

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

715 759 004 - 24

Nome completo da vítima

Sailton Amancio da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Sailton Amancio da Silva	CPF titular da conta 715759004-24	Profissão Desistente
Endereço Rua do Campo	Numero 39	Complemento
Bairro Centro	Cidade Belém	Estado Pará
Email	CEP 58255000	Telefone (DDD) 8399915497

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 checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	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 type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0038 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 520810 D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 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.

João Pessoa, 12 de dezembro de 2017
Local e Data

Sailton Amancio da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Luciane Franco do Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0617 - MINISTRO JOSE AMERI

DATA: 05/12/2017

HORA: 12:22:28

TERMINAL: 1004

NSU: 000669

AUT.: 0048

COMPROVANTE DL DEPOSITO

NUM.DOC.: 000617

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0038/013/00.052.081-0

NOME: JAILTON AMANCIO DA SILVA

DEPOSITANTE:

O M

VALOR TOTAL: 1,00

VALOR DINHEIRO: 1,00

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jaílton Amareiro da Silva,

RG nº 003877524, data de expedição 28/08/17, Órgão SSP/PB

CPF nº 715759004-24, 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>Rua do Campo.</u>
Número	<u>nº 39</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Belém - PB</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58255000</u>
Telefone de Contato	<u>99215 4097</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa 28-08-2017

Assinatura do Declarante: Jaílton Amareiro da Silva
· Jaílton Amareiro da Silva



VIVIANE FRANCO DA SILVA
RUA DO CAMPO, 39 - CENTRO
BELEM / PB CEP: 58265000 (AG: 22)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 11 - 58 - 847 - 4807
Nº medidor: 00001391518

Referência: Fev/2017
Emissão: 15/02/2017

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 220, Km 26 - Crla Redenlor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.056.163/0001-40 - Insc Est 16.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000854 427
Código para Débito Automático: 00013281218

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1326721-6

Fez/2017

Apresentação

15/02/2017

Data prevista da próxima leitura

20/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

8855535488

Insc. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
18/01/17	5182	15/02/17	5221	1
				59
				28

Faturas em atraso

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	59	0,44028	26,97
ICMS			9,42
PIS			0,41
COFINS			1,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 01/2017			0,19
MULTA 01/2017			0,94
COMPENSAÇÃO POR INDICADOR - DIC 12/2018			-0,97
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2017			0,05

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/17 74
Dez/16 68
Nov/16 76
Out/16 84
Set/16 88
Ago/16 63
Jul/16 69
Jun/16 68
Mai/16 59
Abr/16 81
Mar/16 55
Fev/16 81

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	37,89	25,00	9,42
PIS	37,89	1,0858	0,41
COFINS	37,89	5,0388	1,89

VENCIMENTO
22/02/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 37,90

Média dos últimos meses
83

IDENTIFICADOR FISCAL

71e1.0fef.1cb8.db5a.0912.d97a.9a67.9946

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,87	
DIC TRIMESTRAL	11,34	
DIC ANUAL	22,89	
FIC MENSAL	3,42	
FIC TRIMESTRAL	8,66	
FIC ANUAL	13,70	
DMIC	3,29	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PB		
Custo de Energia		
Serviço de Transmissão		
Encargos Setoriais		
Impostos Diretos e Encargos		
Outros Serviços		
Total		





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01500.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01500.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 23 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Viviane Franco da Silva**, CPF nº 086.555.354-86, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Manicure, filho(a) de Maria Francisca de Santana Franco e Marinelson Franco da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/12/1981 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta, Nº 39, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Presídio, na cidade de Belém/PB, telefone(s) para contato (83) 99915-4097.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Estadual Próximo a Marcos da Verdura, Outros, Belém/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 15/02/17 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE SEU FILHO MENOR JAILTON AMANCIO DA SILVA CPF Nº 715.759.004-24, VINHA DE GARUPA NA MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR LARANJA, ANO 2012, DE PLACA OGC-7880-PB, CHASSI Nº 9C2KD0550CR028176, EM NOME DE JAILSON AMANCIO DA SILVA, E CONDUZIDA PELO MESMO QUANDO FOI COLIDIDO POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UNIDADE DA CIDADE GUARABIRA - PB, E EM SEGUIDA SENDO CONDUZIDO PELO UTI MOVEL PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM PB 3920, DATADO DE 14/08/2017.

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

João Pessoa/PB, 23 de agosto de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


VIVIANE FRANCO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01500.01.2017.1.00.420



192

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 - BELÉM - PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e a quem de interesse for que, *Jailton Amancio da Silva, 16 anos*, foi atendido pelo SAMU - Belém no dia 15/02/2017 às 20:09h na Rua Feliciano Pedrosa, devido a um acidente com moto, abordado em decúbito lateral sem capacete, escoriações na face, apresentou epistaxe e feito desobstrução nasal, imobilização em prancha rígida e em membro inferior direito, acesso venoso periférico, oxigênio sob máscara de reservatório, o mesmo apresentou crise convulsiva a equipe realizou avaliação e solicitou a Unidade de Suporte Avançado - USA de Guaraúra devido a quadro grave da vítima. Foi feita interceptação e o paciente ficou nos cuidados da USA de Guaraúra.

Segue em anexo a cópia da ficha de atendimento.

Atenciosamente

Jocyara Maria Soares de Freitas
Coordenadora do SAMU
COREN 290.705

Belém, 24 de agosto de 2017

Base Descentralizada do SAMU Belém
Rua Feliciano Pedrosa S/N - Centro - Belém CEP: 58255-000
Contato : (83) 3261-1205





PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USR

ATENDIMENTO DE TRAUMA

DATA 05.02.18	HORA 20:00	Nº OCOR./ PROTOCOLO 1604041	PACIENTE/USUÁRIO Fullton Francisco da Silva	IDADE 1	SEXO: M () F ()
LOCAL DA OCORRÊNCIA Rua Feliciano Pedrosa		Bairro Centro	MÉDICO REGULADOR Dr. Jesuísia		
APOIO LOCAL: () PM () RESGATE/BOMBEIROS () PRF () CPTRAN () OUTRO:					
CINEMÁTICA: () ACIDENTE C AUTOMÓVEL () CAPOTAMENTO () COLISÃO - () FRONTAL () LATERAL () TRASEIRA /USO DE CINTO DE SEG. - () SIM () NÃO () IGRN AIR BAG - () SIM () NÃO / 204 ACIDENTE COM MOTO - USO DE CAPACETE () SIM () NÃO / NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL 03 / () QUEDA - ALT. APROX. ____ / () FAB () FAF () JEP () JET () EMPALA () AGRESSÃO FIS. () ESPANCAMENTO () QUEIMADURA: AGENTE - () AFOGAMENTO () OUTRO					
VÍTIMA ENCONTRADA: () DENTRO DO VEÍCULO () FORA DO VEÍCULO () PROJETADA () ENCARCERADA () DECÚBITO LATERAL () DORSAL () VENTRAL () SENTADO () DEAMBULANDO () SOCORRIDA POR TERCEIROS () CAPACETE RETIRADO POR TERCEIROS					

EXAME FÍSICO		ESTADO INICIAL	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE
A	V	() LIVRE () OBSTRUÇÃO PARCIAL () OBSTRUÇÃO TOTAL () CORPO ESTRANHO () BRONCOASPIRAÇÃO () EDEMA DE GLOTE	INSTÁVEL	GRAVE	MODERADO	LEVE
B	R	() NORMAL () BRADIPNEIA () TAQUIPNEIA () APNEIA () DISPNEIA () RESP. RUIDOSA () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA / VENTILAÇÃO: () ESPONT. () VENT. ASSIST AUSC. PULM: () MV () JRA - () CREPTOS () SIBILOS () RONCOS MV DIMINUI. A () AUSÊNCIA DE MV A () EXPANSIBILIDADE () BILATERAL () IRREG () ÊNFISEMA SUBCUTÂNEO () DESVIO DE TRAQUEIA				
C	C	PULSO: () BILATERAL () CHEIO () FILIFORME () AUSENTE () REG () IRREGU PELE: () PALIDO () ACORADA () ÚMIDA () SECA () FRIA () QUENTE () PEGAGOSA () SUDOREICO () CIANÓTICO PERFUSÃO: ENCH. CAP: () > 2S () < 2S () HEMORRAGIA: () TURG. JUGULAR () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO () TAQUICÁRDICO () NORMOTENSO () HIPOTENSO () HIPERTENSO () PCR () CHOQUE				
N		() CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTADO () HAL. ETÍLICO () AGITADO () SONOLENTO () OBNUBILAÇÃO () INCONSCIENTE	PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
E		ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA 4 A VOZ 3 A DOR 1 NENHUMA 1	O ₂ : 15 l/min () CAT. NASAL () VM () JML () JCT () CAN. OROF. () ASPIRAÇÃO DE VVAA () ELÉVAÇÃO DE DECÚB. () SNG () SVD CURATIVO: () COMPR () SIMPLES () TORNQUETE () IRRIG. OCUL () IMOBILIZAÇÃO: TALAS DE EXTRE - LOCAL: MID () KED () PRANCHA RÍGIDA () COLAR CERV - TAM: PP () ESTABI. LAT. DE CABE () TRAÇÃO DE FÊMUR () IMOB. DE OBJ. IMPALA () RETIR. RÁDIDA AVP ABOCATH Nº 18 LOCAL: MBE OUTROS:			
E		LESÕES ESCO CONTU LUXA FRATU AMPU LACER EDEM HEMA	TERAPÊUTICA APLICADA			
ABDO		() NORMOTERMIA () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO - LOCAL:	MEDICAÇÕES/ SOLUÇÕES			
		CAB PESC TANT TPOS PERI MSD MSE MID MIE	DOSE/ VOLUME			
		I II III	VIA DE ADM			
			HORÁRIO			

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS:	ANTECEDENTES FAMILIARES:
MEDICAMENTOS EM USO:	
QUEIXAS: () DOR MID () PARESTESIA () PLEGIA () PARESIA () OUTRAS:	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: () PADRÃO RESP. INEFICAZ () RISC. PARA ASPIRAÇÃO () VOLUME DE LÍQU. DEFICIENTE () RISC. PARA FUNC. RESP. ALT. () PERF. TISSULAR INEF. PERIFÉRICA () PERF. TISSULAR INEF. CEREBRAL () PERF. TISSULAR INEF. GI () RISC. P VOL. DE LÍQU. DEFIC () PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA () RISC. P DISFUN. NEUROVASCULAR PERI. () DOR AGUDA () CONFUSÃO AGUDA () RISC. P TEMP. CORPO. DESEQUIL () INTEGRIDADE DA PELE PREJU. () INTEGRIDADE TISSULAR PREJU. () IMOBILIDADE FÍSICA PREJU. () RISCO P TRAUMA () RISCO P INFEC. () RISCO DE CHOQUE () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () RISC. DE DHE () NÁUSEA () ANSIEDADE () MEDO OUTROS:	

