

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL NOME 003.697.059 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/08/2015

VANDERLEY GOMES DA COSTA

FILIAÇÃO ANTONIO JOSE NILDO DA COSTA

NATURALIDADE LEVILDA GOMES DE SOUZA

GUARABIRA PB

DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-A-14 F-151 PB-14648 DATA DE NASCIMENTO 31/10/1996

CPF 082.058.104-60

Assinado eletronicamente por: Josebias Ferreira do Nascimento Junior

ASSINATURA DO DELEGADO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VIA

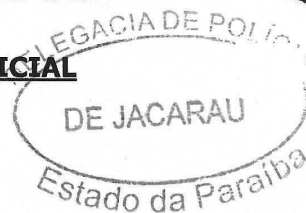




BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

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 HOUE

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 notificante 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 HOUE.

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

DETRAN - PB Nº 011755318213
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0096994734-8 PLACA MOC3306/PB EXERCÍCIO 2015

NOME
CREMILSON SENA DA COSTA

CPF / CNPJ 08683932400 PLACA MOC3306/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC08108R196931

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

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

CAP. POT. / CIL. 2 P/149 7C1 CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª VENC. / COTAS

FAIXA I.P.V.A. 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 27/05/2015

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JACARA 62 27/05/2015 16152

EXPEDIDOR

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
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 27/05/2015

VIA CREMILSON SENA DA COSTA PLACA

RENAVAM MARCA / MODELO

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008 Nº CHASSI MOC3306/PB

00969947348 HONDA/CG 150 TITAN K

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

16152-0932364-20150527

OUT 2014



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

VANDERLEY GOMES DA COSTA

CPF da Vítima

082.058.104-60

Data do Acidente

22.08.2017

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.

João Pessoa, 24 de outubro de 2018.

Local e Data

Vanderley Gomes da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001 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 082.058.104-60	Nome completo da vítima VANDERLEY GOMES DA COSTA
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo VANDERLEY GOMES DA COSTA	CPF titular da conta 082.058.104-60	Profissão AGRICULTOR
Endereço SÍTIO CAMPINAL S/N	Número S/N	Complemento
Bairro ÁREA RURAL	Cidade JACARAÚ	Estado PB
Email DUSANVOCAÇIA@GMAIL.COM	CEP 58278-000	Telefone (DDD) (83) 98712-5439

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)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 2191-1 D/V <input type="checkbox"/> CONTA NRO. 1619-5 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (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, 24 de outubro de 2018
Local e Data

Vanderley Gomes da Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

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:

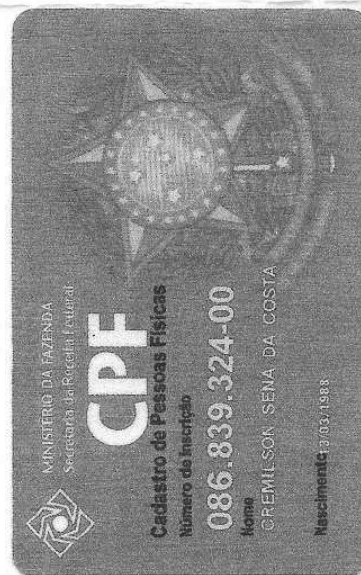
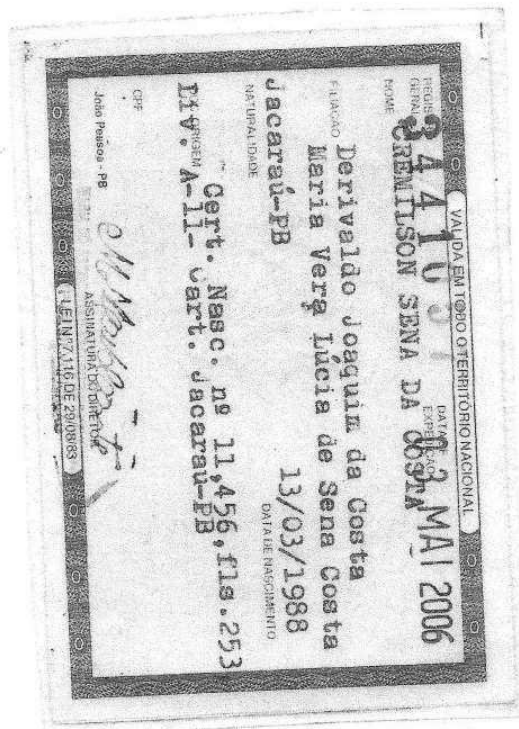
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO CAMPINAL, SIN</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>JACARAÚ</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.278-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98712-5439</u>
E-mail	<u>DVSABUOCCIA@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA-PB 24 DE OUTUBRO DE 2018.

