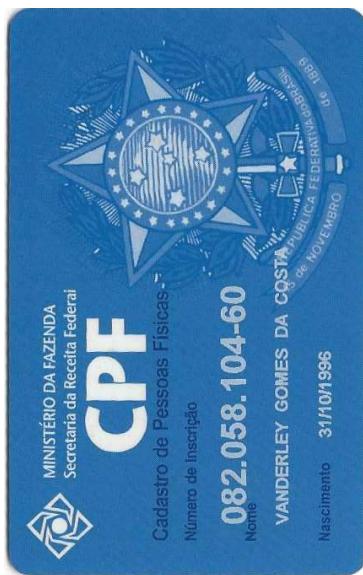


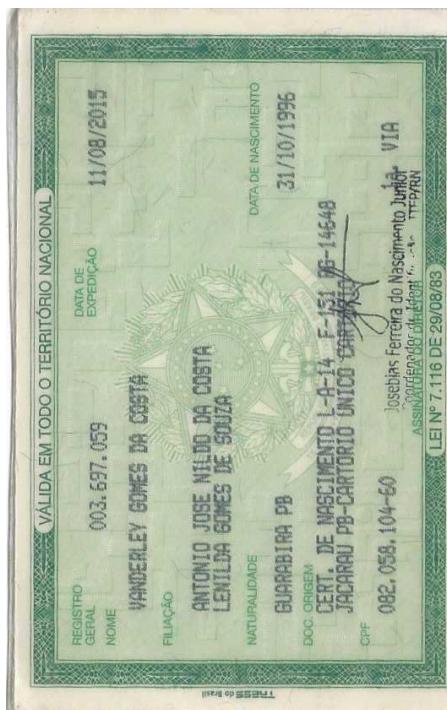
Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 00:37:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040800273070300000019813778>  
Número do documento: 19040800273070300000019813778

Num. 20368367 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 00:37:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040800273070300000019813778>  
Número do documento: 19040800273070300000019813778

Num. 20368367 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 00:37:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040800273070300000019813778>  
Número do documento: 19040800273070300000019813778

Num. 20368367 - Pág. 3



Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
1ª Superintendência Regional de Polícia  
7ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia da Comarca de Jacaraú



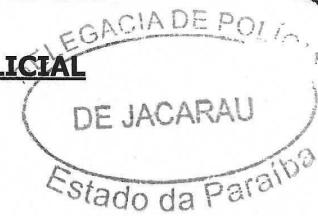
GOVERNO  
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2018

Ocorrência nº. 420/2018



Aos 17 dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy De Carvalho Andrade, às 11h:40min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**VANDERLEY GOMES DA COSTA**, conhecido por , Identidade nº 003.697.059-SDS/PB, CPF nº 082.058.104-60, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Antonio José Nildo Da Silva E Lenilda Gomes De Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 31/10/1996, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Campinal nº , bairro – Jacaraú/PB, tendo como ponto de referência: px. a MANOEL LULU, fone(s) para contato: (83)- 98880-4986.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 22 de agosto de 2017;
- 3) HORÁRIO: 03h:0min;
- 4) LOCAL: Estrada De Areia nº , bairro sítio cunha – Jacaraú/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de emergência e traumas de João Pessoa-PB.;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? não;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

HONDA/CG 150 TITAN KS, NIV: 9C2KC08108R196931, cor vermelha, ano/modelo: 2008, placa: MOC-3306/PB, licenciado em nome de CREMILSON SENA DA COSTA.

**7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

**NÃO HOUVE**

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE conduzia a referida motocicleta por uma estrada de areia no Sítio Cunha; QUE em determinado trecho da estrada, o notificador bateu em uma pedra que estava no caminho, perdeu o controle do veículo e caiu; QUE em seguida foi socorrido para o hospital de traumas de João Pessoa.

**9) OBSERVAÇÕES:**

**NÃO HOUVE.**

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

*Vanderley Gomes da Costa*

**VANDERLEY GOMES DA COSTA**

Comunicante

*Kennedy De Carvalho Andrade*  
Kennedy De Carvalho Andrade  
Escrivão/Agente Mat nº 155.335-6

Rua São João, 35, Centro – Jacaraú – PB. Cep.: 58.278-000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETAN - PB** N° 011755318213  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA CÓD. RENAVAM PRT 201515000090612 EXERCÍCIO  
1 0096994734-8 06/00000000 2015

