de campos estereos

Incisão:

2 Incisão anteriores.
Dissecção por planos

Achados:

Fratura comminada em deslocamento de tíbia (E) confirmada com imagem.

Conduta:

Despreendimento anterior de tíbia (E)
Passagem de placa por incisão
Fixação da placa (2 furos com
3 parafusos corticais distais e 2 proximais)
Lavagem Mecânica Cirúrgica com Star
2000 mL 0.5%
Confirmação da síntese com imagem

Fechamento:

Sutura + Curativo + tala
Gessada

OBS:

12 FEV. 2019

PROTOCOL

Dr. Valdebar Carvalho Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM/PB 2002

Data:

21 MAIO 2018

Dr. Valdebar Carvalho Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM/PB 2002
MEDICO/CRM

21 MAIO 2018



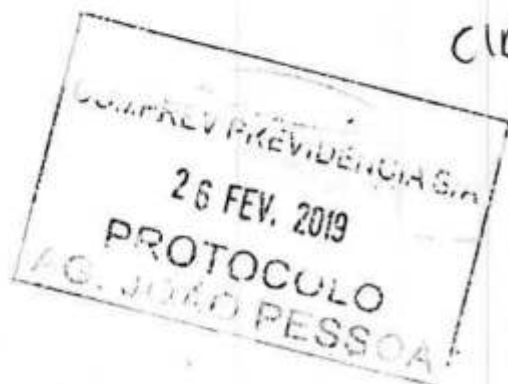
RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: JOSÉ NOGILTON IBAIM

Laudo:

PACIENTE CI TATUADA
EM OSSOS DA PERNA.
(E) SUBMETIDO À
~~OSTEOTOMIA~~ OSTEOSÍNTE-
SE CI PLACA + PNTU-
SO EM 21/05/2018

CID: S82.
T93



DR. LUIZ OTAVIO JANSKY
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 15.340

Assinatura e Carimbo

25/05/18



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: JOSÉ NOGILTON IBAIM

Laudo:

PACIENTE COM FRATURA
EM OSSOS DA PERNA.
(E) SUBMETIDO À
~~OSTEOTOMIA~~ OSTEOSÍNTE-
SE COM PLACA + PARAFUSO
EM 21/05/2018

CID: S82.
T93



DR. LUIZ OTAVIO JANSKY
ORTOPEDISTA
CRM: 15.340

Assinatura e Carimbo

25/05/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 JOSE ADEILTON ISAIAS

DOC. IDENTIDADE / CRO. EMISSOR
 1634143 SSP PB

CPF
 021.492.934-55

DATA NASCIMENTO
 14/05/1975

FUNÇÃO
 JOSE FRANCISCO ISAIAS
 MARIA DAS NEVES ISAIAS

REMISSÃO
☒ **ACC**
☐ **CAJNAS**
☐ **AB**

IP REGISTRO
 01643391420

VALIDADE
 07/07/2021

1ª HABILITACAO
 01/02/2001

ASSINATURAS

 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
 08/07/2016

53740692081
PB032866836

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1280772269

PROBIBIDO PLASTIFICAR
1280772269

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 JOSE ADEILTON ISAIAS

DOC. IDENTIDADE / CRO. EMISSOR
 1634143 SSP PB

CPF
 021.492.934-55

DATA NASCIMENTO
 14/05/1975

RELAÇÃO
 JOSE FRANCISCO ISAIAS
 MARIA DAS NEVES ISAIAS

REMISSÃO
☒ **ACC**
☐ **CAJNAS**
☐ **AB**

IP REGISTRO
 01643391420

VALIDADEZ
 07/07/2021

1ª HABILITAÇÃO
 01/02/2001

CLASSIFICAÇÃO

Jose Adilton Isaias
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 08/07/2016

Arabela
 Assessoria Técnica de Trânsito
 53740692081
 PB032866836

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1280772269

PROBIBIDO PLASTIFICAR
 1280772269

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME
 CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIFICACAO / OUTROS DE ID
 451792 RSDS PB

