



Buscar no site



A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

## SINISTRO 3180445546 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

**CPF/CNPJ:** 70111714443

**Posição em 23-10-2018 11:00:31**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui (<https://www.segu>) seu pedido de indenização.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

19/10/2018 R\$ 2.362,50 R\$ 0,00 R\$ 2.362,50

*✓ Hudson Gamarra da Silva Santos*

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/09/2018	Aviso de Sinistro	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/nB8hGdGGMuYYa++7_EvcQapi_key=gETloeUkl8DXJyDgZdZdyCE+nFhwfS2R494HQhxaqQ=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/nB8hGdGGMuYYa++7_EvcQapi_key=gETloeUkl8DXJyDgZdZdyCE+nFhwfS2R494HQhxaqQ=</a> )

## ACESSIBILIDADE



[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](#)



[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](#)

A A A

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 31/10/2018 14:02:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18103113594308700000017056578>  
Número do documento: 18103113594308700000017056578

Num. 17518298 - Pág. 1

## *Duarte e Silva Advogados Associados*

Rua Agente F. José Costa Duarte, 157/sala 05 - Mangabeira, João Pessoa/PB  
(83) 98832-9676. (53) 99705-6363. (23) 52360-2868.

### PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

98821-9867

CONTRATANTES:

NOME HUDSON GAMARRA DA SILVA <sup>SANTOS</sup> TELEFONE 98866-4614  
ESTADO CIVIL Solteiro PROFISSÃO Autônomo  
CPF 701.117.844-43 RG 3.986.233 ENDEREÇO \_\_\_\_\_

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, JOSÉ EDUARDO DA SILVA OAB/PB 12.578, e ALEXANDRA CESAR DAURTE OAB/PB 14.438 com escritório profissional sito à Rua Agente F. José Costa Duarte, 157/sala 05, Mangabeira, João Pessoa, Paraíba.

Ficam conferidos a ele(s), amplos poderes para praticar todos os atos de processos judiciais e extrajudiciais de representação e defesa em qualquer Juízo, instância ou tribunal, perante quaisquer pessoas de direito público, seus órgãos, ministérios, desdobramentos e repartições de qualquer natureza, inclusive autarquias e entidades paraestatais, quaisquer pessoa jurídica de direito privado, sociedade de econômica mista ou pessoa física em geral, outorgando poderes para: receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, assinar documentos, firmar compromissos ou acordos, receber e carregar quitação, inclusive levantar/receber alvarás judiciais, conjunta ou separadamente, junto aos cartórios do poder judiciário deste Estado, podendo ainda, substabelecer esta a Outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso sempre no interesse do outorgante.

### GRATUIDADE JUDICIÁRIA

*Declara ainda o outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do seu sustento ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.*

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

(OUTORGANTE) X Hudson Gamarras da S. C. (Assinatura)





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	3.996.233 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO
21/01/2015		
NOME		
HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS		
FILIAÇÃO		
ARQUER DA SILVA SANTOS JOSEFA SEVERINA DA SILVA SANTOS		
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO
CERT. NASC. Nº11342 - LIV.A-14 - FLS.142 - CARTORIO 11º JOÃO PESSOA-PB		30/12/1998
DOC. ORIGEM	701.117.144-43	
CPF	701.117.144-43	
Assinatura		
LEI Nº 7.116 DE 26/08/83		



ARQUER DA SILVA SANTOS  
RUA MARIO MAGALHAES, 48 - BLOCO 1  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58081-180 (AG: 1)

Emissão: 31/07/2018 Referência: Jul / 2018  
Endereço: Rua Mário Magalhães, 48 - Bloco 1 - Centro - João Pessoa / PB - CEP: 58081-180  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B1200 KM25 - Centro  
Roteiro: 19-2-518-740 M/medidor: 00001239395

ENERGISA PARAGUÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.099.090/0001-97 Iinsc Est: 16.015.823-0  
Av. Presidente João Pessoa, 1900 - Centro - João Pessoa / PB - CEP: 58081-180  
Cadastral: 00005289123  
Cadastral: 00005289123  
Cadastral: 00005289123

