

epidemiol

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26



DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190316608 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE FALANGE DISTAL DO 3º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190316608 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE FALANGE DISTAL DO 3º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190316608

Vítima: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190316608

Vítima: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 056.243.074-11 Nome completo da vítima: José messias felix de melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: José messias felix de melo CPF: 056.243.074-11
Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Propetia Número: 51/nº Complemento: _____
Bairro: centro Cidade: mamonquape Estado: PB CEP: 58.280-000
E-mail: ccf.adois@gmail.com Tel.(DDD): 93-98849-5530

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Br 3xozil
AGÊNCIA: 0944 ☒ CONTA: 28607 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Mamonquape - PB, 09 de maio de 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José messias felix de melo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Adriano Luiz de Queiroz
Assinatura do Procurador (se houver)
Leutimio Neto

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: COMPREV
CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 MAIO 2019
2ª | Nome: PROTÓCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 102/2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

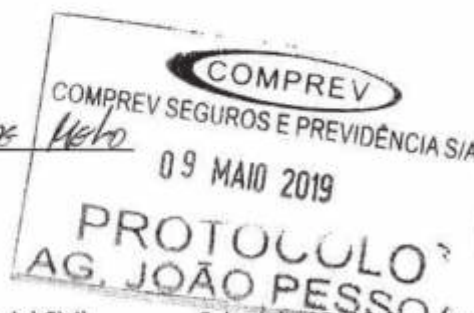
CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO

COMUNICANTE: JOSÉ MESSIAS FÉLIX DE MELO **ESTADO CIVIL:** CASADO **NATURALIDADE:** MAMANGUAPE-PB
PROFISSÃO: MOTORISTA **DATA DE NASCIMENTO:** 09/06/1984 **IDADE:** 34 ANOS **RG:** 2.989.983 SSP/PB **CPF:** 056.243.074-11 **FILIAÇÃO:** MANOEL HONORATO DE MELO E ANTONIA SANTINO FELIX **ENDEREÇO:** RUA PROJETADA, S/Nº, VISTA BELA I, CENTRO, MAMANGUAPE-PB. **TELEFONE:** 83-99127-7290 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO MÉDIO COMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 01/07/2018 **LOCAL DO FATO:** RODOVIA BR 101 - CAPIM-PB.

NARRATIVA: JOSÉ MESSIAS FÉLIX DE MELO AFIRMA QUE NO DIA 01/07/2018 POR VOLTA DAS 18:30H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/POP 100, CHASSI Nº. PC2HBO210AR110692, DE PLACA NQD-7927/PB DE COR PRETA, DE PROPRIEDADE DA SRA MARIA DE FÁTIMA FERREIRA DE FARIAS, PELA RODOVIA BR 101, NAS PROXIMIDADES DA CIDADE DE CAPIM-PB, FOI SURPREENDIDO POR UMA CRATERA QUE HAVIA NA PISTA, SEM CONSEGUIR FREIAR A TEMPO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO A CAIR DENTRO DELA, TENDO SIDO SOCORRIDO AO HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE-PB E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 23:02H E SIDO DIAGNOSTICADO COM DIVERSAS LESÕES, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA. POR ESTE MOTIVO NOTICIU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

COMUNICANTE:

José Messias Félix de Melo



Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 16 de novembro de 2018

Vanildo
Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 056.243.074-11 Nome completo da vítima: José messias felix de melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: José messias felix de melo CPF: 056.243.074-11
Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Propetora Número: 51/nº Complemento: _____
Bairro: centro Cidade: mamonquape Estado: PB CEP: 58.280-000
E-mail: ccf.adois@gmail.com Tel.(DDD): 93-98849-5530

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Br 3xozil
AGÊNCIA: 0944 ☒ CONTA: 28607 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Mamonquape - PB, 09 de maio de 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José messias felix de melo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Adriano Luiz de Queiroz
Assinatura do Procurador (se houver)
Leutínio Neto

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: COMPREV
CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 MAIO 2019
2ª | Nome: PROTÓCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ASSISTENCIAIS

