

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.segurodpvat.com.br/>) para atualizar 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/nBB8hGdGGMuYYa++7__EvcQapi_key=gETloeUkl8DXJyDgZdZdyCE+nFhwfS2R494HqHjxaqQ=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/nBB8hGdGGMuYYa++7__EvcQapi_key=gETloeUkl8DXJyDgZdZdyCE+nFhwfS2R494HqHjxaqQ=</a> )

#### ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

#### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



## ***Duarte e Silva Advogados Associados***

*Rua Agente F. Jose Costa Duarte, 157/sala 05 - Mangabeira, João Pessoa/PB*  
(83) 98832-9676. (33) 99705-5363. (23) 52160-2868.

### **PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA ET EXTRA"**

OUTORGANTE:

CONTRATANTES:

NOME HUDSON GAMARRA DA SILVA <sup>SANTOS</sup> TELEFONE 98821-9867  
ESTADO CIVIL Solteiro PROFISSÃO Autônomo  
CPF 701.117.144-43 RG 3.996.233 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. Jose 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 economia 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 dar 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 Gamarr da S. Santos



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
INSTITUTO DA SEGURANÇA E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
MODELO DE REGISTRO CÍVIL  
INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO L-004



*Hudson Gamarra da S. Santos*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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 30/12/1998

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº11342 - LIV.A-14 - FLS.142 - CARTORIO 11º JOÃO PESSOA-PB

CPF 701.117.144-43

ASSINATURA

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



ARQUER DA SILVA SANTOS  
RUA MARIO MAGALHAES, 100 - JARDIM  
JOAO PESSOA/PB - CEP: 58071-190 (AQ: 1)  
Emissão: 31/07/2018 Referência: Jul/2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-200 km25: Centro Referente: João Pessoa/PB - CEP: 58071-190  
Roteiro: 18-2-518-240 12 medidor: 00001229395

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.095.182/0001-40 Ins. Est. 15.015.823-0  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: 7010 551 523  
Cod. para Deb. Automático: 00005289129

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
Jul/2018 31/07/2018 30/08/2018 739.510.564-87  
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/528912-9

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/06/18	26347	31/07/18	20471	1	124	32

Demonstrativo									
Quantidade		Tarifa	Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS (R\$)	Base Calc.	Pot (R\$)	Cobrança (R\$)	
CCI - Descrição		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)		Pot (R\$)		(1,0845%) (4,8955%)	
0801	Consumo em kWh	124,000	0,739000	91,54	27	24,74	91,54	0,93	4,56
0801	Adq. B. Vermelha	5,75	9,26	27	2,50	9,26	0,10	0,48	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA	4,04	0,09	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 05/2018	0,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2018	0,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0809	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 105,73 100,00 27,24 100,00 1,03 5,04

Média últimos meses (kWh)  
130

VENCIMENTO  
07/08/2018

TOTAL A PAGAR  
R\$ 105,73

Histórico de Consumo (kWh)											
119	140	134	135	137	100	28	124	124	123	20	359
Jul/17	Agv/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mai/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18

RECEBIMENTO e781.1be6 4536.9afe.e155.e06f.7824.1a8f.

Indicadores de Qualidade  
Limites - Limite de Tensão

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo (Wh) do Energia PE	27,49	22,21

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
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: À(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, EXPEDIDO 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  
Notificante





## CERTIDÃO

Nº. 0976/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio 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 medica dia 14/03/2018.

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

João Pessoa, 27 de Julho de 2018

Dr. Rossana de Fátima de A. Barbosa  
Clínica Médica / UTI  
CRM-PB 3533

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533

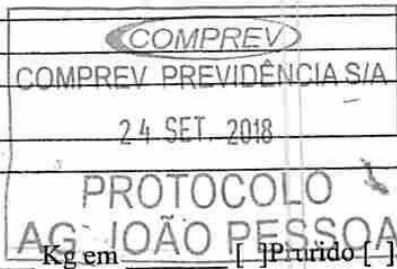


## RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Andron gamara da silva</u>		Data da Admissão: <u>02 / 03 / 18</u>	
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: <u>DT 02/03/18 MT moro dor no antebraço ①</u>			
HDA: <u>paciente com dor e dificuldade no antebraço ①</u> <u>não causa dor.</u>			
Medicações em uso: <u>não</u>			
<div style="text-align: center;">  </div>			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
<b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposu <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
<b>SN e PSQ:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> 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/O Bloqueio anestésico  
Assético e Antiséptico  
Alcôhol de Coudes

**Incisão:**

**Achados:**

**Conduta:**

Redução Aberto  
Fixação interna com Placa  
DCL 08, 12mm, de 6 parafusos  
Fechamento por planos  
Rev. da hemostasia  
Curativo  
Tala

**Fechamento:**

**OBS:**

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO 1  
AG. JOÃO PESSOA

**Data:**

13.03.18

Dr. Aurélio de Sá  
CRM: 9743170

MÉDICO/CRM

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



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

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: escoriações na pele do antebraço (D)

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

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

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

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

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

SN: sem alteraçãoResultados de Exames Complementares: ex. fratura rádio ulnar distal (D)lux. distal ulna distal.Hipóteses Diagnósticas: fratura luxação galeazzi (D)Conduta: solicito internação para tratamento cirúrgicoimobilizaçãosolicito pre op e material

Dr. André H. Marzili  
Osteopata e Fisioterapeuta  
CRM 1032 101-12/15

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



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 31/10/2018 14:01:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18103114001322500000017056602>

Número do documento: 18103114001322500000017056602

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: Nao Regu  
Data: 02/03/2018  
Hora: 21:51:00  
Recepcionista: DANIELE CAVALCANTE  
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: HUDSON GAMARRA DA SILVA Num. de vezes atendido: 1  
CNS: 898000461001049 Sexo: M IDENTIDADE: 3996233 Fone: 988390239 Num. Prontuario: 2018.03.000239  
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 Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Ocupação: ESTUDANTE  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO  
Resp.: PAI  
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: QUEDA DE MOTO PROX DE CASA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem	[ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado	[ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia	[ ] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[ ] Diarreia	[ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[X] Regular	[ ] Chocado
		[ ] Vomito	

Observacao

Queixa Principal

VITIMA DE QUEDA DE MOTO/ NEGA DESMAIO E VOMITO NEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS  
( SIC)- APRESENTA ESCORIAÇOES DT 02/03/18 M7 more

*suíte dor e deformidade no antebraço (D) após acidente de moto.*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*deformidade antebraço (E)*

*neurovascular OK.*

*ADM membro OK.*

*ex fratura rádio ulnare (D)*

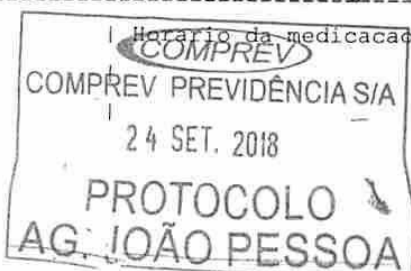
Diagnostico

*fratura luxação glenóide (D)*

Conduta

*reparo interno  
imobilização  
analgesia*

Prescrição



Dr. Anderson H. Nogueira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 10.537-7/01 - 13745