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br  
Conta referente a Apresentação Data prevista da  
Jul / 2018 31/07/2018 próxima leitura  
739.510.664-87  
Int. Est  
5/528912-9  
UC (Unidade Consumidora):  
Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	
Data	Data	Lectura			
29/06/18	31/07/18	20471	124		
Demonstrativo					
CCI - Detalhado	Quantidade Tensão	Valor Base Calc. Ato. Icms/RS Base Calc. Fte(%)	CFMS(%)		
0801 Consumo em kWh	124.000,0739880	61,64 91,54 27 24,74 91,64 0,99 4,55	6,26 9,26 27 2,60 6,26 0,10 0,48		
0801 Adq. B. Vermelha					
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0807 CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA	4,04	0,09 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0804 JUROS DE MORA 05/2018	0,17	0,09 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0805 MULTA 05/2018	0,31	0,29 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	0,31	0,09 0 0,00 0,00 0,00 0,00			

CCI Código de Classificação do item TOTAL 105,73 100,00 27,24 100,00 1,02 5,04  
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR!  
130 07/08/2018 R\$ 105,73

Histórico de Consumo (kWh)  
119 | 140 | 124 | 136 | 137 | 100 | 28 | 124 | 123 | 120 | 359  
JUN/17 Agosto/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

e781.1be6.4536.9afe.e155.e08f.7824.1a8f

Indicadores de Qualidade	Limite de Tensão	Discriminação	Valor (R\$)	%
		Centro/Paraná Energias PB	22,49	22,21

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2013  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01684.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01684.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 11:46 horas do dia 03 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Hudson Gamarra da Silva Santos**, CPF nº 701.117.144-43, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Josefa Severina da Silva Santos e Arquer da Silva Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/12/1998 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Mário Magalhães, Nº 18, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Igreja Betel, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98866-4614.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Ana Nery, Funcionários I, Praça, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/03/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

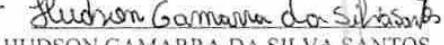
QUE, segundo o notificante trafegava com o veículo, tipo motocicleta marca e modelo:HONDA/CG 160 FAN ,ano e modelo:2017/2018 de cor branca, placa:OFH 4431/PB, chassi nº 9C2KC2200JR128982, registrado em nome do notificante;QUE seguia normalmente em sua mão na faixa da direita e que devido um buraco no calçamento o notificante caiu e perdeu o controle do veículo, vindo a cair ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0976/2018, EXPÉDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 27.07.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

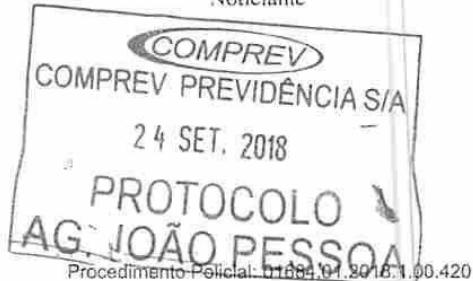
João Pessoa/PB, 03 de setembro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação

  
HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

Noticiante



1/1





## CERTIDÃO

Nº. 0976/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tancredo Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº107473 e Prontuário de Nº 2018.03.0239, pertencentes a HUDSON GAMBARRA DA SILVA SANTOS que foi atendido dia 02/03/2018 às 21H51min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

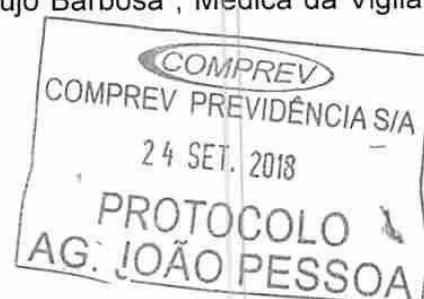
Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de radio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/03/2018 e alta médica dia 14/03/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de Julho de 2018

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533

Dr. Rossana de Fátima de A. Barbosa  
CRM-PB 3533  
CRM-PB 3533





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Hudson Gonçalves</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>13/03/18</i>	Cirurgião: <i>Roberto Souto</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					
<i>Fratura aberta do Radio</i>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					
<i>O Marmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>					
<i>Reduzi cruento fixou infarto com placa de com os ferimentos</i>					
<b>CÓDIGO</b>					
<b>COMPREV</b> COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 24 SET. 2018					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descreva:		<b>PROTOCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>		
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					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB,