Assinatura do Declarante: Vanderley Gomes da Costa





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011755318213
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 0096994734-8 00/00000000 2015

NOME
CREMILSON SENA DA COSTA

CPF / CNPJ
08683932400

PLACA
MOC3306/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB

CHASSI
9C2KC08108R196931

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. ANO MOD.
2008 2008

CAP / POT / CIL
2 P/149 /C1

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA
00/00/0000

VENÇ. COTAS
1ª

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS
0

2ª
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO
27/05/2015

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

JACARA



LOCAL

Aristeu Chaves Sousa

27/05/2015

62

16152

EXPEDIDOR

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

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

2008 9

DENATRAN (R\$)

9C2KC08108R196931

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

7/2014



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
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO CUNHA, nº SLN,
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 Gomes da Costa.

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



CREMILSON SENA DA COSTA
Assinatura do Declarante

Vanderley Gomes 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

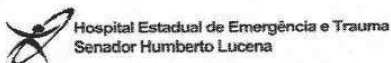
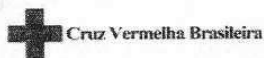
ALTA HOSPITALAR: 01/09/17
DATA DA EMISSÃO: 04/12/17


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



Spinal



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

Boletim de Atendimento: 1022229



Identificação do paciente						
ID 1202702	Nome VANDERLEY GOMES DA COSTA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 31/10/1996	Idade 20 anos 9 meses 21 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe LENILDA GOMES DE SOUZA	Pai ANTONIO JOSE NILDO DA COSTA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LENILDA GOMES DE SOUZA - MAE					
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 MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58278000	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro CAMPINAL			
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL				
Admissão						
Data e Hora 22/08/2017 09:10:12	Número da pulseira 1000005516734	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO						Tempo 29seg

Imprimir

22/08/2017 09:0

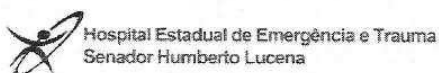
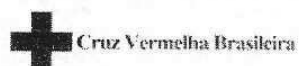


Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 00:37:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040800282906200000019813783

Número do documento: 19040800282906200000019813783

Num. 20368372 - Pág. 2



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente VANDERLEY GOMES DA COSTA	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 LENILDA GOMES DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 988804986
Endereço CAMPINAL, SN	Bairro ZONA RURAL	Município JACARAU	Prontuário
Acidente OUTROS	Motivo TRAUMA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	UF PB
Data/Hora Classificação 22/08/2017 09:10:12		Data/Hora Prescrição 22/08/2017 10:30:54	Nº Cons. Regional 10575/PB

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 CIRURGICO. (+ 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

CUIDADOS

SSVV + 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=Sperform=impri... 1/2

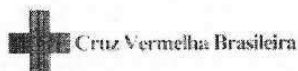
Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 00:37:49

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040800282906200000019813783

Número do documento: 19040800282906200000019813783

Num. 20368372 - Pág. 3





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente VANDERLEY GOMES DA COSTA	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 LENILDA GOMES DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 988804986
Endereço CAMPINAL, SN	Bairro ZONA RURAL	Município JACARAÚ	Prontuário 103821
Acidente OUTROS	Motivo TRAUMA	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	UF PB
Data/Hora Classificação 22/08/2017 09:10:12		Data/Hora Prescrição 26/08/2017 14:33:01	Nº Cons. Regional 8637/PB

Anamnese

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

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 (MGTSM)

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 FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 200,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTSM)

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 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

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

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 FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

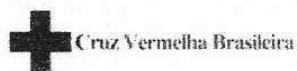
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