RELACIONADO A: Relato dado ao trauma

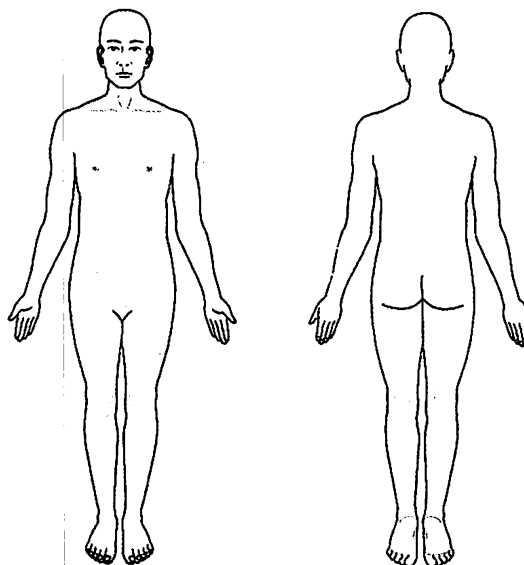
IMPLEMENTAÇÃO DA ASSIST./EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Feito limpeza das ferimentos desobstrução nasal, imobilização de cervical, e MID, ofertado O₂, AVP e conduzido ao Hospital sendo feito interceptação com a UPA de Guarabira



RESUMO DE IDENTIFICAÇÃO DE LOCAL DA LESÃO

Lesões Apresentadas:

- o Contusão: crânio
- o Corte: couro cabeludo
- o Dor Muscular: _____
- o Edema: periorbital
- o Entorse: _____
- o Equimose: _____
- o Escoriação: _____
- o Fratura: MIO
- o Hematoma: _____
- o Ruptura Muscular: _____
- o Suspeita de Fratura: _____
- Outro(s): _____



LOCAL DE DESTINO: USA - GUARABUÁ RESPONSÁVEL: Dr. Augusto Dos Anjos GRM: PR-5044
 EQUIPE: Enfermeiro Edinaldo COREN: 251243 TEC. ENFER: Silvan COREN: 251243 CONDUTOR: Silvan

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU/BELÉM - PB, NESTA OPORTUNIDADE:
 ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ TESTEMUNHA 02: _____

PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: _____
 NOME DO RECEPTOR: _____ FUNÇÃO: _____
 ASSINATURA DO RECEPTOR: _____

MATERIAL DESCARTÁVEL UTILIZADO

QUANT.		QUANT.		QUANT.
Agulha <u>X</u>	Jelco nº		Sonda Vesical de Aívio	
Atadura de crepon _____ cm	Luva Estéril		Sonda Vesical de Demora	
Cateter tipo óculos	Luva de Procedimento		Outros:	
Compressa Cirúrgica	Máscara Descartável			
Equipo Macrogotas	Saco Coletor			
Equipo Microgotas	Scalp Nº			
Fita de Glicemia	Seringa Nº			
Gaze estéril (pacote)	Sonda de Aspiração Nº			



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221294 ou 0800 0221295 (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

Galton Amâncio da Silva

CPF da Vítima

715759 004-24

Data do Acidente

15.02.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Viviane Franco da Silva

CPF do Representante Legal

086 555 354 86

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.

Galton Amâncio da Silva 12 de dezembro de 2017

Local e Data

Galton Amâncio da Silva

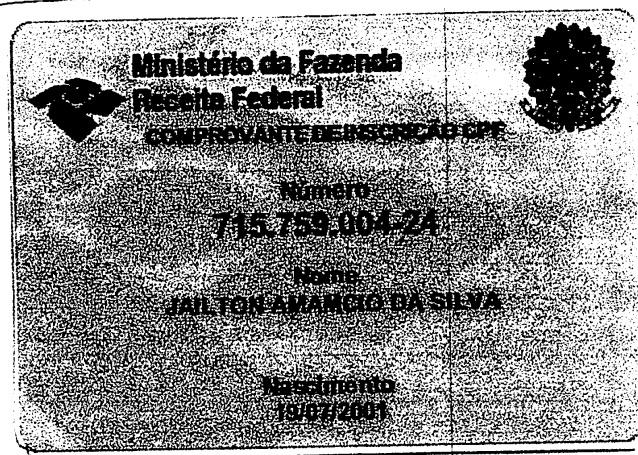
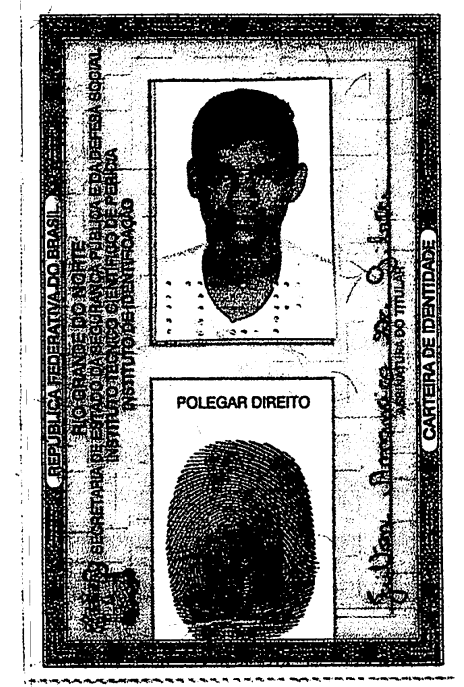
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Viviane Franco da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jailson Amancio da Silva,
RG nº 123015757, data de expedição 24 / 4 / 17,
Órgão SSP, portador do CPF nº 099 110 834 54, com
domicílio na cidade de Belém, no Estado de
PA, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projétil, nº 39,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima Jailson Amancio da Silva, cujo o condutor era
_____.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda NXR 150
Ano: 2012
Placa: 06C7880
Chassi: 9C2KD055ACR028176
Data do Acidente: 15. 2. 17
Local e Data: José Pomer, 12/12/17



Jailson Amancio da Silva
(Assinatura do Declarante)

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



SERVIÇO NOT. E REG. M.ª GUEDES A. CARVALHO
Rua SOLON DE LUCENA, 182, CENTRO, Belém - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

JAILSON AMANCIO DA SILVA

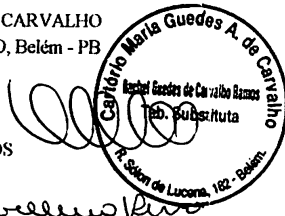
Dou fé. Belém/PB - 13/09/2017

Substituta: RACHEL GUEDES DE CARVALHO RAMOS

Selo Digital: AFQ96845-64WB

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Para RS, 23 de Jan. 2017, 15:02:00, 15/01/2017



PB Nº 012973913090		BILHETE DE SEGURO PRIVAT	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO PRIVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR SAC 0800 550 122 1204</p>			
VIA 1 05911083454		CPF/CNPJ	2016 05/12/2016
00504275135		OGC7880/PB	
ANO FUB 2012 9		9C2KD0550CR028176	
PRÊMIO TAFIÁRIO			
FUB PB *****		PENALIAS 00 *****	CUSTO DO SEGURO 00 *****
CUSTO DO BILHETE 00 *****		OGC 00 *****	P A G O
801A ÚNICA		PAGAMENTO	DATA DO PAGAMENTO 19/10/2016
<p>SEGUROADORA LÍDER - PRIVAT</p> <p>CPF 08.558.598/0001-04 WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR</p> <p>40886-1446272-20161205</p>			





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 981329 e PRONTUÁRIO nº 100446

PACIENTE: JAILTON AMANCIO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 19.07.01

Data e Hora do Atendimento: 16.02.17

Horário: 0:16h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma de face, edema e equimose periorbitaria direita, dor no joelho esquerdo com limitação de movimentos, Atendido pelo Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira CRM 5221, Dr. Aníbal Luna CRO 3041, Dr. George Mendes CRM 8346, Dr. Aldênio Amorim de Lima CRM 5815, Dr. Roberto A. Santos CRM 1590, Dr. Matheus Enomoto CRM 10204, Dr. Marceio Átila CRM 6456.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL + FRATURA DA TIBIA

DIREITA + SINDROME COMPARTIMENTAL CID 10 S 06 9, S 82 9, T 79 6

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio que evidenciou fratura do etmoide com pneumoencefalo, Rx do braço direito AP e Perfil, Rx da perna direita e esquerda AP e Perfil, Rx do braço direito AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 17.02.17 com fasciotomia da perna direita, tromboectomia da artéria poplítea direita e instalação de tração transarticular devido à fratura do platô tibial direito. Em 26.02.17, em 02.03.17 realizados curativos sob anestesia. Em 10.03.17 realizado tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial direito e luxação do joelho direito. Em 17.03.17 realizado tratamento cirúrgico com retalho local.

ALTA HOSPITALAR: 18.03.17

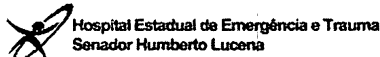
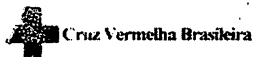
Data da Emissão: 14.08.17

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CUBHEETSHL
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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





ACOLHIMENTO, s/n - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 981329



Identificação do paciente			
ID 1140888	Nome JAILTON AMANCIO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 19/07/2001	Idade 15 anos 6 meses 28 dias	Estado civil	Religião
Mãe VIVIANE FRANCO DA SILVA	Pai JAILSO AMANCIO DA SILVA	Prontuário	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ALEXANDRA AMANCIO DA SILVA - TIO (A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 998146050	DDD Fixo 83	Fone Fixo 00000000
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898002336535698	
Local de procedência BELEM	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade BELEM	CBO/R	
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
Número 41	Complemento		Bairro
Admissão			
Data e Hora 16/02/2017 00:16:59	Número da pulseira 1000004274345	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue	Urina	ECG
Dados clínicos	Ultrasonografia		
<p>16 (2) (17) NCA (2:00:30)</p> <p>REDUÇÃO PATELA</p> <p>REDUÇÃO COMPARTIMENTAL</p> <p>TIPO ... DECHO DINETIO</p> <p>DATA ... 03/03/17</p> <p>HORA ... 08:54</p> <p>DIAGNÓSTICO ...</p> <p>Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO</p>			

CURATIVO
FASCIOTOMIA
RC-?
FA) OK
NS)
24.02

CURATIVO
RC-?
FA) OK
NS)
21.02

CRCTM = (17/02/17) (2:00:30)

Dr. Ricardo R. Carvalho

Autocirurgia

16/02/2017 00:15

TIPO ... CHAMADO + CERVICAL

DATA ... 16 02 17

HORA ... 01 01

NOME TEC. RAD. ... Wellington W. P. de Albuquerque

Tec. em Radiologia

CRTR 006017

ASS. ...