NOME  
**CREMILSON SENA DA COSTA**

CPF / CNPJ  
**08683932400** PLACA  
**MOC3306/PB**

PLACA ANT / UF CHASSI  
**NOVO PB 9C2KC08108R196931**

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
**PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC** **GASOLINA**

MARCA / MODELO ANO FAB ANO MOD.  
**HONDA/CG 150 TITAN KS** **2008 2008**

CAP / POT / GIL CATEGORIA COR PRINCIPAL  
**2 P/149 /C1 PARTIC VERMELHA**

I VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS  
**00700/0000 1<sup>a</sup>**

P FAIXA I.PVA PARCELAGEM / COTAS  
**\*\*\*\*\* 0 3<sup>a</sup>**

VENC. COTA ÚNICA  
**00700/0000**

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
**\*\*\*\*\* 9 9C2KC08108R196931** 27/05/2015

OBSERVAÇÕES  
**SEM RESERVA DE DOMÍNIO**

DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATÓRIO  
**NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA**

JACARAÍ LOCAL 27/05/2015  
62 Arleteu Chaves Spousa

EXPEDIDOR

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

**PB N° 011755318213 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**CREMILSON SENA DA COSTA**

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

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 27/05/2015

VIA **CREMILSON SENA DA COSTA** PLACA  
RENAVAM MARCA / MODELO  
ANO FAB 08683932400 Nº CHASSI **MOC3306/PB**

**00969947348 HONDA/CG 150 TITAN K**  
**PRÉMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
2008	9	9C2KC08108R196931

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* 9 16152-0932364-20150527

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

CUT 2014

DENATRAN

CONTRAN



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 00:37:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040800280619800000019813781>

Número do documento: 19040800280619800000019813781

Num. 20368370 - Pág. 1



## DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/1

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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 <b>VANDERLEY GOMES DA COSTA</b>	CPF da Vítima <b>082.058.109-60</b>	Data do Acidente <b>22.08.2017</b>
--	--	---------------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

*José Pessoa, 24 de outubro de 2018.*

Local e Data

*Vanderley Gomes da Costa*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

201 V001/2017





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES 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	Nome completo da vítima
	082.058.104-60	VANDERLEY GOMES DA COSTA

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

Nome completo <b>VANDERLEY GOMES DA COSTA</b>	CPF titular da conta <b>082.058.104-60</b>	Profissão <b>AGRICULTOR</b>
Endereço <b>SITIO CAMPINAL S/N</b>	Número <b>S/N</b>	Complemento
Bairro <b>ÁREA RURAL</b>	Cidade <b>JACARAÚ</b>	Estado <b>PB</b>
Email <b>JUSADVOGACIA@GMAIL.COM</b>	Telefone (DDD) <b>(83) 98712-5439</b>	

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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. <b>2191-1</b>	D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <b>1619-5</b>	D/V _____ (Informar dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (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.

José Pescaria, 24 de outubro de 2018

Local e Data

Vanderley Gomes da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VANDERLEY GOMES DA COSTA,