CPF
 043.903.064-13 DATA NASCIMENTO
 26/05/1978

ENDENCO
 JOSE GONCALVES DO
 NASCIMENTO
 DECIATA FIDELIS
 GONCALVES

RESIDENCIA
 ACC CAHNA

DATA EMISSAO
 13/11/2009

ORGANIZACAO

Assinatura do titular do documento

DATA EMISSAO
 12/11/2015

JOAO PESSOA, PB

45954090886
 PB031623271

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

PARAIBA EGO T013
 2 TERRITORIO NACIONAL
 1169719302

PARAIBA PARATIFICAR
 1169719302

COMPREV
 COMPREV PREVIDENCIA S/A
 16 AGO. 2013
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME
 CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIFICACAO / OUTROS DE ID
 451792 RSDS PB

CPF
 043.903.064-13 DATA NASCIMENTO
 26/05/1978

ENDENCO
 JOSE GONCALVES DO
 NASCIMENTO
 DECIATA FIDELIS
 GONCALVES

RESIDENCIA
 ACC CATIA

DATA EMISSAO
 13/11/2009

ORGANIZACAO

Assinatura do titular do documento

DATA EMISSAO
 12/11/2015

JOAO PESSOA, PB

45954090886
 PB031623271

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

PARAIBA EGO T013
 2 TERRITORIO NACIONAL
 1169719302

PARAIBA PARATIFICAR
 1169719302

COMPREV
 COMPREV PREVIDENCIA S/A
 16 AGO. 2013
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013748926617
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 0109239532-3 R.N.C.M.: 00/00000000 EXERCÍCIO: 2017

NOME
JOSE ADEILTON ISAIAS

CPF / CNPJ: 02149293455 PLACA: QFN9857/PB

PLACA ANT. / UP: NOVO PB CHASSI: 9C6RE2120H0001065

ESPÉCIE TIPO: CAR/MOTOCICLETA/NE COMBUSTÍVEL: BICO/GASOLINA

MARCA / MODELO: YAMAHA/YBR125I FACTOR 2D ANO FAB: 2016 ANO MOD: 2017

CAP / POT / CIL: 2 P/124 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1º
FAXA / P.V.A.: PARCELAMENTO / COTAS: 2º
A: 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): ***** IOF (R\$): ***** PRÊMIO TOTAL (R\$): ***** DATA DE PAGAMENTO: 10/11/2017

OBSERVAÇÕES: A.F. BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL: JOÃO PESSOA - PB DATA: 13/11/2017

41939



Assinatura

55290

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - 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.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 13/11/2017

VIA: 1 CPF / CNPJ: 02149293455 PLACA: QFN9857/PB

RENAVAM: 01092395323 MARCA / MODELO: YAMAHA/YBR125I FACTOR 2D

ANO FAB: 2016 CAT. TARE: 9 Nº CHASSI: 9C6RE2120H0001065

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): ***** DENATRAN (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** IOF (R\$): ***** TOTAL A SER PAGADO (R\$): *****

PAGAMENTO: COTA ÚNICA ☒ PARCELADO ☐ DATA DE QUITAÇÃO: 10/11/2017

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

55290-1127221-20171113



COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013748926617
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. RENAVAM: 1 0109239532-3 00/00000000 2017

NOME
JOSE ADEILTON ISAIAS

CPF / CNPJ: 02149293455 PLACA: QFN9857/PB

PLACA ANT. / UP: NOVO PB CHASSI: 9C6RE2120H0001065

ESPÉCIE TIPO: CAR/MOTOCICLETA/NE COMBUSTÍVEL: BICO/GASOLINA

MARCA / MODELO: YAMAHA/YBR125I FACTOR 2D ANO FAB: 2016 ANO MOD: 2017

CAP / POT / CIL: 2 P/124 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1º VENC. / COTAS: 2º 3º

Faixa I.P.V.A.: PARCELAMENTO / COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 10/11/2017

OBSERVAÇÕES: A.F. BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL: JOAO PESSOA-PB DATA: 13/11/2017

41939 55290

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - 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.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 13/11/2017

VIA: 1 CPF / CNPJ: 02149293455 PLACA: QFN9857/PB

RENAVAM: 01092395323 MARCA / MODELO: YAMAHA/YBR125I FACTOR 2D

ANO FAB: 2016 CAT. TARIF.: 9 Nº CHASSI: 9C6RE2120H0001065

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): ***** DENATRAN (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** IOF (R\$): SEGURO TOTAL A SER PAGADO (R\$): PAGO