HGT 6/6HS

Dr. Luiz Juvêncio Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8637 PB

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?perform=imprimir&controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&id=90674&telaEvolucao=true



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 VANDERLEY GOMES DA COSTA	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 LENILDA GOMES DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 988804986
Endereço CAMPINAL, SN	Bairro ZONA RURAL	Município JACARAU	Prontuário
Acidente OUTROS	Motivo TRAUMA	Profissional ELIVALDO SALES DE TOLEDO	Nº Cons. Regional 1873/PB
Data/Hora Classificação 22/08/2017 09:10:12		Data/Hora Prescrição 22/08/2017 09:31:23	

Anamnese

PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTOCICLETA LEVANDO A CONTUSÃO NO BRAÇO ESQUERDO NEGA QUALQUER OUTRA QUEIXA. 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 S. Toledo
083.001.173

ELIVALDO SALES DE TOLEDO
(1873/PB)

VANDERLEY GOMES DA COSTA





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

Nome: Vanderley Gomes da Costa BE/Prontuário: 1022221
Idade: _____ Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 30/08/14
Clínica/Setor: Orto EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Osteossíntese de FX de corno E
Cirurgião: Fernando 1º Assistente: Roberto Almeida
2º Assistente: Eduardo R3 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Sacconi
Tipo de Anestesia: Bloqueio Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FX de corno de fêmur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RAFI</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 Nobrega Campos
ORTOMÉDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8798/CRM-PE 23308

João Pessoa, 30/08/14

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Vanildurey Gomes dos Costa

IDADE: 20 PRONTUÁRIO: 1022289 ENFERMARIA: Thom LEITO: 05

CIRURGI: Dr. Ch. F. M. Curcio

CIRURGIÃO: Yemidurey AUX: Roberto 2º AUX:

ANESTESIA: Leitequilo plano

ANESTESISTA: Socorro Boussor

INSTRUMENTADOR:

DATA: 30/08/18 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 10:40 FIM: 11:40 CIRURGI: INÍCIO: 10:50 FIM: 11:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA	<u>5. Ringer</u>	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	<u>3. Furox</u>	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	<u>2</u>
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	<u>2</u>
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓRFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		() ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES		() CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS		() CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16		() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() PPA INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

agulha A50 (4)

ex. 4,5 TME (plano, 7 furos)

para Cortical m. 26 (2)

para Cortical m. 28 (4)

Rosângela D. Ferreira

Téc. Enfermagem

COREN-PR 306656



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 30/08/17 PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Charbelley Gomes da Costa SEXO: M COR: P IDADE: 20a

PRESSÃO ARTERIAL 90/60 PULSO 90 RESPIRAÇÃO 12/min TEMPERATURA 36,5 PESO 60 GRUPO SANGÜINEO O+

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES OK

AP. RESPIRATÓRIO OK AP. CIRCULATÓRIO OK

AP. DIGESTIVO OK ESTADO MENTAL Consciente DROGAS EM USO -

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA - ESTADO FÍSICO (ASA) II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura Unco a Esp.

CIRURGIA REALIZADA Tratamento Cirúrgico de Fixação

CIRURGIÃO Dr. José Carlos AUXILIARES Dr. Roberto

INÍCIO DA ANESTESIA 10:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 11:40 DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h40

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - QUANT. DE CH. - VALORES R\$ -

ANESTESISTA Almeida + R CPF Almeida CRM-PB -

RESERVA

LIQUIDOS VENOSOS RA

PULSO OK

CÓDIGOS CIRURGIA OK

ANESTESIA OK

PARTERIAL SISTOLICA OK

DIASTOLICA OK

NOTAÇÕES

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☒ OUTROS ☐

TECNICA Bloqueio do plexo braquial a E + Sedação

LIQUIDOS Volume em ml:

GLICOSE 1000

NACL 1000

SANGUE 1000

RINGER 1000

TOTAL 1000

DESTINO DO PACIENTE

☐ APT* ☐ ENFERMARIA

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA

☒ OUTROS SRLA

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Almeida

F (NG) ASCIR.026-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- I DDH + Bloqueio
- II Anestesia + Ant-hipertensivo
- III Aplicação de campos elétricos
- IV Incisão longitudinal dorsal