RG nº 003.697.059, data de expedição 11/08/15, Órgão SDS/PB,

CPF nº 082.058.104-60, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

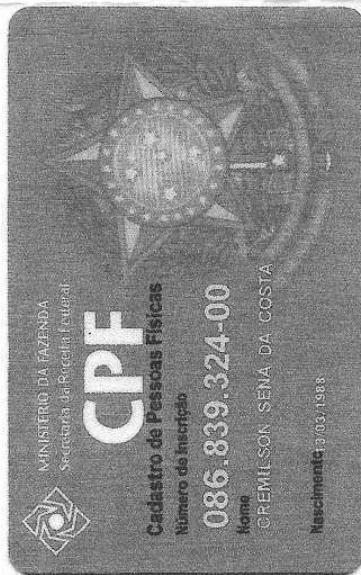
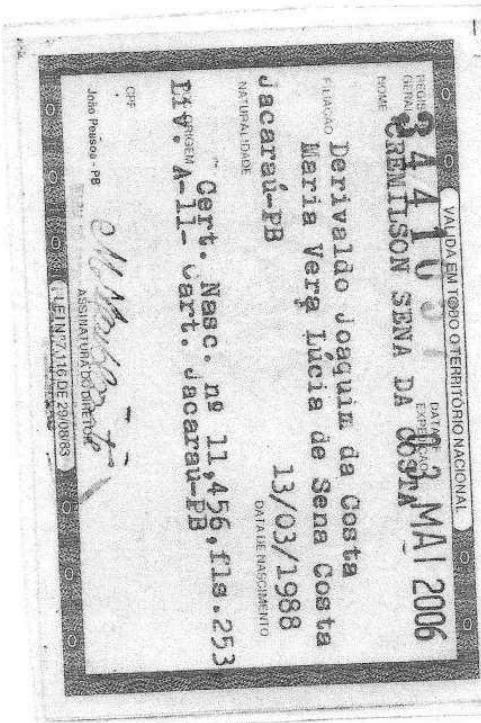
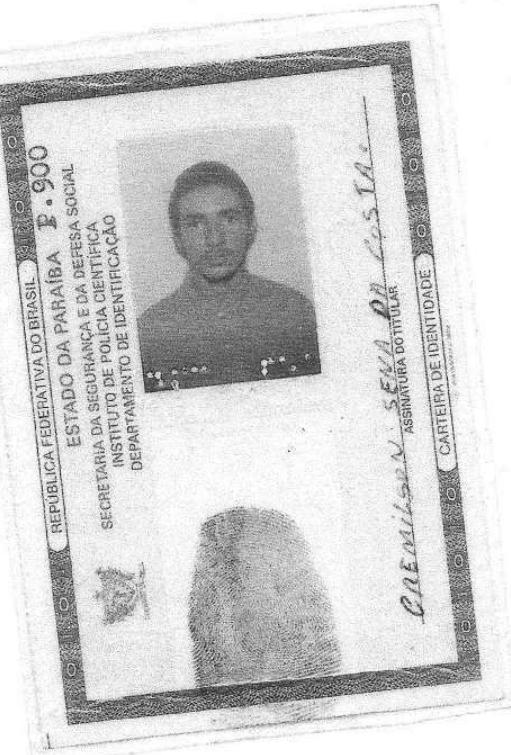
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO CAMPINAS, SIN</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>JACARAÚ</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.278-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)98712-5439</u>
E-mail	<u>DVSADVOCACIA@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa-PB 24 DE OUTUBRO DE 2018.

Assinatura do Declarante: Vanderley Gomes da Costa





<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>	
<b>DETAN - PB</b> <b>Nº 011755318213</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b>	
VIA: <b>CDU RENAVAM</b> <b>201515000090612</b> EXERCÍCIO: <b>0096994734-8</b> <b>00/00000000</b> <b>2015</b>	
NOME: <b>CREMILSON SENA DA COSTA</b>	
CPF / CNPJ: <b>08683932400</b> PLACA: <b>MOC3306/PB</b>	
PLACA ANT / UF: <b>NOVO PB</b> CHASSI: <b>9C2KC08108R196931</b>	
ESPECIE TIPO: <b>PAS / MOTOCICLE / NAO APLIC</b> COMBUSTÍVEL: <b>GASOLINA</b>	
MARCA / MODELO: <b>HONDA / CG 150 TITAN KS</b> ANO FAB.: <b>2008</b> ANO MOD.: <b>2008</b>	
CAP / PTO / CIL: <b>2 P7149 / C4</b> CATEGORIA: <b>PARTIC</b> COR PREDOMINANTE: <b>VERMELHA</b>	
COTA ÚNICA: <b>00/00/0000</b> VENC. COTA ÚNICA: <b>1*</b> VENC / COTAS: <b>I</b> <b>P</b> <b>V</b> <b>A</b> FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS: <b>*****</b> <b>0</b> <b>2*</b> <b>3*</b>	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) <b>*****</b> IOF (R\$) <b>*****</b> PRÉMIO TOTAL (R\$) <b>SEGURO PAGO</b> DATA DE PAGAMENTO: <b>27/05/2015</b>	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA	
JACARAÍ <b>62</b> <b>27/05/2015</b> <b>16152</b>  Ariane Chaves Sousa	
<small>EXPEDIDOR:</small>	

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

**PB Nº 011755318213 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**CREMILSON SENA DA COSTA**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

**SAC DPVAT 0800 022 1204**

2015 27/05/2015  
EXPIRAÇÃO DATA EMISSÃO

VIA: **CREMILSON SENA DA COSTA** PLACA:  
 RENAVAM: **08683932400** MARCA / MODELO: **MOC3306/PB**  
 ANO FAB.: **2008** CAT. TABLE: **00969947348** N° CHASSI: **9C2KC08108R196931**  
**PRÉMIO TARIFÁRIO**  
 FNS (R\$) **2008** 9 DENATRAN (R\$) **9C2KC08108R196931** CUSTO DO SEGURO (R\$)  
 CUSTO DO BILHETE (R\$) **\*\*\*\*\*** IOF (R\$) **\*\*\*\*\*** TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)  
 SEGURADOR: **SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
 CNPJ 09.248.608/0001-04

F/2014

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CREMILSON SENA DA COSTA,  
RG nº 3441057, data de expedição 03/05/2006  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 086.839.324-00, com  
domicílio na cidade de JACARAÚ-PB, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
sítio Cunha, nº 51N,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Vanderley, cujo o condutor era  
Vanderley Jamila da Costa.