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 10/11/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

55290-1127221-20171113



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 AGO. 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 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 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 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

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 REDUÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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 REDUÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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 REDUÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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 REDUÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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

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

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: 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

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

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: 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 INVIABILIZOU 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

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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

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

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: 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

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

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: 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 INVIABILIZOU 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

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE ADEILTON ISAIAS
Brasileiro (a), estado Civil _____, Profissão _____,
CI RG nº 5634143,
CPF/MF nº 021.492.934-55, residente a domiciliado
(a) à Rua CICERO BENTO Sobrinho (João Paulo), Cidade
de JOÃO PESSOA, Estado PARAIBA,
Telefone 98766-6168.

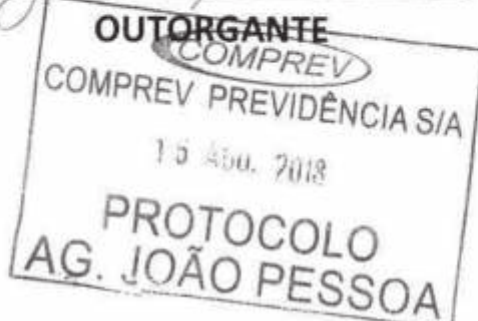
OUTORGADO: Christiane Gonçalves do Nascimento, CPF
043.903.064-13 e RG 2.451.792 SSP/PB, com endereço na Rua Nair
Alves da Costa, nº 201, Tibiri II, Santa Rita/PB.

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 apresenta 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



Jose Adilton Isaias



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE ADEILTON ISAIAS
Brasileiro (a), estado Civil _____, Profissão _____,
CI RG nº 5634143,
CPF/MF nº 021.492.934-55, residente a domiciliado
(a) à Rua CICERO BENTO Sobrinho (João Paulo), Cidade
de JOÃO PESSOA, Estado PARAIBA,
Telefone 98766-6168.

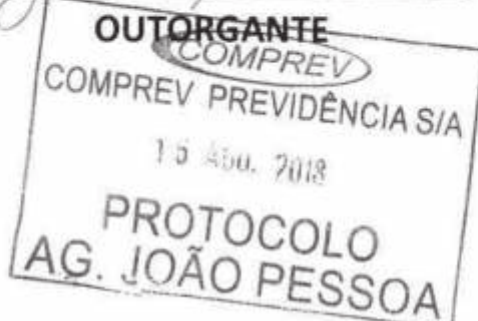
OUTORGADO: Christiane Gonçalves do Nascimento, CPF
043.903.064-13 e RG 2.451.792 SSP/PB, com endereço na Rua Nair
Alves da Costa, nº 201, Tibiri II, Santa Rita/PB.

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 apresenta 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



Jose Adilton Isaias



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300915/18

Número do Sinistro: 3180380671

Vítima: JOSE ADEILTON ISAIAS

CPF: 021.492.934-55

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ADEILTON ISAIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO
CPF: 043.903.064-13

CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ADEILTON ISAIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO
CPF: 043.903.064-13

CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ADEILTON ISAIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO
CPF: 043.903.064-13

CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ADEILTON ISAIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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

Data da entrega: 26/02/2019
Nome: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO
CPF: 043.903.064-13

CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

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

Carta nº 13251553



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

Carta nº 13251553



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** 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** 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

Carta nº 13260481



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 médico-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



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 médico-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. 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

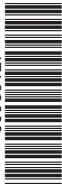
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Pag. 00253/00254 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14009626



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

Rio de Janeiro, 28 de 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

Pag. 00253/00254 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14009626

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 ASL: _____ CPF da Vítima: 021.492.934-55 Nome completo da vítima: José Adailton Graiair

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: José Adailton Graiair CPF titular da conta: 021.492.934-55 Profissão: _____
Endereço: Rua Gilvino Bento Sabino Número: 51m Complemento: _____
Bairro: Fundãozinho Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000000
E-mail: _____ Telefone (DDD): (83) 98766-6168

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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)