16/02/2017 00:15



16/02/17 - 06:30h

#CTPUS#

Paciente vítima de acidente motociclístico,
no momento apresenta em membros superiores,
membros inferiores.

No exame físico observa-se edema e equimose
generalizada. D. com dor palpal
fóssos mal definidos.

A palpção demonstra captação em ossos metacarpo
e mobilidade normal.

em: ① Integridade do OMB
após estudos de exames respectivos

Dr. Anibal M. B. Lima

Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 4221 TEOT 7702

16/02/17, 14:36h

Pte com fratura ortopedica
por no joelho esquerdo
com equinidade e dor

16/2/17 #NEN
05 09h30

Trauma de face por
acidente com motocicleta

Glasgow 15

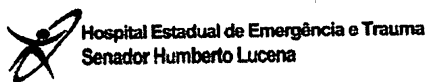
sem cervicalgia, sem náuseas no momento
TCE revelou fratura do etmoide
com pneumocefalo.

A → fratura manilha tibial com desvio
transverso.

ca: Avaliação cir. vascular
(2.0. COMPARTIMENTAL) membros?
Reparação da ortopedia

em: Segue observação neurológica

George Mendes
CRM 19 8846



VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente JAILTON AMANCIO DA SILVA		BAE 981329	Data/Hora Entrada 16/02/2017 00:16:59	Data Baixa
Data de nascimento 19/07/2001	Idade 15	Sexo Masculino	CNS 899002336535698	Telefone de Contato (83) 996146050 / (83) 00000000
Mãe VIVIANE FRANCO DA SILVA			Prontuário	
Endereço null, 41		Bairro	Município	UF
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO		Nº Cons. Regional 10187/PB
Data/Hora Classificação 16/02/2017 00:16:59			Data/Hora Prescrição 16/02/2017 00:41:25	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, COM TCE, TRAUMA DE FACE, TRAUMA E DOR EM COTOVELO DIREITO, MMII. NEGA DOR CERVICAL, TORÁCICA, ABDOMINAL E EM BACIA. NÃO USAVA CAPACETE

Exame Físico

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, COM TCE, TRAUMA DE FACE, TRAUMA E DOR EM COTOVELO DIREITO, MMII. NEGA DOR CERVICAL, TORÁCICA, ABDOMINAL E EM BACIA. NÃO USAVA CAPACETE

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 1000 MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DOR)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROLOGIA, (OBSERVAÇÕES: TCE) → OBS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA DE FACE)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BRACO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COTOVELO DIREITO AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PERNA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA E ESQUEDA AP E PERFIL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
Médico - Cirurgia Geral
CRM/PB - 10187

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
(10187/PB)

2/2



JAILTON AMANCIO DA SILVA

16.02.17

VASCULAR

Paciente autônomo de acidente automobilístico com fratura de platô tibial, evolui com edema importante em joelho ⊕

to exame: edema/hematoma em joelho ⊕
e. peroneal, sem dor em compart. ant.,
perfusão normal, pulso distal e sensibilidade
mantida, pulso distal ⊕.

HD: No momento sem sinais de lesão
vascular ou sd. compart. ant.,
porém deve manter repouso e
NLE elevado

16/02/17

às 20:30

Paciente com fratura grave do
platô tibial, edema importante
e perfusão lentificada.

Equipe de cirurgia vascular decauter
síndrome compartimental.

CD = Oriento fratura externa
de urgência pela ortopedia

Tefun e as blocos cirúrgicos
para fixação externa.
Internação hospitalar

Dr. Marcos Barbosa Jr.
Cir. Vascular / Endovascular
Rad. Intervencionista
CRM-PB 6926

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Mão
CRM 6668-TEO

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Jaílton Amancio

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
10/02/17	21:00h	Ortopedia
		Peto vítima de acidente motorizado no aprox. 20h, apresentando fratura de fêmur fratura (1) (comprometimento da medula e artéria + edema importante no joelho e perna (2)
		Do exame: - ADME em todo o M.D. (1)
		- Pulso da perna (2) próximo
		- Edema (3+/4+) + equimose no joelho e perna (2)
		- Perna e joelho tensionados
		O mesmo foi avaliado 2x pela equipe da cirurgia vascular que apontaram fratura do fêmur e orientaram o plano de M.D.
		21:00h Fratura do fêmur (2) (1)
		Cir. Ortop. foi feita, a medula colocada no fêmur, os tendões foram suturados, umio q. que o mesmo se encontra em IDH.
		Dr. Teófilo Vancanari Méd. Ortopedia CRM-BO. 3690/RN. 7719



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

Nome: Isaltom Francisco da Silva BE/Prontuário: 981329
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 17/03/17
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Conexão de faringe
Cirurgião: Dr. Marcelo Atila 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: 10g anestesia Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão pós-faringe</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retalho local</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: _____

Dr. Marcelo Atila
Cirurgia Plástica
CRM-PB 6456

João Pessoa, 17/03/17

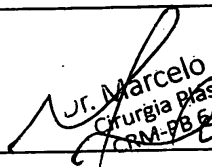
F(NG).ASCIR.009-I



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: <i>Paciente em decúbito dorsal sob 12 guarnições</i>
Incisão: <i>Divisão retalhos em fenda</i>
Achados:
Conduta: <i>Arroço de retalhos liberais</i> <i>3</i> <i>Hemostáticos</i> <i>Sintet</i>
Fechamento:
Observação: <i>Camoteiro simples</i>

Médico/CRM:


Dr. Marcelo Atila
Cirurgia Plástica
CRM-PB 6456

João Pessoa, 17/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Saltan Amancio da S, Lira BE/Prontuário: 9813207

Idade: 42 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 10/03/17

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Tratamento cirúrgico da fratura braço da perna

Cirurgião: Dr. Odilene 1º Assistente: Dr. Roberto Santos

2º Assistente: Dr. Mathus (MR2) 3º Assistente: Dr. Mathus (MR1)

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Alqui anestesia Horário: Início _____: _____ Término _____: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de platô tibial (D)</u>	
<u>luxação de joelho (D)</u>	
<u>sem lesão</u>	
<u>sem</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fraturas</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: _____

Dr. Mathus Enomato
MEDICO
CRM-PB 10204

João Pessoa, 10/03/17

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<p>Posição e Preparo:</p> <p>① Antibiótico profilático + Paracetamol 500mg em 100ml ② Paciente em decúbito dorsal sob anestesia ③ Ampicilina e Amoxiclavina de 1g/1g ④ Colocação de campos estéreis.</p> <p>Incisão:</p> <p>⑤ Dupla via em perna ⑥ (Incisão peroneo-medial ⑦ antero-lateral ⑧ Direções até duas áreas</p> <p>Achados:</p> <p>⑨ Fratura de Pêlo tibial com grande falha ⑩ osses ⑪ luxação de joelho com lesão ligamentar. ⑫ Presença de fístula medial e lateral de perna.</p> <p>Conduta:</p> <p>⑬ Retirada de fitas e espinhas transcutâneas em MTD. ⑭ Colocação ⑮ Pedra para de fraturas ⑯ Fixação com placa (L) 6x2 Furos. ⑰ ⑱ Parafusos espinais e ⑳ corticais. ㉑ Obtenção de pontos para a fratura com auxílio de radioscopia, além de estabilização para o joelho as espinhas. ㉒ Lavagem extensa com SF0,9.</p> <p>Fechamento:</p> <p>㉓ Fechamento por planos anatômicos ㉔ Sutura de pele ㉕ Curativo estéril + Retirada de Gaze, ㉖ RX de controle</p> <p>Observação:</p>

Dr. Mathias Enomato
MÉDICO
CRM-PB 10204

João Pessoa, 10/03/17

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

Nome: JAILTON AMANCIO DA SILVA BE/Prontuário: 981329
Idade: 15 ANOS Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 28 / 02 / 17
Clínica/Setor: _____ UTQ _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: CURATIVO SOB ANESTESIA
Cirurgião: DAVID SILVEIRA 1° Assistente: _____
2° Assistente: _____ 3° Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dra. ROSA
Tipo de Anestesia: _____ GERAL _____ Horário: Início _____: _____ Término _____: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
FASCIOTOMIA ABERTA	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
CURATIVO SOB ANESTESIA	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência

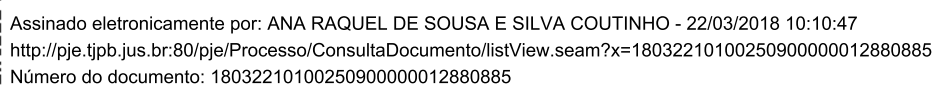
☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 26 / 02 / 17

Médico/ Médico/CRM: EMILTON AMARAL SEGUNDO

F(NG).ASCIR.009-1

David Silveira
Cirurgião Plástico
CRM-7038





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Jaílton Manoel de Lima DE Pronto Socorro
Idade: Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: Data: 17/2/17
Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: LR:
Cirurgia: Redução cirúrgica com fixação externa
Cirurgião: Dr. Roberto Santos 1º Assistente: Dr. Raulino
2º Assistente: 3º Assistente: Dr. Rodrigo
Instrumentador: Anestesista: Dr. Jaílton
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início : Término :

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura platis tibia</u>	
<u>com fraturas</u>	
<u>compartimental</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução cirúrgica</u>	
<u>com uso de fixação</u>	
<u>transarticular</u>	
<u>Obs: Parecer de cirúrgico</u>	
<u>cancelar - Fasciotomia</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:

Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM-PB 1580

João Pessoa, 17/2/17

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Préfixio e antiangústia

Incisão:

de campo operatório

Achados:

pediç. de pedicelo
de fixação de
fragmento oss.

Conduta:

Fixação manual
fixação retinida
trausautoclav.
seguir de fixação
velocidade.