Veículo: MOTOCICleta  
Modelo: 150 TITAN  
Ano: 2008  
Placa: MOC 33061PB  
Chassi: 9C2KC08108R196931  
Data do Acidente: 20/08/2017

c. Auge da Cruz  
Jacaraú-PB

CREMILSON SENA DA COSTA  
Assinatura do Declarante

Vanderley Jamila da Costa

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





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 Vanderley Gomes da Costa

DATA DE NASCIMENTO 31/10/96

NOME DA MÃE Lenilda Gomes de Souza

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 103821

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1022229

DATA DO ATENDIMENTO 22/08/17

HORA DO ATENDIMENTO 09:10

MOTIVO DO ATENDIMENTO Trauma

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero esquerdo

CID 10 S42.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, refere queda de moto, com trauma em braço esquerdo, sem outra queixa, ao exame apresenta dor e limitação funcional de membro superior esquerdo. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX braço esquerdo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de úmero E.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de úmero esquerdo

ALTA HOSPITALAR: 01/09/17

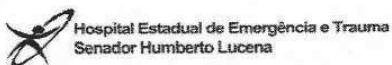
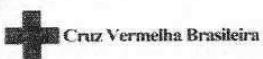
DATA DA EMISSÃO: 04/12/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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



Opral



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

Boletim de Atendimento: 1022229



#### Identificação do paciente

ID 1202702	Nome <b>VANDERLEY GOMES DA COSTA</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento 31/10/1996	Idade 20 anos 9 meses 21 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>LENILDA GOMES DE SOUZA</b>	Pai <b>ANTONIO JOSE NILDO DA COSTA</b>			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) <b>LENILDA GOMES DE SOUZA - MAE</b>			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988804986	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 003697059	Nº Cns 203498792190018		
Local de procedência JACARAU	Tipo MUNICPIO		UF PB	
Email	Naturalidade <b>GUARABIRA</b>		CBO/R	

#### Endereço

CEP 58278000	Município de residência <b>JACARAU</b>	UF PB	Logradouro <b>CAMPINAL</b>
Número SN	Complemento	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	

#### Admissão

Data e Hora 22/08/2017 09:10:12	Número da pulseira <b>1000005516734</b>	Convênio SUS
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RESIDENCIA</b>	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>TRAUMA</b>	Detalhe do acidente <b>OUTROS</b>

#### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte <b>CARRO PARTICULAR</b>	Quem transportou		

#### Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

#### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por <b>IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO</b>						Tempo 29seg

Imprimir

22/08/2017 09:0





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>VANDERLEY GOMES DA COSTA</b>	BAE 1022229	Data/Hora Entrada 22/08/2017 09:10:12	Data Baixa
Data de nascimento 31/10/1996	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 203498792190018
Mãe <b>LENILDA GOMES DE SOUZA</b>			
Enderço <b>CAMPINAL, SN</b>	Bairro ZONA RURAL	Município JACARAU	UF PB
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>TRAUMA</b>	Profissional <b>PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS</b>	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 22/08/2017 09:10:12		Data/Hora Prescrição 22/08/2017 10:30:54	

### anamnese

PACIENTE COM HISTÓRICO DE QUEDA DE MOTO HÁ 1 DIA. QUEIXANDO-SE DE DOR EM BRAÇO ESQUERDO. AO EF: DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MSE. AO RX: FRATURA DE DIAFISE DE ÚMERO ESQUERDO. CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA TTO CIRÚRGICO. (+ DR. FELIPE SENA)

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 8/8H

OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA

TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H

### UIDADOS

SSV + CCGG

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: PINÇA DE CONFEITEIRO - TROCAR IMOBILIZAÇÃO)

### EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

CID10

Código	Descrição
S42.3	Fratura da diáfise do úmero

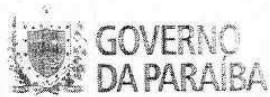
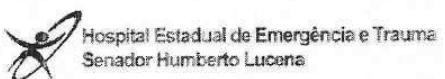
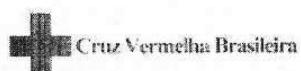
### Conduta

Internar Paciente

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS  
(10575/PB)

//172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=87905&pesquisa=S&perform=impr...