AGÊNCIA: 34 D/V: 15794 CONTA: 2
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome: _____

AGÊNCIA

Nº: _____

(Informar dígito se existir)



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

João Pessoa 07 de Agosto de 2018
Local e Data

José Adailton Graiair
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Conta poupança

0037. 013 - 00115794-2

Agência 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 ASL: _____ CPF da Vítima: 021.492.934-55 Nome completo da vítima: José Adailton Graiair

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: José Adailton Graiair CPF titular da conta: 021.492.934-55 Profissão: _____
Endereço: Rua Gilvino Bento Sabino Número: 51m Complemento: _____
Bairro: Fundãozinho Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000000
E-mail: _____ Telefone (DDD): (83) 98766-6168

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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)

AGÊNCIA

Nº

34

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

Nº

115494

D/V

2

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

João Pessoa 07 de Agosto de 2018
Local e Data

José Adailton Graiair
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Conta poupança

0037. 013 - 00115794-2

Agência 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

Condição da pista: Molhada

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: ✓

Acostamento: ✓

Canteiro central: ✓

Condição 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 do 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 testes 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



Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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



SENTIDO CRESCENTE



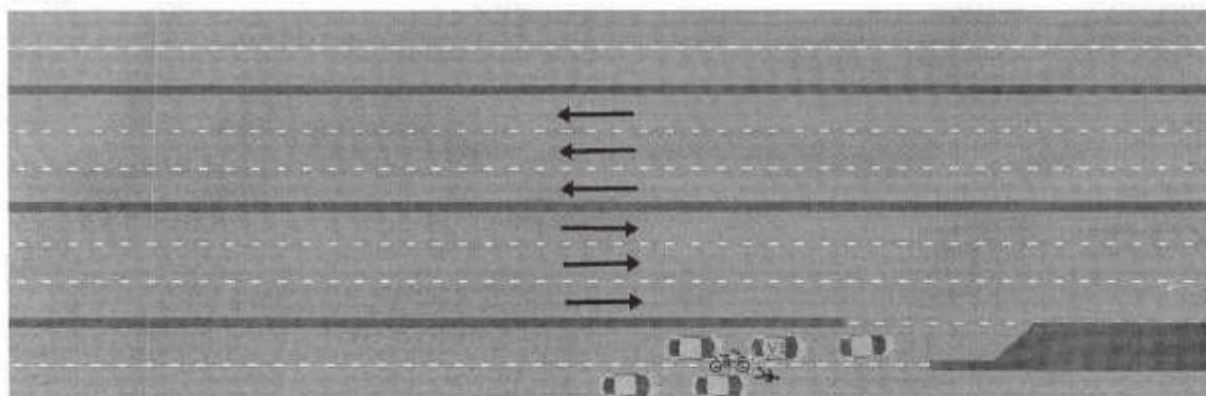
SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - null

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



← BAYEUX

CABEDELÔ →



Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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 CÂNCIO, 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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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

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



Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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 CÂNCIO, 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 CONDUIR 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



Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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

POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL TERMO DE DECLARAÇÃO DO ENVOLVIDO		TDE		EMERGENCIA 191	
1. QUAIS Ocorrências ENVOLVIDO DECLARANTE?		14		01	
2. NOME DO ENVOLVIDO: <i>Ariella de Jesus Silva</i>		3. DATA DO ACIDENTE: <i>18/04/2018</i>		4. HORA DO ACIDENTE: <i>08:10</i>	
5. ENDEREÇO DO ENVOLVIDO: <i>Rua Manoel de Jesus</i>		6. CIDADE DO ACIDENTE: <i>Brasília</i>		7. ESTADO DO ACIDENTE: <i>DF</i>	
8. NOME DO DECLARANTE: <i>João Pereira PB</i>		9. DATA DO ACIDENTE: <i>12/12/1982</i>		10. SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	
11. ENDEREÇO DO DECLARANTE: <i>Rua Mariano Rodrigues Romalho nº 115</i>		12. CIDADE DO DECLARANTE: <i>João Pessoa PB</i>		13. ESTADO DO DECLARANTE: <i>PB</i>	
14. E-MAIL: <i>ariella.jesus@gmail.com</i>		15. TELEFONE: <i>33-938633530</i>		16. DATA DO ACIDENTE: <i>18/04/18</i>	
17. DECLARAÇÃO:					
AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO SÃO DE MINHA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE. A INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME, ART. 231 E 236 DO CP.					
<p><i>Por volta das 07:10, estava com o veículo para o trabalho na BR-230 nas imediações do Carapicuíba quando um proto-veículo colidiu na traseira do meu veículo, segundo o premissa, não conseguiu parar por conta da Br melhada</i></p>					
18. ASSINATURA DO DECLARANTE: <i>Ariella de Jesus Silva</i>					
19. ASSINATURA DO DECLARANTE: <i>PRF CÂNCIO / MAT. 2196040</i>					