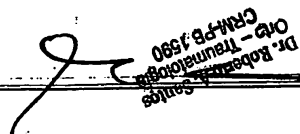
Fechamento:

Observação:

Interferência da circ.
casca. Falciforme.

João Pessoa, 17/2/17

Médico/CRM:


Dr. Roberto de Sousa
CRM-PB 3590
Oto - Traumatologia

F(NG)ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

8
FEETSHL

Nome: Alton Francisco de Souza BE/Prontuário: 81327
Idade: 50 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 17/02/2017
Clínica/Sector: Clin. Vascular EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Realização de fasciotomia na perna D e tromboctomia da artéria poplitea direita
Cirurgião: Alton Francisco de Souza Assistente: Dr. Franklin
2º Assistente: Dr. Almeida 3º Assistente: Dr. Moraes
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Milton
Tipo de Anestesia: Raqui-epidural Horário: Início _____ Término _____
+ Perícia Geral

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Infarto agudo do miocárdio</u>	
<u>na perna D</u>	
<u>trombose da artéria poplitea</u>	
<u>retro-patear direita e que provavelmente</u>	
<u>erres sem sinais de lesão embólica</u>	
<u>ao ser realizado a exploração</u>	
<u>vascular na perna D</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fasciotomia na perna D +</u>	
<u>tromboctomia da artéria</u>	
<u>poplitea D</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: _____

ALDÉNO AMORIM DE LIMA
Cirurgião de R. VASCULAR
CRM-PB: 5815

João Pessoa, 17/02/2017

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Preparação, anti-sepsia,
sobreposição de campos
com álcool 70% e drapejo

Incisão:

2 incisões por plano

Achados:

Presença de sinostose importante
na perna D, com hematoma
subcutâneo mediano em compor-
tamento posterior profundo e

Conduta:

superficial de perna D.
Realizada exploração vascular
na região com técnica de tração de
extensão poplitea retro-patela
do MTD visto a aglutinação
e o coágulo para posterior libe-
ração.
Realizada desbridamento na
perna D.
Realizada trombectomia de
artéria poplitea através de extensão
de

Fechamento:

em artéria poplitea infra-patela
prossimidade subcutânea com
gastroplástico 4-0 com pontos de
hemostasia e irrigação com

Observação:

55,9%
Curativo local.

ALDENIO AMORIM DE LIMA
CIR. GERAL E DE VASCULAR
CRM-PB. 5815

João Pessoa,

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: JAIRTON AMANCIO DA SILVA

Qualificação: Homem

CPF/MF: 715759004-24 RG: 003 877 524 SSP/PB

Endereço: Rua Do Campo nº 39 CEP. 58255 000
Belém - Pará - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 20(vinte por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:


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

João Pessoa – PB, 28 de Agosto de 2017.

Jaíton Amancio da Silva
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020171/18
Vítima: JAILTON AMAMCIO DA SILVA
CPF: 715.759.004-24

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/02/2017
Titular do CPF: JAILTON AMAMCIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JAILTON AMAMCIO DA SILVA : 715.759.004-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

VIVIANE FRANCO DA SILVA : 086.555.354-86

Documentos de identificação



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/01/2018
Nome: VIVIANE FRANCO DA SILVA
CPF/CNPJ: 086.555.354-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

VIVIANE FRANCO DA SILVA

Sandra Maria Accioly Pedrosa



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ___ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.

Justiça Gratuita

JAILTON AMANCIO DA SILVA, inscrito no CPF sob o nº 715.759.004-24, brasileiro, agricultor, residente e domiciliado na Rua do Campo, 39, CEP: 58255-000, Centro, Belém – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE



em face da **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **15.02.2017**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

|

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação 2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. 3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser acionada para pagar o valor da indenização de seguros. 4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.””(grifo nosso)



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

“A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei”.(destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

“STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.

É incontestável, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento)



para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilatado mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a) ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b) ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c) Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d) Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 14 de março de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Quesitos para a perícia:

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.





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

715 759 004 - 24

Nome completo da vítima

Sailton Amancio da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Sailton Amancio da Silva		CPF titular da conta 715759004-24	Profissão Desistente
Endereço Rua do Campo		Numero 39	Complemento
Bairro Centro	Cidade Belém	Estado Pará	CEP 68255000
Email		Telefone (DDD) 8399915497	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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 checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	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 type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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, 12 de dezembro de 2017

Local e Data

Sailton Amancio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Luciane Franco do Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0617 - MINISTRO JOSE AMERI

DATA: 05/12/2017

TERMINAL: 1004

NSU: 000669

HORA: 12:22:28

AUT.: 0048

COMPROVANTE DL DEPOSITO

NUM.DOC.: 000617

AGENCIA/CONTA CREDIADA: 0038/013/00.052.081-0

NOME: JAILTON AMANCIO DA SILVA

DEPOSITANTE:

O M

VALOR TOTAL: 1,00

VALOR DINHEIRO: 1,00

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jaílton Amareiro da Silva,

RG nº 003877524, data de expedição 28/08/17, Órgão SSP/PB

CPF nº 715759004-24, 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>Rua do Campo.</u>
Número	<u>nº 39</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Belém - PB</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58255000</u>
Telefone de Contato	<u>99215 4097</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa 28-08-2017

Assinatura do Declarante: Jaílton Amareiro da Silva
· Jaílton Amareiro da Silva



VIVIANE FRANCO DA SILVA
RUA DO CAMPO, 39 - CENTRO
BELEM/PA CEP: 66265000 (AG: 22)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 11 - 58 - 847 - 4807
Nº medidor: 00001391518

Referência: Fev/2017
Emissão: 15/02/2017

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 220, Km 26 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.056.163/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000854 427
Código para Débito Automático: 00013281218

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1326721-6

Fez/2017

Apresentação

15/02/2017

Data prevista da próxima leitura

20/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

8856535488

Insc. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
18/01/17	5182	15/02/17	5221	1
				59
				28

Faturas em atraso

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	59	0,44028	25,97
ICMS			9,42
PIS			0,41
COFINS			1,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 01/2017			0,19
MULTA 01/2017			0,94
COMPENSAÇÃO POR INDICADOR - DIC 12/2016			-0,97
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2017			0,05

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/17 74
Dez/16 68
Nov/16 76
Out/16 84
Set/16 88
Ago/16 63
Jul/16 69
Jun/16 68
Mai/16 59
Abr/16 81
Mar/16 55
Fev/16 81

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	37,89	25,00	9,42
PIS	37,89	1,0858	0,41
COFINS	37,89	5,0388	1,89

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses

83

22/02/2017

R\$ 37,90

IDENTIFICADOR FISCAL

71e1.0fef.1cb8.db5a.0912.d97a.9a67.9946

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,87	
DIC TRIMESTRAL	11,34	
DIC ANUAL	22,68	
FIC MENSAL	3,42	
FIC TRIMESTRAL	8,66	
FIC ANUAL	13,70	
DMIC	3,29	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB		
Custo de Energia		
Serviço de Transmissão		
Encargos Setoriais		
Impostos Diretos e Encargos		
Outros Serviços		
Total		





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01500.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01500.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 23 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Viviane Franco da Silva**, CPF nº 086.555.354-86, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Manicure, filho(a) de Maria Francisca de Santana Franco e Marinelson Franco da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/12/1981 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta, Nº 39, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Presídio, na cidade de Belém/PB, telefone(s) para contato (83) 99915-4097.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Estadual Próximo a Marcos da Verdura, Outros, Belém/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 15/02/17 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE SEU FILHO MENOR JAILTON AMANCIO DA SILVA CPF Nº 715.759.004-24, VINHA DE GARUPA NA MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR LARANJA, ANO 2012, DE PLACA OGC-7880-PB, CHASSI Nº 9C2KD0550CR028176, EM NOME DE JAILSON AMANCIO DA SILVA, E CONDUZIDA PELO MESMO QUANDO FOI COLIDIDO POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UNIDADE DA CIDADE GUARABIRA - PB, E EM SEGUIDA SENDO CONDUZIDO PELO UTI MOVEL PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM PB 3920, DATADO DE 14/08/2017.

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

João Pessoa/PB, 23 de agosto de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


VIVIANE FRANCO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01500.01.2017.1.00.420

1/1



192

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 - BELÉM - PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e a quem de interesse for que, *Jailton Amancio da Silva, 16 anos*, foi atendido pelo SAMU - Belém no dia 15/02/2017 às 20:09h na Rua Feliciano Pedrosa, devido a um acidente com moto, abordado em decúbito lateral sem capacete, escoriações na face, apresentou epistaxe e feito desobstrução nasal, imobilização em prancha rígida e em membro inferior direito, acesso venoso periférico, oxigênio sob máscara de reservatório, o mesmo apresentou crise convulsiva a equipe realizou avaliação e solicitou a Unidade de Suporte Avançado - USA de Guaraná, devido a quadro grave da vítima. Foi feita interceptação e o paciente ficou nos cuidados da USA de Guaraná.

Segue em anexo a cópia da ficha de atendimento.