Num. 20368372 - Pág. 3



## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>VANDERLEY GOMES DA COSTA</b>	BAE 1022229	Data/Hora Entrada 22/08/2017 09:10:12	Data Baixa
Data de nascimento 31/10/1996	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 203498792190018
Mãe <b>LENILDA GOMES DE SOUZA</b>			Telefone de Contato (83) 988804986
Endereço <b>CAMPINAL, SN</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>JACARAU</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>TRAUMA</b>	Profissional <b>LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA</b>	Nº Cons. Regional <b>8637/PB</b>
Data/Hora Classificação 22/08/2017 09:10:12		Data/Hora Prescrição 26/08/2017 14:33:01	

### Anamnese

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

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

Diluir

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTS)

OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0,0 (MGTS)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTS)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

### CUIDADOS

HGT 6/6HS

Dr. Luiz Juvencio Medeiros  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 8637 PB



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 <b>VANDERLEY GOMES DA COSTA</b>	BAE <b>1022229</b>	Data/Hora Entrada <b>22/08/2017 09:10:12</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/10/1996</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988804986</b>
Mãe <b>LENILDA GOMES DE SOUZA</b>			Prontuário
Endereço <b>CAMPINAL, SN</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>JACARAU</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>TRAUMA</b>	Profissional <b>ELIVALDO SALES DE TOLEDO</b>	Nº Cons. Regional <b>1873/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>22/08/2017 09:10:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>22/08/2017 09:31:23</b>	

### Anamnese

PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTOCICLETA LEVANDO A CONTUSÃO NO BRAÇO ESQUERDO NEGA QUALQUER OUTRA QEXA. LIBERADO DA CIRURGIA GERAL.

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

### CID10

Código	Descrição
14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

Dr. Elivaldo Sales de Toledo  
083 000 1873  
1873/PB  
ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
(1873/PB)

VANDERLEY GOMES DA COSTA





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

Nome: Vanderlei Gomes da Costa BE/Prontuário: 102322  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 30/08/14  
Clínica/Setor: Ortopédico EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Osteomíse de Frx de címero L  
Cirurgião: Demétrio Almeida 1º Assistente: Roberto Almeida  
2º Assistente: Eduardo R 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Sacconi  
Tipo de Anestesia: Bloqueio Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Frx de címero dífráx</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Rrafj</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Eduardo Nóbrega Campos  
ORTOEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8798/CRM-PE 23308

João Pessoa, 30/08/14

F(NG).ASCIR.009-1



**Nota de Sala Cirúrgica**

Jandirley Gomes da Costa						
NOME DO PACIENTE:	DATA:	PESO:	PRONTUÁRIO:	ENFERMAGEM:	LEITO:	
IDADE:	SEXO:	GRUPO:	PROBLEMA:	TIPO:	05	
CIRURGIA:	CRM:	CRM:	CRM:	CRM:		
CIRURGÃO:	CRM:	CRM:	CRM:	CRM:		
ANESTESIA:	CRM:	CRM:	CRM:	CRM:		
ANESTESISTA:	CRM:	CRM:	CRM:	CRM:		
INSTRUMENTADOR:						
DATA:	30/08/18	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:	10:14:00	FIN:	CIRURGIA: INÍCIO: 10:50 11:30	
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)						
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )						
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	SOLUÇÕES	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	
ALFENTANILA		5% Remoxy	F	JELCO N°18		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		5% Furoc	F	JELCO N°20		
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO N°22		
CETAMINA				JELCO N°24		
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		
ETOMIDATO				LÂMINA BISTURI N°11		
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%	✓	LÂMINA BISTURI N°15		
FENTANILA	I	PVPI DEGERMANTE	✓	LÂMINA BISTURI N°23		
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	✓	LÂMINA BISTURI N°24	T	
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	I	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		
LIDOCÁINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0		
LIDOCÁINA S/ VASO	I	AGULHA 25X07	F	LUVA ESTÉRIL N°7,5		
MIDAZOLAN	I	AGULHA 25X08	F	LUVA ESTÉRIL N°8,0	F	
MORFINA		AGULHA 40X12	F	LUVA ESTÉRIL N°8,5		
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA		
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	I	
PROPOROL		AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19		
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	500 F	SERINGA 10ML		
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	✓	CATETER DE OXIGÊNIO	I	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	F	CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA	
DEXAMETASONA	I	CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIPIRONA SÓDICA	F	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS	
EFDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	✓	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	✓	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONDASENTRONA	I	EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			<b>EQUIPAMENTOS</b>	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		FIOS	QTD.	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S/A N°	( ) ASPIRADOR	
		GAZES	✓	FIO ALGODÃO S/A N°	( ) BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A N°	( ) CAPNÓGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A N°	( ) CÁRDIONITOR	
		JELCO N°14			( ) DESFIBRILADOR	
		JELCO N°16			( ) FOCO AUXILIAR	
agulha A 50 (1)						
ex. 4/5 TME (plana, fúneos)						
paraf. Cortical m. 26 (2)						
paraf. Cortical m. 28 (3)						