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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



CONDUTOR

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 **Categoria:** 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 CÂNCIO, 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 Complementares

Informações Gerais



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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 9E75E0BECDD9E3796D8E75486B0C9D



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



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



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

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

Condição da pista: Molhada

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: ✓

Acostamento: ✓

Canteiro central: ✓

Condição 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 do 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 testes 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



Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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



SENTIDO CRESCENTE



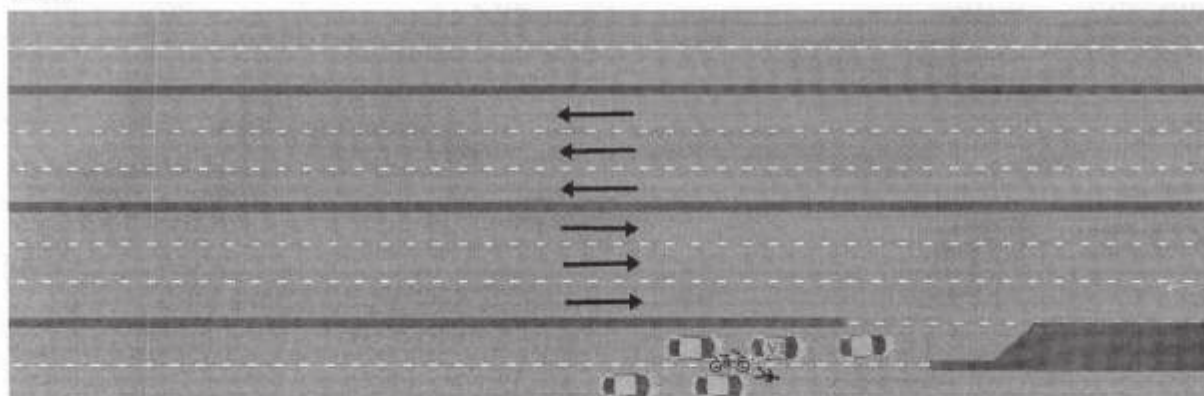
SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - null

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



← BAYEUX

CABEDELÔ →



Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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 CÂNCIO, 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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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

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



Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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 CÂNCIO, 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



Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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

POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL TERMO DE DECLARAÇÃO DO ENVOLVIDO		TDE		18024412B01	
EMERGÊNCIA 191		14	01	02	
E QUALIFICAÇÃO DO INTERESSADO/DECLARANTE					
<input type="checkbox"/> MOTORISTA <input checked="" type="checkbox"/> CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO <input type="checkbox"/> OUTRO					
NOME: Ariella de Jesus Silva		CPF: 31290346464			
NOME DO PAI: A Ta Joana de Jesus		NACIONALIDADE: Brasileira			
MUNICÍPIO: São Paulo - SP		DATA DE NASCIMENTO: 12/12/1982		SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	
ENDEREÇO: R. Martiniano Rodrigues Romalho nº 115		UF: SP			
MUNICÍPIO: São Paulo - SP		CEP: 03-98863-3530			
E-MAIL: ariella.jesus@gmail.com		TELEFONE: 33-98863-3530			
DECLARAÇÃO:					
AS INFORMAÇÕES FURNIDAS NESTE DOCUMENTO SÃO DE MINHA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.					
A INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME, ART. 231 E 236 DO CP					
<p>Por volta das 07:10, estava com o veículo para- do na BR-230 nas imediações do Camapim, quando um proto-veículo colidiu na traseira do meu veículo, segundo o premiss, não conseguiu parar por conta da Br melhada</p>					
ASSINATURA DO DECLARANTE: Ariella de Jesus Silva					
DATA: 16/04/18					
POLICIAL RESPONSÁVEL POR COLHER A DECLARAÇÃO: PRF CÂNCIO / MAT. 2196040					
ASSINATURA DO POLICIAL: [Assinatura]					