Atenciosamente,

Jocyara Maria Soares de Freitas
Coordenadora do SAMU
COREN 290.705

Belém, 24 de agosto de 2017

Base Descentralizada do SAMU Belém
Rua Feliciano Pedrosa S/N - Centro - Belém CEP: 58255-000
Contato : (83) 3261-1205





PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USR

ATENDIMENTO DE TRAUMA

DATA 05.02.18	HORA 20:00	Nº OCOR./PROTOCOLO 1604041	PACIENTE/USUÁRIO Fullton Francisco da Silva	IDADE 1	SEXO: M () F ()
LOCAL DA OCORRÊNCIA Rua Feliciano Pedrosa		Bairro Centro	MÉDICO REGULADOR Dr. Jesuínio		
APOIO LOCAL: () PM () RESGATE/BOMBEIROS () PRF () CPTRAN () OUTRO:					
CINEMÁTICA: () ACIDENTE C AUTOMÓVEL () CAPOTAMENTO () COLISÃO - () FRONTAL () LATERAL () TRASEIRA /USO DE CINTO DE SEG. - () SIM () NÃO () IGRN AIR BAG - () SIM () NÃO /ACIDENTE COM MOTO - USO DE CAPACETE () SIM () NÃO /NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL 03/8 () QUEDA - ALT. APROX. ____/ () FAB () FAF () JEP () JET () EMPALA () AGRESSÃO FIS. () ESPANCAMENTO () QUEIMADURA: AGENTE - () AFOGAMENTO () OUTRO					
VÍTIMA ENCONTRADA: () DENTRO DO VEÍCULO () FORA DO VEÍCULO () PROJETADA () ENCARCERADA () DECÚBITO LATERAL () DORSAL () VENTRAL () SENTADO () DEAMBULANDO () SOCORRIDA POR TERCEIROS () CAPACETE RETIRADO POR TERCEIROS					

EXAME FÍSICO		ESTADO INICIAL	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE
A	V	() LIVRE () OBSTRUÇÃO PARCIAL () OBSTRUÇÃO TOTAL () CORPO ESTRANHO () BRONCOASPIRAÇÃO () EDEMA DE GLOTE	INSTÁVEL	GRAVE	MODERADO	LEVE
B	R	() NORMAL () BRADIPNEIA () TAQUIPNEIA () APNEIA () DISPNEIA () RESP. RUIDOSA () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA /VENTILAÇÃO: () ESPONT. () VENT. ASSIST AUSC. PULM: () MV () JRA - () CREPTOS () SIBILOS () RONCOS MV DIMINUI. A () AUSÊNCIA DE MV A EXPANSIBILIDADE () BILATERAL () IRREG () ENFISEMA SUBCUTÂNEO () DESVIO DE TRAQUEIA	INSTÁVEL	GRAVE	MODERADO	LEVE
C	C	PULSO: () BILATERAL () CHEIO () FILIFORME () AUSENTE () REG () IRREGU PELE: () PALIDO () ACORADA () ÚMIDA () SECA () FRIA () QUENTE () PEGAGOSA () SUDOREICO () CIANÓTICO PERFUSÃO: ENCH. CAP: () > 2S () < 2S/ () HEMORRAGIA: () TURG. JUGULAR () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO () TAQUICÁRDICO () NORMOTENSO () HIPOTENSO () HIPERTENSO () PCR () CHOQUE	INSTÁVEL	GRAVE	MODERADO	LEVE
NEUR		() CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTADO () HAL. ETÍLICO () AGITADO () SONOLENTO () OBNUBILAÇÃO () INCONSCIENTE	PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
		ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA 4 A VOZ 3 A DOR 0 NENHUMA 1	O ₂ : 15 l/min () CAT. NASAL () VM () JML () JCT () CAN. OROF. () ASPIRAÇÃO DE VVAA () ELVAÇÃO DE DECÚB. () SNG () SVD CURATIVO: () COMPR () SIMPLES () TORNQUETE () IRRIG. OCUL () IMOBILIZAÇÃO: TALAS DE EXTRE - LOCAL: MID () KED () PRANCHA RÍGIDA () COLAR CERV - TAM: PP () ESTABI. LAT. DE CABE () TRAÇÃO DE FÊMUR () IMOB. DE OBJ. IMPALA () RETIR. RÁDIDA AVP ABOCATH Nº 18 LOCAL: MBE OUTROS:			
E		LESÕES ESCO CONTU LUXA FRATU AMPU LACER EDEM HEMA	TERAPÊUTICA APLICADA			
		CRA FAC TOR CO PEL MSD MSD MID MIE	MEDICAÇÕES/ SOLUÇÕES DOSE/ VOLUME VIA DE ADM HORÁRIO			
ABDO		() NORMOTERMIA () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO - LOCAL:				
		CAB PESC TANT TPOS PERI MSD MSE MID MIE				
I						
II						
III						

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS:	ANTECEDENTES FAMILIARES:
MEDICAMENTOS EM USO:	
QUEIXAS: () DOR MID () PARESTESIA () PLEGIA () PARESIA () OUTRAS:	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: () PADRÃO RESP. INEFICAZ () RISC. PARA ASPIRAÇÃO () VOLUME DE LÍQUID. DEFICIENTE () RISC. PARA FUNC. RESP. ALT. () PERF. TISSULAR INEF. PERIFÉRICA () PERF. TISSULAR INEF. CEREBRAL () PERF. TISSULAR INEF. GI () RISC. P VOL. DE LÍQUID. DEFIC () PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA () RISC. P DISFUN. NEUROVASCULAR PERI. () DOR AGUDA () CONFUSÃO AGUDA () RISC. P TEMP. CORPO. DESEQUIL () INTEGRIDADE DA PELE PREJU. () INTEGRIDADE TISSULAR PREJU. () IMOBILIDADE FÍSICA PREJU. () RISCO P TRAUMA () RISCO P INFEÇ. () RISCO DE CHOQUE () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () RISC. DE DHE () NÁUSEA () ANSIEDADE () MEDO OUTROS:	

RELACIONADO A:

Relatório médico ao trauma

IMPLEMENTAÇÃO DA ASSIST. /EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

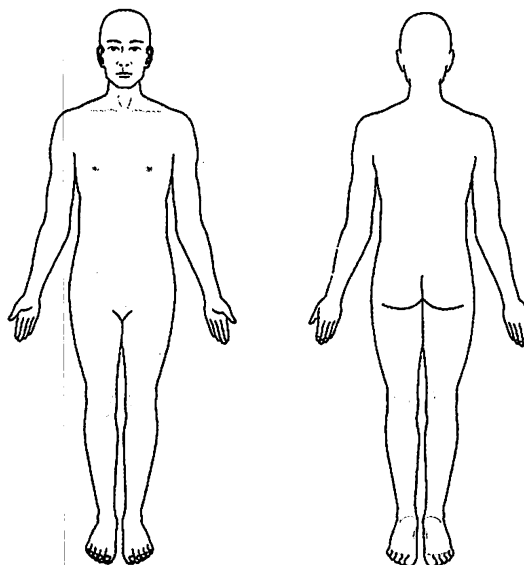
Feito. limpeza das ferimentos de obstrução nasal, imobilização de cervical, e MID, ofertado O₂, AVP e conduzido ao Hospital sendo feito interceptação com a UVA de Guarabira



RESUMO DE IDENTIFICAÇÃO DE LOCAL DA LESÃO

Lesões Apresentadas:

- o Contusão: crânio
- o Corte: couro cabeludo
- o Dor Muscular: _____
- o Edema: periorbital
- o Entorse: _____
- o Equimose: _____
- o Escoriação: _____
- o Fratura: MIO
- o Hematoma: _____
- o Ruptura Muscular: _____
- o Suspeita de Fratura: _____
- Outro(s): _____



LOCAL DE DESTINO: USA - GUARABUÁ RESPONSÁVEL: Dr. Augusto Dos Anjos GRM: PR-5044
 EQUIPE: Enfermeiro Edinaldo COREN: 251243 TEC. ENFER: Silva COREN: 251243 CONDUTOR: Silva

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU/BELÉM - PB, NESTA OPORTUNIDADE:
 ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ TESTEMUNHA 02: _____

PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: _____
 NOME DO RECEPTOR: _____ FUNÇÃO: _____
 ASSINATURA DO RECEPTOR: _____

MATERIAL DESCARTÁVEL UTILIZADO

QUANT.		QUANT.		QUANT.
Agulha <u>X</u>	Jelco nº		Sonda Vesical de Alívio	
Atadura de crepon _____ cm	Luva Estéril		Sonda Vesical de Demora	
Cateter tipo óculos	Luva de Procedimento		Outros:	
Compressa Cirúrgica	Máscara Descartável			
Equipo Macrogotas	Saco Coletor			
Equipo Microgotas	Scalp Nº			
Fita de Glicemia	Seringa Nº			
Gaze estéril (pacote)	Sonda de Aspiração Nº			



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221294 ou 0800 0221295 (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

Galton Amâncio da Silva

CPF da Vítima

715759 004-24

Data do Acidente

15.02.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Viviane Franco da Silva

CPF do Representante Legal

086 555 354 86

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.

Galton Amâncio da Silva 12 de dezembro de 2017

Local e Data

Galton Amâncio da Silva

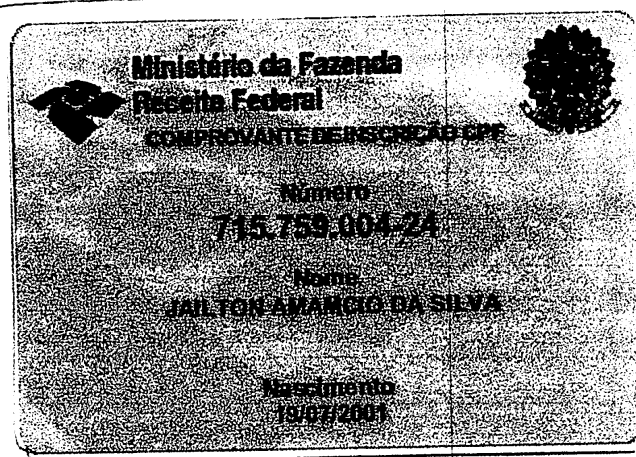
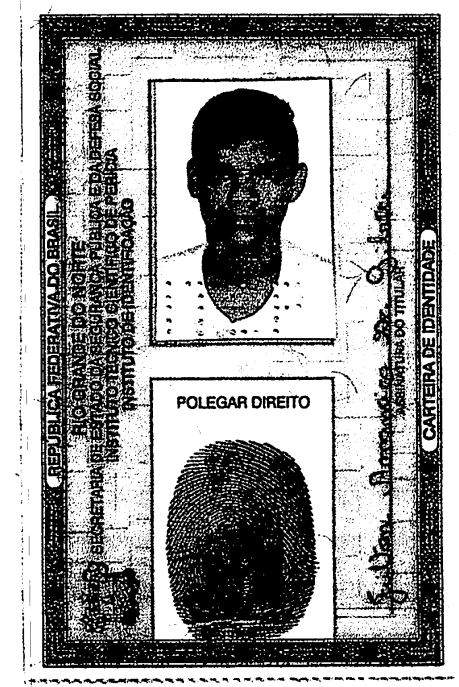
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