Endereço: RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn, PB 057, MAMANGUAPE - PB, 58280000

Tel: 32929050

CNES: 7666772

Paciente JOSE MESSIAS FELIX DE MELO	BAE 278117	Data/Hora Entrada 01/07/2018 19:02:20	Data Baixa
Data de nascimento 09/06/1984	Idade 34a 22d	Sexo Masculino	CNS 707107351544620
Mãe ANTONIA SANTINO FELIX			Telefone de Contato (83) 991277290
Endereço PROJETADA, SN	Bairro PLANALTO	Município MAMANGUAPE	Prontuário
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA	UF PB
Data/Hora Classificação 01/07/2018 19:09:52		Data/Hora Prescrição 01/07/2018 19:53:59	Nº Cons. Regional 11253/PB

Anamnese

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO E DOR + EDEMA NA REG. DA CLAVÍCULA ESQUERDA,
CONCIENTE ORIENTADO

Exame Físico

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO E DOR + EDEMA NA REG. DA CLAVÍCULA ESQUERDA,
CONCIENTE ORIENTADO

CID10

Código	Descrição
Z00.0	Exame médico geral

Conduta

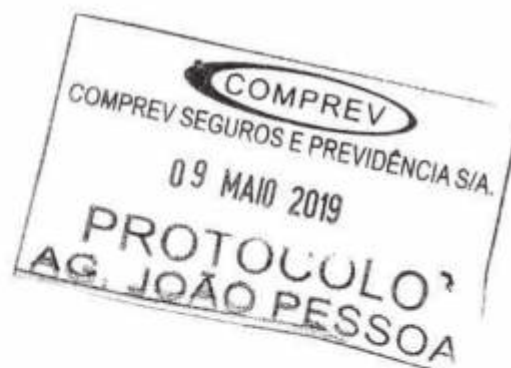
Em observação

Dr. Marcos Machado de Lima
CRM-PB 11253
MÉDICO

JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA
(CRM: 11253/PB)

Tensão, 20mg + 100ml 3% EV + 20cc



CAIXA

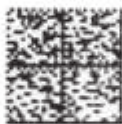
A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL7

DATA DE POSTAGEM: 05/04/2019

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



92113855



7211307021341714802123572530050419

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Oliveira Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Messias Félix de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.243.074 / 11 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima José Messias Félix de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

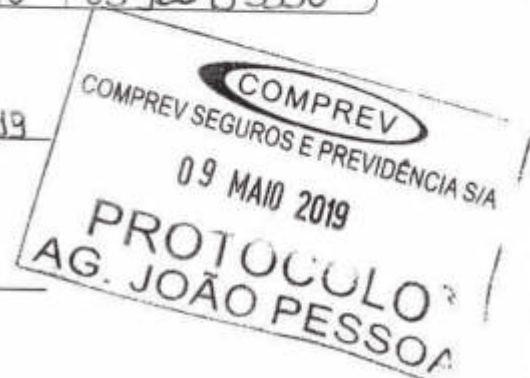
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Avenida Lacerda</u>		Número	<u>172</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	CEP
Email	<u>ccf.odv@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1910</u>	
			Telefone celular (DDD)	<u>83-98849 5530</u>	

João Pessoa - PB 09 de maio de 2019
Local e Data

Adailson Luiz de Oliveira Brito
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria de Fatima Ferreira de Farias,
RG nº 298 5883, data de expedição 27 / 02 / 2002,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 061.079.934-79,
com Domicilio na cidade de Mamanguape, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Praxitoda,
Vila Bela I nº 51m, cómpimento, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
José mission Felix de melo, cujo o condutor
era José mission Felix de melo.