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Audron gumara da Silva</u>	Data da Admissão: <u>02 / 03 / 18</u>		
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____	Bairro: _____		
Endereço: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Cidade: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____	
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Data de Nascimento: _____	
Escolaridade: _____	QPD: <u>DT 02/03/18 MT MGRD DOR NO antibraco D</u>		
HDA: <u>Pluviônia com dor e deformidade no antebraço D</u> <u>Núca curvada queixa</u>			
Medicações em uso: <u>N/</u>	<b>COMPREV</b> COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 24 SET. 2018		
<b>INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:</b>			
<b>Geral:</b> [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> [ ]Dor _____ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispnéia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> [ ]Dor _____ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume			
<b>AGU:</b> [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: _____			
<b>SME:</b> [ ]Dor _____ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos			
<b>SN e PSQ:</b> [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade _____ [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor _____			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

DD II S-10 Bloquio intestinal  
Assento e Antissepsis  
Abordagem de Cervello

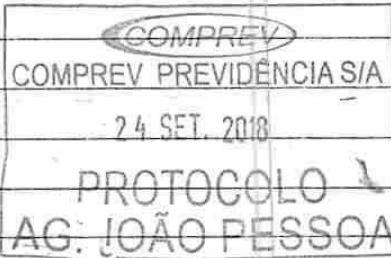
### Incisão:

### Achados:

### Conduta:

Redução Aberto  
Fixado inferior com placas  
De 08 furos, 06 fôrmas  
Fechamento com fôrmas  
Rev. sub da hemostasia  
Curativo  
Tala

### Fechamento:



### OBS:

Data: 13/03/18

Dr. Aurélia de Souza  
CRM: 9753/PE  
MÉDICO/CRM



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**Doenças Anteriores: Nenhuma

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

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

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

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

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

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

Dislipidemias \_\_\_\_\_ ♥ \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg  
FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

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

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

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: escoamento na pele do antebraço (D)

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

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

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

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

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

SN: sem alteraçãoResultados de Exames Complementares: ex fratura rádio diáfíse (D)  
lux dorsal ulna distalHipóteses Diagnósticas: fratura luxação gallazzi (D)Conduta: solicito internação para manutenção unínguloimobilizaçãosolicito pré op e material

Dr. André H. Nastul  
Ortopedia e Traumatologia  
Ortopedia 2701-1345



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 107473 Atd: Não Regu  
Data: 02/03/2018  
Hora: 21:51:00  
Repcionista: DANIELE CAVALCANTE  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: HUDSON GAMARRA DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.03.000239

CNS: 898000461001049 Sexo: M IDENTIDADE: 3996233 Fone: 988390239

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/12/1998 Id: 19 ano(s)

End.: RUA MARIO MAGALHAES,18

Bairro: OITIZEIRO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: JOSEFA SEVERINA DA SILVA SANTOS

Pai: ARQUIR DA SILVA SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO

Resp.: PAI

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pro iencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: QUEDA DE MOTO PROX DE CASA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

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

Queixa Principal

Observacao

VITIMA DE QUEDA DE MOTO/ NEGA DESMAIO E VOMITO  
( SIC)- APRESENTA ESCORIACOES DI 02/03/18 NEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS

MT MORD

maior dor e deformidades no antebraço (D) aps acidente da moto.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

deformidades antebraço (E)

microvascular OK

ADM VENICO OK

ex fratura radio diáfisica (D)

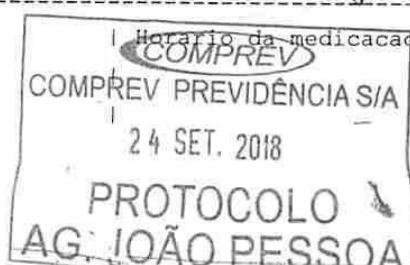
Diagnóstico

Fratura radio diáfisica (D)

Conduta

revisão internação  
imobilização  
analgésico

Prescrição



F. Andrade H. Nogueira  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM: 10.352 TEO: 13745