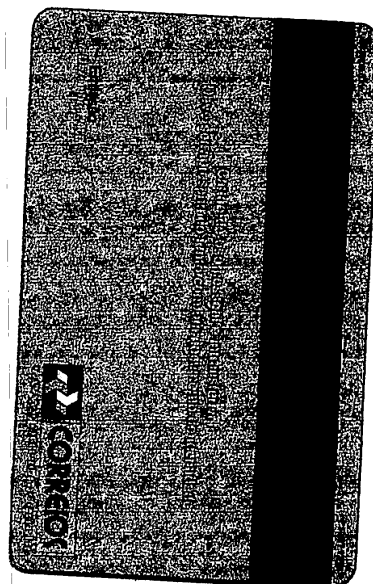
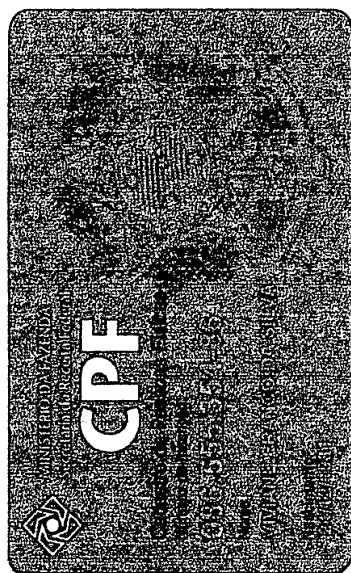
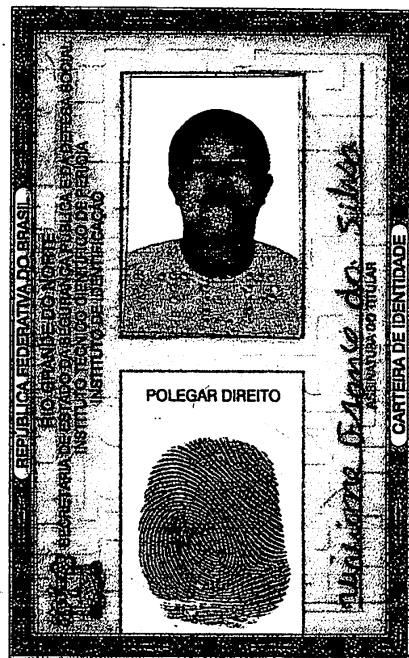
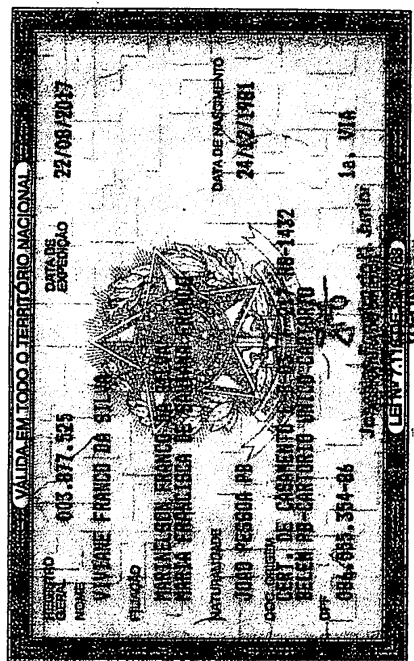
Viviane Franco da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017







Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, gabrielson Amancio da Silva,
RG nº 123015757, data de expedição 24 / 4 / 97,
Órgão SSP, portador do CPF nº 099 110 834 54, com
domicílio na cidade de Belém, no Estado de
PA, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projéctos, nº 39,
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 gabrielson Amancio da Silva, cujo o condutor era
-.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda NXR 150
Ano: 2012
Placa: OBC 7880
Chassi: 9C2KD055ACR028176
Data do Acidente: 15. 2. 17
Local e Data: Jussara, 12/12/17

CARTÓRIO
Maria Guedes

Fabson Amancio da Silva
(Assinatura)do(Declarante)

)

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

)



SERVIÇO NOT. E REG. M^{re} GUEDES A. CARVALHO
Rua SOLON DE LUCENA, 182, CENTRO, Belém - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JAILSON AMANCIO DA SILVA

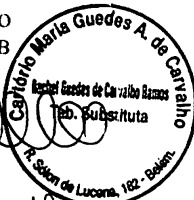
Dou fé. Belém/PB - 13/09/2017

Substituta: RACHEL GUEDES DE CARVALHO RAMOS

Selo Digital:AFQ96845-64WB

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

FOR \$0.23 PER AN. \$0.27. NIPR \$0.55. F6 285 77



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PB
Nº 012973913090
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM - 20160200024798-4 - PERÍODO
1 0050427513-5 00/00000000 2016

JAILSON AMANCIO DA SILVA

CERT. CARI 09911083454 PLACA 09911083454 OGC7880/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB 9C2KD0550CR028176

ESPECIE TIPO CORRELATIVO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/NXR150 BROS ES 2012 2012

CATEGORIA UZT/VEICULOS
2 P/149 /CI PARTIC LARANJA

1 P/PA PAGO EM 19/10/2016 1º
2º
3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 PREMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 19/10/2016

***** SEGURO P A G O
SEM RESERVA DE DOMINIO

BELEM-PB LOCAL 17221 DATA 05/12/2016 40886

PB Nº 012973913090 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORA.LIBER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 122 1304

1 09911083454 OGC7880/PB

00504275135 HONDA/NXR150 BROS ES

2012 9 9C2KD0550CR028176

PREMIO TARIFARIO
***** DENAT (R\$) *****
***** CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

***** SEGURO P A G O
***** DATA DE PAGAMENTO 19/10/2016

GOIA UNICA PARALLALO

SEGURODORA LIBER - DPVAT
CNPJ Nº 24.998.900-04
WWW.SEGURADORA.LIBER.COM.BR
40886-1446272-20161205

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: JAIRTON AMANCIO DA SILVA

Qualificação: Homem

CPF/MF: 715759004-24

RG: 003 877 524 SSP/PB

Endereço: Rua Do Campo nº 39 CEP. 58255 000
Belém - Pará - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 20(vinte por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:


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

João Pessoa – PB, 28 de Agosto de 2017.

Jaíton Amancio da Silva
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020171/18
Vítima: JAILTON AMAMCIO DA SILVA
CPF: 715.759.004-24

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/02/2017
Titular do CPF: JAILTON AMAMCIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JAILTON AMAMCIO DA SILVA : 715.759.004-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

VIVIANE FRANCO DA SILVA : 086.555.354-86

Documentos de identificação



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/01/2018
Nome: VIVIANE FRANCO DA SILVA
CPF/CNPJ: 086.555.354-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

VIVIANE FRANCO DA SILVA

Sandra Maria Accioly Pedrosa





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 981329 e PRONTUÁRIO nº 100446

PACIENTE: JAILTON AMANCIO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 19.07.01

Data e Hora do Atendimento: 16.02.17

Horário: 0:16h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma de face, edema e equimose periorbitaria direita, dor no joelho esquerdo com limitação de movimentos, Atendido pelo Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira CRM 5221, Dr. Aníbal Luna CRO 3041, Dr. George Mendes CRM 8346, Dr. Aldênio Amorim de Lima CRM 5815, Dr. Roberto A. Santos CRM 1590, Dr. Matheus Enomoto CRM 10204, Dr. Marceio Átila CRM 6456.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL + FRATURA DA TIBIA

DIREITA + SINDROME COMPARTIMENTAL CID 10 S 06 9, S 82 9, T 79 6

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio que evidenciou fratura do etmoide com pneumoencefalo, Rx do braço direito AP e Perfil, Rx da perna direita e esquerda AP e Perfil, Rx do braço direito AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 17.02.17 com fasciotomia da perna direita, tromboectomia da artéria poplítea direita e instalação de tração transarticular devido à fratura do platô tibial direito. Em 26.02.17, em 02.03.17 realizados curativos sob anestesia. Em 10.03.17 realizado tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial direito e luxação do joelho direito. Em 17.03.17 realizado tratamento cirúrgico com retalho local.

ALTA HOSPITALAR: 18.03.17

Data da Emissão: 14.08.17

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CUBIHEETSHL
CRM 43920

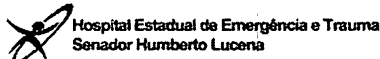
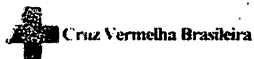
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

audlau/gg

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





ACOLHIMENTO, s/n - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 981329



Identificação do paciente			
ID 1140888	Nome JAILTON AMANCIO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 19/07/2001	Idade 15 anos 6 meses 28 dias	Estado civil	Religião
Mãe VIVIANE FRANCO DA SILVA	Pai JAILSO AMANCIO DA SILVA	Prontuário	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ALEXANDRA AMANCIO DA SILVA - TIO (A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 998146050	DDD Fixo 83	Fone Fixo 00000000
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898002336535698	
Local de procedência BELEM	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade BELEM	CBO/R	
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
Número 41	Complemento		Bairro
Admissão			
Data e Hora 16/02/2017 00:16:59	Número da pulseira 1000004274345	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue	Urina	ECG
Dados clínicos	Ultrasonografia		
<p>16 (2) (17) NCA (2:00:30)</p> <p>REDUÇÃO PATELA</p> <p>REDUÇÃO COMPARTIMENTAL</p> <p>TIPO ... DECHO DINETIO</p> <p>DATA ... 03/03/17</p> <p>HORA ... 08:54</p> <p>DIAGNÓSTICO ...</p> <p>Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO</p>			

CURATIVO
FASCIOTOMIA
RC-?
FA) OK
NS)
24.02

CURATIVO
RC-?
FA) OK
NS)
21.02

16 (2) (17) NCA (2:00:30)

RC NA
RC NA
NS) OK
FA)
17.02.17

TIPO ... DECHO DINETIO
DATA ... 03/03/17
HORA ... 08:54

Dr. Ricardo R. Carvalho
Cirurgia
A-8828

TIPO ... CHAMADO + CERVICAL
DATA ... 16 02 17
HORA ... 01 01
NOME TEC. RAD. ... Wellington W. P. de Albuquerque
Tec. em Radiologia
CRTR 006017

16/02/2017 00:15



16/02/17 - 06:30h

#CTPUS#

Paciente vítima de acidente motociclista,
no momento apresenta em membros superiores,
membros inferiores.

No exame físico observa-se edema e equimose
generalizada. D. com dor e edema
deletor nos membros

A palpação demonstra captação em ossos metacarpo
e mobilidade normal.

em: ① Integridade do OMB
após estudos de exames específicos

Dr. Anibal M. B. Lima
CRM 4221 TEOT 7702

Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
CRM 4221 TEOT 7702

16/02/17, 14:36h

Paciente com fratura ortopédica
por lesão do joelho esquerdo
com equimose e dor

16/2/17 #NEN
05 09h30

Trauma de face por
acidente com motocicleta

Glasgow 15

sem cervicalgia, sem náuseas no momento
TCE revelou fratura do etmoide
com pneumocefalo.

A → fratura lateral da tíbia com desvio
moderado.