Veículo.....: motocicleta
Ano.....: 2010
Modelo.....: Honda / 150P 100
Placa.....: NDD 79 27 / PB
Chassi.....: 9C24B0210 AR 110692
Data do acidente.: 01 de Julho de 2018

Local e data: Mamanguape - PB 08 de Maio de 2019

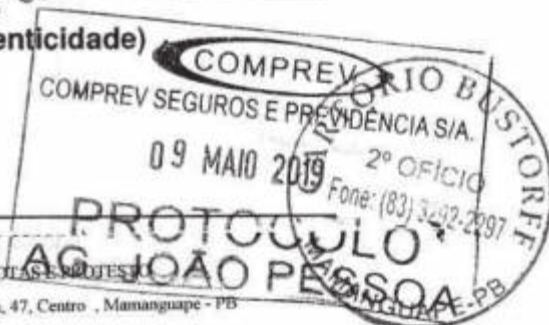
X Maria de Fatima Ferreira de Farias
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do CONDI (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
MARIA DE FATIMA FERREIRA DE FARIAS
Dou fe. Mamanguape/PB - 08/05/2019
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Selo Digital AIO71123-ESCU
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol R\$ 9,81 Forpén R\$ 0,29 MP R\$ 0,15 Fepj R\$ 2,38

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Escrevente Autorizado





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE MESSIAS FELIX DE MELO
DATA DE NASCIMENTO	09/06/84
NOME DA MÃE	ANTONIA SANTINO FELIX

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.091.883
DATA DO ATENDIMENTO	01/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	23:02
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA + FRATURA DE FALANGE DISTAL DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
CID 10	S42.0 + S62.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor no torax, escoriações, refere dor com limitação de movimentos nos ombros e na mão esquerda. Presença de fratura de clavícula esquerda. Fratura de falange distal de 3º quirodáctilo esquerdo.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de face
RX de mão esquerda
RX de ombro direito
TC de torax
RX de torax
RX de ombro esquerdo.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula esquerda
Fratura de falange distal do 3º quirodáctilo esquerdo.

TRATAMENTO:

Imobilização das fraturas. Orientado retorno para o HTOP.

ALTA HOSPITALAR: 02/07/18
DATA DA EMISSÃO: 29/03/19

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 MAIO 2019
PROT. 1010
AG. JOÃO PESSOA
Dr. José de Almeida Braga
CRM 2329/PB

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



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

Boletim de Atendimento: 1091883



Identificação do paciente

ID 1302837	Nome JOSE MESSIAS FELIX DE MELO	Sexo Masculino
Data de nascimento 09/06/1984	Idade 34 anos 22 dias	Estado civil
Mãe ANTONIA SANTINO FELIX	Pai MANOEL HONORATO DE MELO	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARICELIA MELO DA SILVA - IRMAO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991277290	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2989983	Fone Fixo
Local de procedência	Nº Cms 707107351544620	
Email	Naturalidade SAPE	Tipo
		UF
		CBOR

Endereço

CEP 58280000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro ROSA DE LIMA NAVARRO
Número 60	Complemento	Bairro CAMPO	

Admissão

Data e Hora 01/07/2018 23:02:43	Número da pulseira 100004802029	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte 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 YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA	Tempo 02min 18seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Santidade Humberto L. Joens



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	JOSE MESSIAS FELIX DE MELO	SAE	1091883	Data/Hora Entrada	01/07/2018 23:02:43	Data Baixa	
Data de nascimento	09/06/1984	Idade	34a 23d	Sexo	Masculino	CNS	707107351544620
Nome	ANTONIA SANTINO FELIX	Telefone de Contato	(93) 991277290	Frontuário			
Endereço	ROSA DE LIMA NAVARRO, 80	Bairro	CAMPO	Município	MAMANGUAPE	UF	PB
Procedimento	QUEDA / OUTROS	Diagnóstico	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	MONIZE SPAZZAPAN MARTINS	Nº Cons. Regional	11490/PB
Data/Hora Classificação	01/07/2018 23:02:43	Data/Hora Prescrição	02/07/2018 00:47:20				

Anamnese

Paciente com história de queda de moto referindo dor em região do tórax, com escoriações em ambos os ombros e mão esquerda. mmli. Neurovascular preservado.
Nega alergia a medicamentos.
TC de tórax sem alterações aparentes.
solu solicitado avaliação da sucrose nasio
analgesia
tetanogamma
solu to dos seios da face
alia da cirurgia geral