Incisão:

- V Visualização por plano entre o Bregma e o trocânt. maior
- VI Visualização e isolamento do

Achados:

- nervo radial
- VIII Visualização de fratura do
- úmero

Conduta:

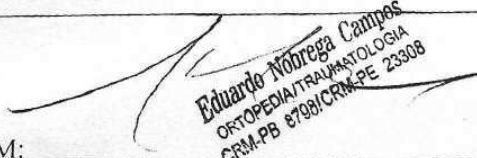
- IX Redução aberta de
- fratura
- X Osteossíntese com placa DCP e parafusos + 6 parafusos
- artroscópicos
- XI Fechamento por planos
- XII Curativos

Fechamento:

- XIII Piel

Observação:

Médico/CRM:


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

João Pessoa,

30/08/19



Laudo Médico/Resumo de Alta

Nome: <u>João Pessoa</u>		N de BE: <u>01/09/19</u>	
Idade: <u>22/09/19</u>	Sexo: <u>M</u>	Clínica: <u>01/09/19</u>	Enf.: <u>01/09/19</u>
Data de admissão: <u>01/09/19</u>		Tempo de Permanência: <u>01/09/19</u>	
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura exposta de humero</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>Fratura exposta de humero</u>			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Rx</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>PAFI - Dr. Tannstock</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Evolutione em 20/09/19</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Repouso:			
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 _____			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

Dr. Luiz Portela
Cirurgião Traumatologista
CRM 11185



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180502127**

Vítima: **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

Pag. 00171/00172 - carta_01 - INVALIDEZ

00020086





Seguradora
LÍDER
Administradora de Seguros DPVAT

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

[/Pages/Acessibilidade.aspx](#)

[/Pages/Atalhos-Indenizacao.aspx](#)

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)

[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)

[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)

[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encerrados após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT 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 entrada no 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	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/STp1____olyn+ljux4/FnAqPjgYgns185uN3F+C0dxboajpQQ4vroWDBA6oFR8wtKb+9YPH3fwAgyV/m6s/nVoDb1/79USVAh1FK8B5zh3jigVz9FWSLg1chmSqSUOLDqjG4bRDjSYrVG____Kholkk3CvN3?api_key=

BAIXE O APLICATIVO DO SEGURO DPVAT

Disponível na **App Store** (<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvt/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)

Disponível no **Google Play** (<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvt.plataforma.digital>)

ACOMPANHE O PROCESSO

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

Serviços

- [Acompanhe seu processo \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)
- [Consulte o resultado da sua indenização \(/Pages/Consultar-Resultado-da-Indenizacao.aspx\)](#)
- [Saiba Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](#)
- [Pontos de Atendimento \(/Pontos-de-Atendimento.aspx\)](#)
- [Como Pedir Indenização \(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao.aspx\)](#)

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 \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas-Frequentes.aspx\)](#)

Atendimento

- [Chat - Atendimento On-line \(/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line.aspx\)](#)
- [Dúvidas, Reclamações e Sugestões \(/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx\)](#)
- [Telefones de Contato \(/Contato/telefones-de-contato.aspx\)](#)
- [Ouvidoria \(/Contato/Ouvidoria.aspx\)](#)
- [Canal de Denúncias \(/Contato/canal-de-Denuncias.aspx\)](#)
- [Mapa do Site \(/Mapa-do-Site.aspx\)](#)
- [Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Baixar-aplicativo.aspx\)](#)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Usos.aspx\)](#)

08/04/2019 00:10



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 00:37:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040800291227300000019813787>

Número do documento: 19040800291227300000019813787

Num. 20368376 - Pág. 1

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

VANDERLEY GOMES DA COSTA, BRASILEIRO,
SOLTEIRO, APOSENTADO, DEVIDAMENTE INSCRITO
NO CPF Nº 082.058.104-60, RESIDENTE
E DOMICILIADO AO SÍTIO CAMPINAL, S/N, ÁREA
RURAL, 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:

Amplios 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 Cíveis, 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 nº 0800189-75.2019.8.15.1071

Vistos, etc.

DEFIRO a gratuidade 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