Kosánele L. Ferreira  
Téc. Enfermagem F (NG) ASCIR 021-2  
COREN-PR 306656



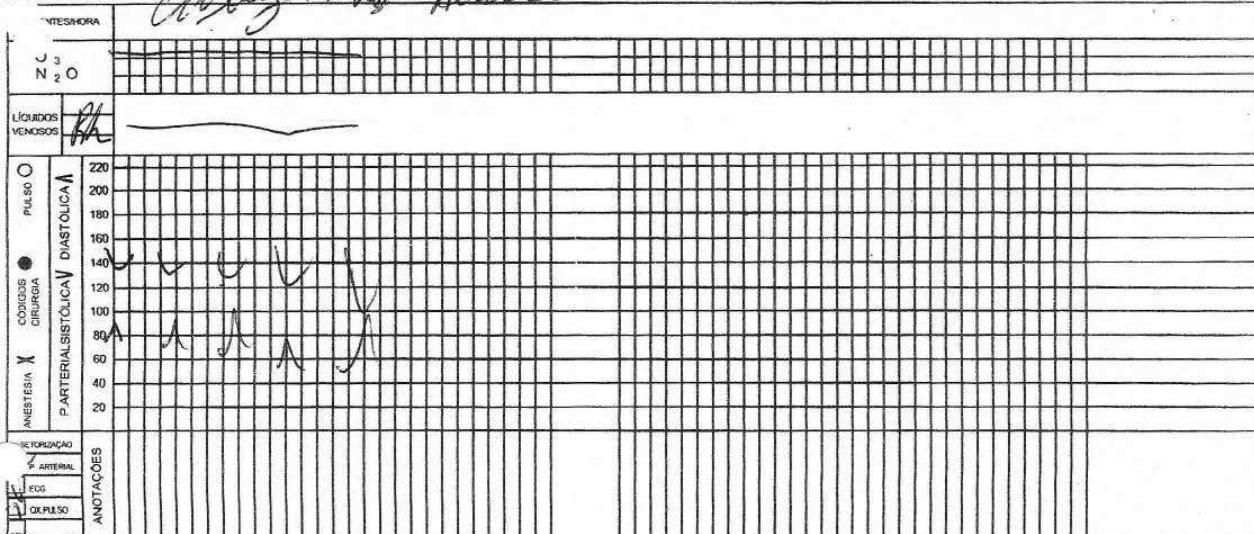
CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## FICHA DE ANESTESIA



DATA: 30/08/17 PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <i>Thierry Gomes da Corte</i>		SEXO: <i>M</i>	COR: <i>P</i>	IDADE: <i>20</i>					
PRESSÃO ARTERIAL	<i>90/60</i>	RESPIRAÇÃO	<i>18/min</i>	TEMPERATURA	<i>36,5°C</i>	PESO	<i>70kg</i>	GRUPO SANGUÍNEO	<i>O+</i>
ESTADO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MAU	<input type="checkbox"/> PESSIMO	RISCO CIRURGICO	<input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MAU	<input type="checkbox"/> PESSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES <i>OK</i>									
AP. RESPIRATÓRIO	<i>RRR</i>		AP. CIRCULATÓRIO	<i>VRR</i>					
AP. DIGESTIVO	<i>RRR</i>		ESTADO MENTAL	<i>Consciente</i>		DROGAS EM USO -			
PRÉ-ANESTÉSICO			DOSE / HORA			ESTADO FÍSICO (ASA)			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura Coluna a Esg.</i>									
CIRURGIA REALIZADA <i>Tratamento Cirúrgico Fixação</i>									
CIRURGIÃO	<i>Dra. Terezinha</i>		AUXILIARES	<i>Dra. Roberta</i>					
INÍCIO DA ANESTESIA	<i>10:00</i>		TÉRMINO DA ANESTESIA	<i>11:40</i>		DURAÇÃO DA ANESTESIA			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE CH.			VALORES R\$			
ANESTESISTA	<i>Houca + R</i>		CPF	<i>Almeida</i>		CRM-PB			