MEDICAÇÃO

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGSM)

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARTOER BUCOMAXIL

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

CID10

Código	Descrição
S00.2	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

Dra. Monize Spazzapan Martins

Médico Residente - Cirurgia Geral

CRM-PB 11490

JOSE MESSIAS FELIX DE MELO
Informação registrada em 01/07/2018 23:04:56

MONIZE SPAZZAPAN MARTINS
(CRM: 11490/PB)



Hospital de Referência em Trauma e Ortopedia
Estado da Paraíba - João Pessoa

GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458278

Paciente	SAE	Data/Hora Entrada	Faixa Branca
JOSE MESSIAS FELIX DE MELO	1091983	01/07/2018 23:02:43	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
09/05/1984	34a 23d	Masculino	707197351544620
Mãe			Telefone de Contato
ANTONIA SANTINO FELIX			(83) 991277290
Endereço	Bairro	Município	UF
ROSA DE LIMA NAVARRO, 50	CAMPO	MAMANGUAPE	PB
Atividade	Atividade	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	IGOR QUEIROZ CAVALCANTE	7733/
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
01/07/2018 23:02:43		02/07/2018 04:47:54	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA NO OMBRO E APÓS QUEDA DE MOTO HA HORAS.

RX COM FRATURA DE CLAVICULA
FRATURA DE FALANGE DISTAL DO 3 ODT E

CC. PINES ORIENTAÇÕES, CARTÃO DE RETORNO PARA HTOR, TIPOIA. ALTA DA ORTOPEDIA.

Medicação

DICLOFENACO 50.00 75MG/ML INJETÁVEL/AMPOLA 3ML. ADMINISTRAR 3.0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA

Conduta

Em observação

Igor Queiroz Cavalcante
Médico
(CRM - PB 7733) CRM - PE 19463

JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

IGOR QUEIROZ CAVALCANTE
(CRM: 7733)

POSTO I A

Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454546

Paciente JOSE MESSIAS FELIX DE MELO	BAE 1091883	Data/Hora Entrada 01/07/2018 23:02:43	Data Baixa
Data de nascimento 09/06/1984	Idade 34a 23d	Sexo Masculino	CNS 707107351544620
Mãe ANTONIA SANTINO FELIX			Telefone de Contato (83) 991277290
Endereço ROSA DE LIMA NAVARRO, 60	Bairro CAMPO	Município MAMANGUAPE	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA	UF PB
Data/Hora Classificação 01/07/2018 23:02:43		Nº Cons. Regional 6229/PB	
		Data/Hora Prescrição 02/07/2018 02:12:57	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 10 HORAS COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE EM OMBROS E MÃO ESQUERDA
RADIOGRAFIAS SOLICITADAS MAS NÃO REALIZADAS
SOLICITO REALIZAR RADIOGRAFIAS SOLICITADAS
PACIENTE SOLICITA ANALGESIA ANTERIOR

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

Conduta

Em observação

JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA
(6229/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOSE MESSIAS FELIX DE MELO		BAE 1091883	Data/Hora Entrada 01/07/2018 23:02:43	Data Baixa 2018-07-02 05:20:05.0
Data de nascimento 09/06/1984	Idade 34a 23d	Sexo Masculino	CNS 707107351544620	Telefone de Contato (83) 991277290
Mãe ANTONIA SANTINO FELIX				Prontuário
Endereço ROSA DE LIMA NAVARRO, 60		Bairro CAMPO	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MONIZE SPAZZAPAN MARTINS		Nº Cons. Regional 11490/PB
Data/Hora Classificação 01/07/2018 23:02:43			Data/Hora Prescrição 02/07/2018 05:20:08	

Anamnese

Paciente com história de queda de moto referindo dor em região do tórax, com escoriações em ambos os ombros e mão esquerda, mmii. Neurovascular preservado.

Nega alergia a medicamentos.

TC de tórax: sem alterações aparentes.

cd: alta hospitalar.