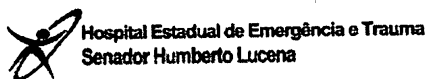
com avaliação cir. vascular
(no. compatibilidade) marcadas?
Paciente com ortopedia

03

em: Segue observação neurológica

George Mendes
CRM 4221 TEOT 7702





VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente JAILTON AMANCIO DA SILVA		BAE 981329	Data/Hora Entrada 16/02/2017 00:16:59	Data Baixa
Data de nascimento 19/07/2001	Idade 15	Sexo Masculino	CNS 899002336535698	Telefone de Contato (83) 996146050 / (83) 00000000
Mãe VIVIANE FRANCO DA SILVA			Prontuário	
Endereço null, 41		Bairro	Município	UF
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO		Nº Cons. Regional 10187/PB
Data/Hora Classificação 16/02/2017 00:16:59			Data/Hora Prescrição 16/02/2017 00:41:25	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, COM TCE, TRAUMA DE FACE, TRAUMA E DOR EM COTOVELO DIREITO, MMII. NEGA DOR CERVICAL, TORÁCICA, ABDOMINAL E EM BACIA. NÃO USAVA CAPACETE

Exame Físico

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, COM TCE, TRAUMA DE FACE, TRAUMA E DOR EM COTOVELO DIREITO, MMII. NEGA DOR CERVICAL, TORÁCICA, ABDOMINAL E EM BACIA. NÃO USAVA CAPACETE

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 1000 MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DOR)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROLOGIA, (OBSERVAÇÕES: TCE) → OBS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA DE FACE)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BRACO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COTOVELO DIREITO AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PERNA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA E ESQUEDA AP E PERFIL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
Médico - Cirurgia Geral
CRM/PB - 10187

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
(10187/PB)

2/2



JAILTON AMANCIO DA SILVA

16.02.17

VASCULAR

Paciente autônomo de acidente automobilístico com fratura de platô tibial, evolui com edema importante em joelho ⊕

to exame: edema/hematoma em joelho ⊕
e. peroneal, sem dor em compart. ant.,
perfusão normal, pulso distal e sensibilidade
mantida, pulso distal ⊕.

HD: No momento sem sinais de lesão
vascular ou sd. compart. ant.,
porém deve manter repouso e
NLE elevado

16/02/17

às 20:30

Paciente com fratura grave do
platô tibial, edema importante
e perfusão lentificada.

Equipe de cirurgia vascular decauter
síndrome compartimental.

CD = Orienta fratura extensor
de urgência pela ortopedia

Tefun e as blocos cirúrgicos
para fixação externa.
Internação hospitalar

Dr. Marcos Barbosa Jr.
Cir. Vascular / Endovascular
Rad. Intervencionista
CRM-PB 6926

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Mão
CRM 6668-TEO

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Jaílton Amancio

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
10/02/17	21:00h	Ortopedia
		Peto vítima de acidente motorizado no aprox. 20h, apresentando fratura de fêmur fratura (1) (comprometimento da medula e artéria + edema importante no joelho e perna (2)
		Do exame: - ADME em todo o M.D.17
		- Pulso da base (2) próximo
		- Edema (3+/4+) + equimose no joelho e perna
		(7)
		- Perna e joelho tenso
		O mesmo foi avaliado 2x pela equipe da cirurgia vascular que apontaram fratura proximal e orientaram o plano de M.D.17.
		M.D.17 fratura do fêmur (2)
		Cfo. Ortopedia fez punção de aspiração de coágulo do joelho externo
		transfusão de sangue, um volume de 2 unidades de sangue em 18h.
		Dr. Teófilo Vancanari
		Méd. - Ortopedia
		CRM-BO. 3690/RN. 7719



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

Nome: Isaltom Francisco da Silva BE/Prontuário: 981329
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 17/03/17
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Conexão de faringe
Cirurgião: Dr. Marcelo Atila 1° Assistente: _____
2° Assistente: _____ 3° Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: 10g anestesia Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão pós-faringe</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retalho local</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: _____

Dr. Marcelo Atila
Cirurgia Plástica
CRM-PB 6456

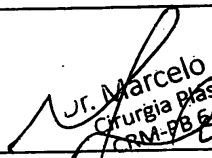
João Pessoa, 17/03/17

F(NG).ASCIR.009-I



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: <i>Paciente em decúbito dorsal sob 12 guarnições</i>
Incisão: <i>Divisão retalhos em forma</i>
Achados:
Conduta: <i>Arroço de retalhos liberais</i> <i>3</i> <i>Hemostáticos</i> <i>Sintet</i>
Fechamento:
Observação: <i>Camêtero simples</i>

Médico/CRM:


Dr. Marcelo Atila
Cirurgia Plástica
CRM-PB 6456

João Pessoa, 17/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Saltan Amancio da S, Lira BE/Prontuário: 9813205

Idade: 42 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 10/03/17

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Tratamento cirúrgico da fratura braço da perna

Cirurgião: Dr. Odilene 1º Assistente: Dr. Roberto Santos

2º Assistente: Dr. Mathus (MRZ) 3º Assistente: Dr. Mathus (MRZ)

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Alqui anestesia Horário: Início _____: _____ Término _____: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de platô tibial (D)</u>	
<u>luxação de joelho (D)</u>	
<u>sem lesão</u>	
<u>sem</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fraturas</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: _____

Dr. Mathus Enomato
MEDICO
CRM-PB 10204

João Pessoa, 10/03/17

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<p>Posição e Preparo:</p> <p>① Antibiótico profilático + Paracetamol 500mg em 100ml ② Paciente em decúbito dorsal sob anestesia ③ Ampicilina e Amoxiclavina de 1g/1g. ④ Colocações de campos estéreis.</p> <p>Incisão:</p> <p>⑤ Dupla via em perna ⑥ (Incisão posteromedial ⑦ anterolateral) ⑧ Direções até duas áreas</p> <p>Achados:</p> <p>⑨ Fratura de Pêlo tibial com grande falha ⑩ osses ⑪ luxação de joelho com lesão ligamentar. ⑫ Presença de fratura medial e lateral da perna.</p> <p>Conduta:</p> <p>⑬ Retirada de fitas e espinhas transcutâneas em MTD. ⑭ Colocação ⑮ Pedra para de fraturas ⑯ Fixação com placa (L) 6x2 Furos. ⑰ ⑱ Parafusos espinais e ⑳ corticais. ㉑ Obtenção de pontos locais da fratura com auxílio de radioscopia, além de estabilização para o joelho as espinhas ㉒ Lavagem Extensa com SF0,9. Fechamento: ㉓ Fechamento por planos anatômicos ㉔ Sutura de pele ㉕ Curativo estéril + Retirada de Gaze, ㉖ RX de controle</p> <p>Observação:</p>

Dr. Mathias Enomato
MÉDICO
CRM-PB 10204

João Pessoa, 10/03/17

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

Nome: JAILTON AMANCIO DA SILVA BE/Prontuário: 981329
Idade: 15 ANOS Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 28 / 02 / 17
Clínica/Setor: _____ UTQ _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: CURATIVO SOB ANESTESIA
Cirurgião: DAVID SILVEIRA 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dra. ROSA
Tipo de Anestesia: _____ GERAL _____ Horário: Início _____: _____ Término _____: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
FASCIOTOMIA ABERTA	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
CURATIVO SOB ANESTESIA	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência

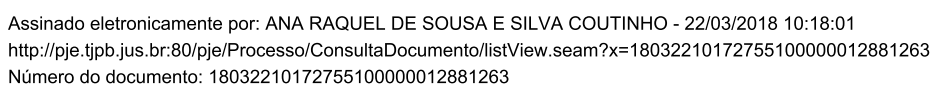
☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 26 / 02 / 17

Médico/ Médico/CRM: EMILTON AMARAL SEGUNDO

F(NG).ASCIR.009-1

David Silveira
Cirurgião Plástico
CRM-7038





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Jaílton Manoel de Lima DE Pronto Socorro
Idade: Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: Data: 17/2/17
Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: LR:
Cirurgia: Redução cirúrgica com fixação externa
Cirurgião: Dr. Roberto Santos 1º Assistente: Dr. Raulino
2º Assistente: 3º Assistente: Dr. Rodrigo
Instrumentador: Anestesista: Dr. Jaílton
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início : Término :

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura platis tibia</u>	
<u>com fraturas</u>	
<u>compartimental</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução cirúrgica</u>	
<u>com uso de fixação</u>	
<u>transarticular</u>	
<u>Obj: Parecer de cirurgia</u>	
<u>cancelar - Fasciotomia</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:

Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM-PB 1580

João Pessoa, 17/2/17

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	Preferência anti-séptica
Achados:	de campo operatório
Condução:	Realizado a redução da luxação de fragments moos.
Fechamento:	Fixação com o fixador externo transcutâneo. Sutura da pele.
Observação:	Interessante a casualidade da cirurgia.

Médico/CRM:

João Pessoa, 17/2/17

F(NG)ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

FEETSHI

Nome: Adilson Francisco de Jesus BE/Prontuário: 87327
Idade: 50 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: Feb/2017
Clínica/Setor: Clin. Torçor EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Realização de forotomias na perna D e fratura
de artéria poplitea direita
Cirurgião: Adilson Francisco 1º Assistente: Dr. Franklin
2º Assistente: Dr. Almeida 3º Assistente: Dr. Moraes
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Milton
Tipo de Anestesia: Raquiomedula Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<p> Anestesia com fio timentol na perna D. Trocar de artéria poplitea retro-petebor devido a quebra de arcos sem sinais de lesão medular ao ser realizado a exploração vascular na perna D. </p>	
Procedimentos Cirúrgicos	Código
<p> Fístula da perna D + anastomose da artéria poplitea D. </p>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ~~() Não~~. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ~~(X)~~ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM:

João Pessoa,

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Preparação, anti-sepsis,
sobreposição de campos
com álcool 70% e drapejo

Incisão:

2 incisões por plano

Achados:

Presença de sinostose importante
na perna D, com hematoma
subcutâneo mediano em compor-
tamento posterior profundo e

Conduta:

superficial de perna D.
Realizada exploração vascular
na região com técnica de tração de
extensão poplitea retro-patela-
do MTD visto a aglutinação
e o coágulo para posterior libe-
ração.
Realizada desbridamento na
perna D.
Realizada trombectomia das
artérias popliteas através de extensão de

Fechamento:

em artéria poplitea infra-patela-
proximal com sutura com
gastro 4-0 e 6-0 remanes de
hemostasia e irrigação com

Observação:

55,9%
Curativo local.