	ANESTESIA GERAL	RAQUIDIANA	EPIDURAL	BLOQ.PLEXO	BLOQ.NERVOS	OUTROS
TÉCNICA <i>Bloqueio de plexo braquial a E + Sedativo</i>						
LÍQUIDOS	Volume em ml:	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				
GLICOSE	1	Paramentol 500			11	
NACL	2	Fentanyl 100 µg			12	
SANGUE	3	Kit Transfusional 1000 ml SIC			13	
RINGER	4	Naftaleno 1000 ml eve			14	
TOTAL	5	Glicose 1000 ml			15	
DESTINO DO PACIENTE	6	Reoperatório			16	
<input type="checkbox"/> APT*	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7	Exames clínicos		17	
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8	Alimentação		18	
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	<i>SRH</i>	9	AD-Saúde		19	
		10			20	

OBSEVAÇÕES IMPORTANTES	ASSINATURA DO ANESTESISTA: <i>Antônio da Silveira de Souza Santos</i> ANESTESIOLOGISTA CRM 1422	
	F.(NG) ASCR.026-1	



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSIL

## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

VII DDA + Bloqueio  
 VIII Permeante + Oxiacriptal  
 IX Afecção da corrente de fios  
 X Encontro do tendão flexor

Incisão:

XI Circunferência para  
 entre o Brachioradialis e o braço  
 recíproco

Achados:

XII Envolvimento e isolamento dos  
 nervos recíprocos  
 XIII Isolamento de fáscia de  
 límeo

Conduta:

XIV Redução anormal da  
 articulação  
 XV Osteosíntese com placa  
 DCP + fios + óstego duro  
 articular

XVI Fechamento para flanco

XVII Anatomia

Fechamento:

XVIII Fissura

Observação:

Médico/CRM:

Eduardo Nobreza Campos  
 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
 CRM-PB 2798/CRM-PE 23308

João Pessoa,

30/08/14





## Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome:

Nº de BE:

Idade:

Sexo:

Clínica:

Enf.:

Leito:

Data de admissão:

Alta:

Tempo de Permanência:

## Diagnóstico de Internação:

*Fran. Ruptura de hérnia*

## Diagnóstico Definitivo:

## Diagnóstico Secundário:

## Principais exames:

*Rx*

## Cirurgia realizada - data e equipe:

*DATEI → Dr. Tuvintacé*

## Biópsias:

## Anatomia patológica:

Infecção: sim( ) não( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )

## Resultado bacteriológica:

Condições de alta: Melhorado( ) Removido( ) A pedido( ) Curado( ) Óbito( ) À Revelia( )

## Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:

*História evolução terapêutica complicações*

## Orientações Pós Alta

## Dieta:

## Reposo:

Relativo em casa por, \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em, \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve, \_\_\_\_\_ dias e com maior em, \_\_\_\_\_ dias.

Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.

## Medicações para casa:

## Retorno:

Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de ponto.

Ao ambulatório \_\_\_\_\_ em 30 dias para revisão.

João Pessoa; \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Dr. Luiiz Portella  
Ortopédia e Traumatologia  
Cirurgia da Coluna Vertebral  
CRM-PB 8887/TEOT 11165*

CRM-PB 8443/Médico/CRM

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



---

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **VANDERLEY GOMES DA COSTA**

Nº Sinistro: **3180502127**  
Vitima: **VANDERLEY GOMES DA COSTA**  
Data do Acidente: **22/08/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180502127**.