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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



CONDUTOR

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 **Categoria:** 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 CÂNCIO, 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 Complementares

Informações Gerais



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, 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 9E75E0BECDD9E3796D8E75486B0C9D



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



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



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

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 <u>José Adilton Soares</u>	CPF da Vítima <u>021.492.234-55</u>	Data do Acidente <u>16-04-2018</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <u>(81) 989.666168</u>

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 atenda 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



J. Soares 07 de Agosto de 2018
Local e Data

José Adilton Soares
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 interdita 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 <u>José Adilson Soares</u>	CPF da Vítima <u>021.492.234-55</u>	Data do Acidente <u>16-04-2018</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <u>(81) 987.666168</u>

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 atenda 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



J. Soares 07 de Agosto de 2018
Local e Data

José Adilson Soares
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 Nº. 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 ULISSES 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.

U/I


Chefe da 3ª Seção

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

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



**GOVERNO
DA PARAIBA**

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: caphbbs@bombeiros.pb.gov.br



VISTO EM: 13/07/18


Comandante do BAPH
Katy 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 Nº. 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 ULISSES 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.

U/I


Chefe da 3ª Seção

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

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



**GOVERNO
DA PARAIBA**

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

JOSE ADELTON ISAIAS
RUA CICERO BENTO SOBRINHO, 911 / CD 248 LT 21 - FUNCIONARIOS
JOAO PESSOA / PB CEP: 58030000 (AQ 1)
Emissao: 19/07/2018 Referência: Jun/2018
Classificação RESIDENCIAL/ RESIDENCIAL MONOFASICA 9-200, Km 25- Cid. Referen- João Pessoa / PB - CEP 58071-430
Roteiro: 10 - 2 - 490 - 980 Nº medidor: 0001075088

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 06 045 140 / 000140 - Insc. Est. 16615923-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 06.211.300
Cód. para DIB. Automático: 0001208828

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
mod. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1138862-6

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
19/05/18	2714	19/06/18	2750	1	36	22
Demonstrativo						
CO	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base	Outras Taxas	Valor Total
0601	Consumo em kWh	38,200	0,520990	19,90	0,00	19,90
0601	Adc. B. Ampère	0,14	0,00	0,00	0,14	0,14
0601	Adc. B. Variação	1,15	0,00	0,00	1,15	1,15
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0804	JUROS DE MORA 05/2018	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2018	0,34	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO 05/2018	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00

CO - Código de Classificação do item TOTAL 23,55 0,00 0,00 20,34 0,15 0,93

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

Histórico de Consumo (kWh)

55 | 41 | 47 | 55 | 49 | 41 | 35 | 42 | 44 | 51 | 50 | 35
Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18

RESERVADO e283.0579.dd87.35d8.457d.d3e5.9726.fa6a.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)
D.C. MENSAL	D.C. TRIMESTRAL		
10,82	31,25	5,00	NOMINAL 220
3,35	8,80	0,00	CONTRATADA 220
13,20	3,35	0,00	LIMITE SUPERIOR 220
12,22	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Def. da Energia PB	0,02	29,11
Compra de Energia	0,02	43,84
Serviço de Transmissão	1,51	4,39
Serviço de Distribuição	1,83	7,77
Imposto de Renda e PIS/COFINS	1,57	6,45
Outros Serviços	3,00	12,74
Total	23,55	100,00

Valor de DIB (R\$) 47210 / R\$ 14,04

ATENÇÃO

- Leitura confirmada.
Conta Serviço: HQSR, NAPOLEÃO LAUREANO - (53) 3508-8771
- O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitadas a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso

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

PARAIBA
Roteiro: 10 - 2 - 490 - 950
Matrícula: 1138862-2018-08-3

VENCIMENTO
26/06/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 23,55

83620000000-5 23550149000-9 11388622018-6 063000002019-6