ALDENIO AMORIM DE LIMA
CIR. GERAL E DE VASCULAR
CRM-PB 5815

João Pessoa,

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0818238-27.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Analizando os autos, verifica-se que a promovente alega haver sofrido acidente de trânsito e que, em razão deste, suportou sequelas permanentes, que pretende sejam apuradas mediante perícia médica. Em seu pedido de mérito, pugna por receber os R\$ 13.500,00 do teto indenizatório previsto na Lei 6.194/74. Não especifica minimamente que partes do seu corpo restaram afetadas pela invalidez permanente,

Afirma ainda haver solicitado pagamento administrativo do seguro e que, até a data da distribuição desta ação, não havia obtido resposta da seguradora que, segundo relata, limitou-se a exigir documentos não previstos em lei. Embora tenha comprovado a entrega do pedido administrativo, a parte autora não comprovou o status atual do pedido, embora lhe seja possível obtê-lo pelo site da Seguradora Líder.

É o relatório. Decido.

A Lei n. 6.194/74, que regula o seguro obrigatório DPVAT, fixa em R\$ 13.500,00 o limite máximo para pagamento das suas indenizações e traz, em seu anexo único, uma tabela de escalonamento de cobertura, em percentuais incidentes sobre o teto indenizatório. Assim, pela referida tabela, há percentuais diferenciados para cada segmento corporal e/ou função acometida pela sequela permanente.

A classificação posta na tabela em comento é de fácil compreensão e relativa simplicidade, o que permite à parte enquadrar, ao menos superficialmente, suas lesões e identificar o percentual de cobertura cabível para seu caso.

À luz do acima dito, tem-se que o pedido autoral, tal como formulado, encontra-se genérico e lacônico. Isso porque a parte autora não informa nem mesmo o a parte de seu corpo e/ou funções atingidos pelas lesões. Muito menos declina o percentual correspondente aos danos corporais sofridos.

Ocorre que os artigos 322 e 324 do CPC/2015 impõem que o pedido deve ser certo e determinado, sendo admissível formular pedido genérico, apenas nos casos especificamente previstos no §1º do art. 324, dentre os quais, quando não for possível determinar, desde logo, as consequências do ato ou do fato.



Esclareça-se que não se está aqui a exigir que o promovente proceda à graduação de sua invalidez, havendo que se distinguir a classificação da lesão, conforme a tabela contida no Anexo da Lei, e a graduação da invalidez, prevista em seu art. 3º, §1º, I, esta sim aferível apenas mediante perícia médica.

Ante as razões acima, **intime-se** a parte autora para, em 15 dias:

a) emendar a inicial, sob pena de seu indeferimento por inépcia, a fim de que especifique as lesões sofridas e informe quais partes do seu corpo ou funções restaram lesionadas permanentemente, bem como as enquadre da tabela da Lei 6.194/74 Lei do DPVAT e deduza o percentual cabível, formulando pedido certo, determinado e lógico.

b) sob pena de indeferimento da inicial, por ausência de interesse processual, comprovar a atual situação do pedido, para tanto, juntando o resultado da consulta quanto ao seu andamento, obtível no site da Seguradora Líder.

João Pessoa, 13 de abril de 2018.

Alexandre Targino Gomes Falcão

Juiz de Direito





14ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, 532, 5º ANDAR, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Nº do processo: 0818238-27.2018.8.15.2001

INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)

De ordem do MM. Juiz de Direito da vara supra, INTIMO o(a) advogado(a) do(a) autor(a), de todo teor do despacho abaixo:

DESPACHO

Vistos, etc.

Analisando os autos, verifica-se que a promovente alega haver sofrido acidente de trânsito e que, em razão deste, suportou sequelas permanentes, que pretende sejam apuradas mediante perícia médica. Em seu pedido de mérito, pugna por receber os R\$ 13.500,00 do teto indenizatório previsto na Lei 6.194/74. Não especifica minimamente que partes do seu corpo restaram afetadas pela invalidez permanente,

Afirma ainda haver solicitado pagamento administrativo do seguro e que, até a data da distribuição desta ação, não havia obtido resposta da seguradora que, segundo relata, limitou-se a exigir documentos não previstos em lei. Embora tenha comprovado a entrega do pedido administrativo, a parte autora não comprovou o status atual do pedido, embora lhe seja possível obtê-lo pelo site da Seguradora Líder.

É o relatório. Decido.



A Lei n. 6.194/74, que regula o seguro obrigatório DPVAT, fixa em R\$ 13.500,00 o limite máximo para pagamento das suas indenizações e traz, em seu anexo único, uma tabela de escalonamento de cobertura, em percentuais incidentes sobre o teto indenizatório. Assim, pela referida tabela, há percentuais diferenciados para cada segmento corporal e/ou função acometida pela sequela permanente.

A classificação posta na tabela em comento é de fácil compreensão e relativa simplicidade, o que permite à parte enquadrar, ao menos superficialmente, suas lesões e identificar o percentual de cobertura cabível para seu caso.

À luz do acima dito, tem-se que o pedido autoral, tal como formulado, encontra-se genérico e lacônico. Isso porque a parte autora não informa nem mesmo o a parte de seu corpo e/ou funções atingidos pelas lesões. Muito menos declina o percentual correspondente aos danos corporais sofridos.

Ocorre que os artigos 322 e 324 do CPC/2015 impõem que o pedido deve ser certo e determinado, sendo admissível formular pedido genérico, apenas nos casos especificamente previstos no §1º do art. 324, dentre os quais, quando não for possível determinar, desde logo, as consequências do ato ou do fato.

Esclareça-se que não se está aqui a exigir que o promovente proceda à graduação de sua invalidez, havendo que se distinguir a classificação da lesão, conforme a tabela contida no Anexo da Lei, e a graduação da invalidez, prevista em seu art. 3º, §1º, I, esta sim aferível apenas mediante perícia médica.

Ante as razões acima, **intime-se** a parte autora para, em 15 dias:

a) emendar a inicial, sob pena de seu indeferimento por inépcia, a fim de que especifique as lesões sofridas e informe quais partes do seu corpo ou funções restaram lesionadas permanentemente, bem como as enquadre da tabela da Lei 6.194/74 Lei do DPVAT e deduza o percentual cabível, formulando pedido certo, determinado e lógico.

b) sob pena de indeferimento da inicial, por ausência de interesse processual, comprovar a atual situação do pedido, para tanto, juntando o resultado da consulta quanto ao seu andamento, obtível no site da Seguradora Líder.

João Pessoa, 13 de abril de 2018.

Alexandre Targino Gomes Falcão

Juiz de Direito



João Pessoa, 30 de maio de 2018.

Rosa Germana Souza dos Santos Lima

Técnico Judiciário



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

JAILTON AMANCIO DA SILVA, já qualificado nos autos, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida vênua, perante Vossa Excelência, em cumprimento do despacho retro, nos termos do Art. 321 do CPC, informar e requerer o que segue:

O demandante fora vítima de acidente de trânsito e ciente da cobertura do Seguro DPVAT, pleiteou a liberação do mesmo pela VIA ADMINISTRATIVA conforme protocolo de abertura de sinistro junto a Seguradora Líder em anexo.

Cumprir destacar, inobstante ter o promovente obedecido os preceitos insculpidos na Lei 6194/74, a promovida sem qualquer justificativa plausível e como senão bastasse extrapolado o prazo legal de pagamento, cancelou o referido procedimento.

Desta feita, vendo frustrado seus Direitos, a parte autora ingressou com a referida demanda colacionando aos autos o Boletim de Ocorrência e o **Laudo/Prontuário Médico, que ATESTAM o ocorrido e suas LESÕES.**

Pugnou o demandante pela realização de perícia Médica afim de que se possa **ATESTAR as SEQUELAS decorrentes das LESÕES SOFRIDAS, avaliando o segmento corporal afetado e a função acometida, nos termos do artigo 3º, §1º, INC I e II.**

No caso em apreço o Segurado, sofreu lesão em **Membro INFERIOR, (tíbi e joelho), além do crânio.**

Reitera assim o promovente pela realização de Perícia Médica, **com o fito de atestar e legalmente enquadrar o percentual da sequela resultante no membro afetado e as funções comprometidas e seus reflexos.**

Por fim, considerando que o patamar máximo indenizável é de **ATÉ R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais), bem como que a indenização tem percentuais distintos, a ser



aplicado de acordo com sequela avaliada anatômica e funcionalmente, no caso em apreço, entendemos que o percentual máximo a ser aferido, poderá chegar a limite indenizável de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). Sendo, portanto, esse o valor a ser atribuído a causa.

Quanto ao PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO, ocorre que, A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS ALÉM DAQUELES DOS PREVISTOS EM LEI, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, POR ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.” _

Além disso a Lei nº 6.194/74, que instituiu o Seguro obrigatório – DPVAT, alterada pela Lei nº 8.441/92 e 11.482/2007, em seu conteúdo normativo não estabelece a necessidade de **esgotamento da esfera administrativa**, afim de pleitear o recebimento do seguro, assim como não exige a negativa por parte das seguradoras que fazem parte do sistema, para tal fim. Como se não bastasse, a Constituição Federal de 1988, diferentemente da anterior, afastou a necessidade da chamada jurisdição condicionada ou instância administrativa de curso forçado, pois já se decidiu pela inexigibilidade de esgotamento das vias administrativas para obter-se o provimento judicial.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 13 de junho de 2018.



Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968





(/)



Buscar no site



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

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180043438 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JAILTON AMAMCIO DA SILVA
COBERTURA Invalidez





PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

SINCOR/PB

BENEFICIÁRIO JAILTON AMAMCIO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 71575900424**Posição em 13-06-2018 11:39:53**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
31/01/2018	Exigência Documental	
28/01/2018	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)A A A **COMO PEDIR INDENIZAÇÃO**[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)



Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital

DESPACHO

Vistos, etc.

A c o l h o a e m e n d a r e t r o .
Deixo de designar audiência junto ao Centro Judicial de Solução Consensual de conflitos - CEJUSC deste Fórum central, nos termos dos arts. 334 e seguintes do NCPC, em razão de se tratar de processo de DPVAT ajuizado há cerca de dois anos e em que ainda não foi instaurado o contraditório. DESSA FORMA, por medida de celeridade processual, CITE-SE A RÉ PARA APRESENTAR CONTESTAÇÃO EM QUINZE DIAS, SOB PENA DE REVELIA

C u m p r a - s e c o m g r a t u i d a d e .

João Pessoa - PB, (data do protocolo eletrônico).

ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCÃO

JUIZ DE DIREITO