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 13529757





Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

(/)

Buscar no site

☰

☰

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são em DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT. A emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

**SINISTRO 3180502127 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** VANDERLEY GOMES DA COSTA  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB  
**BENEFICIÁRIO** VANDERLEY GOMES DA COSTA  
**CPF/CNPJ:** 08205810460

**Posição em 07-04-2019 23:58:49**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Outros	Vítima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
30/10/2018	Aviso de Sinistro	<a href="https://sistdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/5Tp1__olyn+ljju/7FnAgPjqYgnst185uN3F+C0dxboajoQ04vroWDBA6oFR8wtKb+9YPH3fwAgvVjm6s/nVoDb79USVAh1FK8B5z2h3jigVz9FW5Lg1chm5qSUROLDqjG4bRdjSYrVG_KhOlkk3CvN3?api_k">https://sistdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/5Tp1__olyn+ljju/7FnAgPjqYgnst185uN3F+C0dxboajoQ04vroWDBA6oFR8wtKb+9YPH3fwAgvVjm6s/nVoDb79USVAh1FK8B5z2h3jigVz9FW5Lg1chm5qSUROLDqjG4bRdjSYrVG_KhOlkk3CvN3?api_k</a>

**Pague Seguro**

Como Pagar ([/Pages/Saiba-como-pagar.aspx](#))  
Consulta a Pagamentos Efetuados ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))

**Acompanhe o processo**

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))

**BAIXE O APPLICATIVO DO SEGURO DPVAT**

Disponível na App Store (<https://itunes.apple.com/us/app/seguropdvat/id1375178092?mt=8&ls=1&mt=8>)

Disponível no Google Play (<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

**Serviços**

(<https://www.seguradoralider.com.br/>)  
(<https://www.seguradoralider.com.br/comprovante-de-indenizacao/>)  
(<https://www.seguradoralider.com.br/seguradora-%C3%ADder-dpvat/>)

› Acompanhe seu Processo ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))  
› Consulta a Pagamentos ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))  
› Saiba Como Pagar ([/Pages/Saiba-como-pagar.aspx](#))  
› Pontos de Atendimento ([/Pontos-de-Atendimento/](#))  
› Como Pedir Indenização ([/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao/](#))

**Dúvidas e Respostas**

› A Seguradora Líder-DPVAT ([/Pages/Quem-Somos.aspx](#))  
› Sobre o Seguro DPVAT ([/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx](#))  
› Informações Gerais ([/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#))  
› Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))  
› Dicionário do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT/](#))  
› Perguntas Frequentes Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes.aspx](#))

**Atendimento**

› Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))  
› Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Divididas](#))  
› Reclamações e Sugestões ([/Contato/Reclamacoes-e-Sugestoes](#))  
› Telefones de Contato ([/Contato/telefonos-de-contato](#))  
› Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))  
› Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))  
› Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))  
› Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Download](#))



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

VANDERLEY GOMES DA COSTA, brasileiro,  
solteiro, aposentado, devidamente inscrito  
no CPF n° 082.058.104-60, residente  
e domiciliado no Sítio Campinal, s/n, Área  
Rubia, JACARAÚ-PB, CEP: 58.278-000.

### OUTORGADO:

**DANIEL VIEIRA SMITH**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional da Paraíba, sob o n.º 19.193, com escritório profissional situado à Av. Ruy Carneiro, nº. 148, Sala 04, Miramar, CEP: 58.032-101, João Pessoa/PB.

### PODERES:

Amplos e inerentes poderes, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no art. 105 do Código de Processo Civil, e os especiais, podendo representar em audiência, transigir, desistir, firmar compromisso, receber intimações, renunciar, receber e dar quitação, receber alvarás judiciais em cartório, recorrer para qualquer instância ou tribunal, substabelecer, com ou sem reserva de poderes, podendo, ainda, representar perante os órgãos da Administração Pública Direta ou Indireta, tais como Hospitais Públicos, Delegacias Civis, IPC, IML, DML, GEMOL, podendo expressamente solicitar laudos e prontuários médicos em qualquer hospital público ou privado, tudo para o fiel cumprimento do presente mandato.

JACARAÚ /PB, 13 de SETEMBRO de 2017.

Vanderley Gomes da Costa

OUTORGANTE



## **DESPACHO**

Processo n° 0800189-75.2019.8.15.1071

Vistos, etc.

DEFIRO a gratuitade processual, com os benefícios a ela inerentes, vez que presentes os requisitos à sua concessão.

Em razão da inviabilidade da autocomposição com relação à Seguradora demandada, deixo de designar a audiência de conciliação/mediação disposta no art. 334, do CPC.

CITE-SE o demandado, pessoalmente, por Carta com aviso de recebimento, no endereço declinado na peça proemial, para querendo, contestar a presente demanda, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, devendo ser advertido de que não contestada a ação, presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344, CPC).

P.I. e Cumpra-se, com a observância das cautelas atinentes à espécie.

Diligências necessárias.

**JACARAÚ/PB, 25 de abril de 2019**

**JUIZ (A) DE DIREITO**