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
MONIZE SPAZZAPAN MARTINS

Data e Hora
02/07/2018 05:20:05

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Observações

*Dra. Monize Spazzapan Martins
Médica Residente - Ortopedia e Trauma
02/07/2018 05:20*

JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

MONIZE SPAZZAPAN MARTINS
(CRM: 11490/PB)



Com. Verônica Bastos



Unidade Estadual de Emergência e Trauma
Secretaria de Saúde



GOVERNO
DA PARAÍBA

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome JOSE MESSIAS FELIX DE MELO	
Data de 09/06/1984	Nº Boletim Emergência 1091883
Prontuário	
Material a examinar	
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA (ap/obliqua) RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES) (ap/perfil escapular/perfil axilar) TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (Região esternoclavicular) RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA) RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)	

RAIOS-X	
TIPO ...	8X
DATA ...	02/07/18
HORA ...	08h
NOME TÊC. RAD:	
ASS.:	

01 de Julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

080



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 02/07/18 02:12		Usuário: HEISENBERG		Boletim 1091883									
Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº		Nº Prontuário		Data Prescrição	
JOSE MESSIAS FELIX DE MELO		09/06/1984		34 a 23d		MASCULINO		1091883		02/07/2018 02:12:57			
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito											
Convenio												Validade da Prescrição	
SUS												02/07/2018 02:12:00 - 03/07/2018 02:12:00	
						Matricula						Senha	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Agrazamento
1 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML			E.V.	AGORA	

02 de Julho de 2018

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE
CRM: 6229

Assinatura e Carimbo do Profissional

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data	02/07/18 00:47
Usuário	MONIZA
Senha	1091883

Nome do Paciente	JOSE MELO MARTINS DE MELO	Nº	1091883	Data Prescrição	02/07/2018 00:47:20
Endereço	Endereço	Validade da Prescrição	10/07/2018 00:47:20		
Convênio	SUS	Medicamento	Sentido		

Nome do medicamento	Dose	U.R.	Orientação de Uso	Mín de	Valor, Int.	Pós	Aproximante
1 TETAMOGAMMA	1.0	III		INTRAVENOSCL			AGORA
2 DIPLOMATA 300 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		IV			6/8H
3 GETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		EV			12/12H
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						

Dr. Monize Spazzapan Martins
 Médico Residente - Clínica
 CRM-PB 11490

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831409931

Data Nasc: 09/06/1984 - 34 anos

Paciente: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Data Exame: 02/07/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Material com densidade de partes moles no seio maxilar esquerdo sugestivo de secreção.
Desvio sinuoso do septo nasal.
Conchas nasais com morfologia e dimensões normais.
Estruturas ósseas conservadas.
Cavidades orbitárias sem alterações.
Fossas pterigopalatinas livres.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 02/07/2018 09:32.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831409573

Data Nasc: 09/06/1984 - 34 anos

Paciente: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Data Exame: 01/07/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar complementado com técnica de alta resolução.

Análise:

Mínimo pneumotórax à esquerda.

Fratura do corpo e colo da escápula esquerda, sem comunicação com a articulação, com leve diástase dos fragmentos.

Fratura do terço medial da clavícula esquerda.

Fratura da primeira articulação costochondral à esquerda.

Fratura do processo espinhoso de D1.

Consolidação no segmento o posterior do Lobo inferior do pulmão esquerdo podendo corresponder a hemotórax.

Traquéia, carina e brônquios principais com situação, calibre e contornos normais.

Veia cava superior, veia cava inferior, aorta e tronco da pulmonar com situação, dimensões e contornos normais.

Coração com situação, morfologia e contornos normais.

Ausência de sinais de linfonodomegalia mediastinal ou peri-hilar.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 02/07/2018 11:39.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB

DIVISÃO MÉDICA
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS
PACIENTE: José Messias Felix de Melo
DATA DE NASCIMENTO: 09/06/1984
NOME DA MÃE: Antonia Santino Felix

DADOS EXTRAÍDOS
BAE Nº: 278.117
DATA DE ENTRADA: 01/07/2018
HORA DO ATENDIMENTO: 19:02h
DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

AValiação INICIAL: Paciente vítima de acidente de trânsito, apresenta escoriações pelo corpo e dor, edema na região da clavícula esquerda.

Ao Exame: Consciente e orientado.

CONDUTA: Realizado medicação e Raio X de Clavícula esquerda (Ântero-posterior).

REAValiação: Exame reporta fratura em clavícula esquerda. Solicitado avaliação Ortopédica. Paciente é encaminhado para conduta especializada em hospital de referência.

MEDICAÇÕES: Tramal.

OBSERVAÇÃO: Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo médico (a)(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSÃO: 29/08/2018

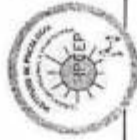
Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico
Hospital Geral de Mamanguape

Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico
HGM

Atenção: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO E CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE



GOVERNO
DA PARAIBA

HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE



Receituário

Paciente: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Data: 01/07/2018 19:52:36 Sexo Masculino CPF: 05624307411

Idade 34

BAE: 278117

1- RX CLAVÍCULA ESQUERDA
AP

Dr. Marcos Machado de Lima
CRM-PB 11253
MÉDICO

Dr. LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA
11253/PB

HGM - Hospital Geral de Mamanguape
Rua Walfrido de Almeida e Silva
CNES: 7666772 - Tel.: (83)3292-9050

Receituário

Paciente: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Data: 01/07/2018 19:52:36 Sexo Masculino CPF: 05624307411

Idade 34

BAE: 278117

1- RX CLAVÍCULA ESQUERDA
AP

Dr. LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA
11253/PB

HGM - Hospital Geral de Mamanguape
Rua Walfrido de Almeida e Silva
CNES: 7666772 - Tel.: (83)3292-9050



GOVERNO
DA PARAÍBA

Cirurgia
HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE



Receituário

Paciente: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Idade 34

Data: 01/07/2018 21:20:34

Sexo Masculino

CPF: 05624307411

BAE: 278117

ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHO PCT ACIMA COM QUADRO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA APÓS QUEDA DE MOTO PARA AVALIAÇÃO E CONDITA DA ORTOPEDIA.

Dr.º Archa

r. Marcus machado de Lima
CRM-PB 11253
MÉDICO

Dr. LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA
11253/PB

HGM - Hospital Geral de Mamanguape
Rua Walfrido de Almeida e Silva
CNES: 7666772 - Tel.: (83)3292-9050

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P.O.



João Messias Felix de Azeite

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.989.983 2ª Via DATA DE EXPEDIÇÃO 4 MAI 2008

NOME JOSÉ MESSIAS FÉLIX DE MELO

FILIAÇÃO Manoel Honorato de Melo

Antonia Santino Félix

Mamanguape-PB

09.06.1984

DATA DE NASCIMENTO

NATURALIDADE

Cart. Nasc. 16.24.2008 N.º 267. Liv. 19-A.

DOC ORIGEM

Cart. Sapé-PB

CPF 056249074-12

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 MAIO 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Categoria: Contribuinte de Pessoa Física

Número do CPF

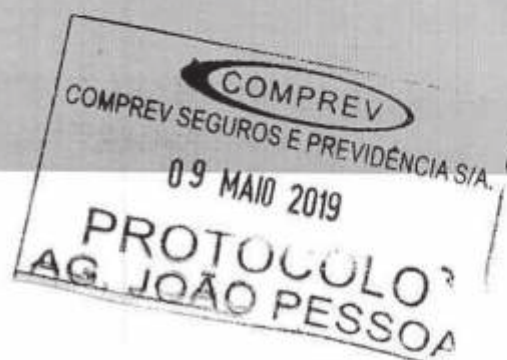
056.243.074-11

Nome

JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Nascimento

09/06/1984



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)



ASSINATURA DO PORTUGUÊS

ASSINATURA: Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto

COAB

OBSERVAÇÕES



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO 22742

NOME
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FILIAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
3.148.027 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

CPF
007.854.384-99

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDO
NÃO

EXPERIÊNCIA EM
01 07/05/2016

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 MAIO 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA