

---

**Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190267890**

**Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MERCIA PACIFICO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267890**

**Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MERCIA PACIFICO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267890**

**Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MERCIA PACIFICO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267890**

**Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MERCIA PACIFICO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190267890

Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MERCIA PACIFICO DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **MERCIA PACIFICO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **001**

Agência: **000004020-7**

Conta: **000010115961-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **065.013.024-39** Nome completo da vítima: **Mercia Pacifico da Silva**

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

Nome completo: **Mercia Pacifico da Silva** CPF: **065.013.024-39**

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: **Rua Manoel Arruda Cavalcante** Número: **805** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **Manaira** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58.038.680**

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **4020** **7** CONTA: **115** **961** **5**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização no Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declaração que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nasçuro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 3º do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB** **09/04/19**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**  
**09-ABR. 2019**

**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

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

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 065.013.024-39 Nome completo da vítima: **Mercia Pacifico da Silva**

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

Nome completo: **Mercia Pacifico da Silva** CPF: 065.013.024-39

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: **Rua Francisco de Souza Rangel** Número: **08** Complemento: \_\_\_\_\_

Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEB: **58015-730**

E-mail: **laguaribe** Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 4020 7 CONTA: 115 961 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vir nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 3º do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB 09/04/19**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

3ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

4ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

5ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 03786.01.2019.1.00.401**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03786.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:58 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Mercia Pacifico da Silva**, CPF nº 065.013.024-39, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Marlene Pacifico, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/04/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professor Francisco de Sousa Rangel, Nº 08, bairro Jaguaribe, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98793-2988.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Avenida Tabajaras, Centro, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/11/18 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

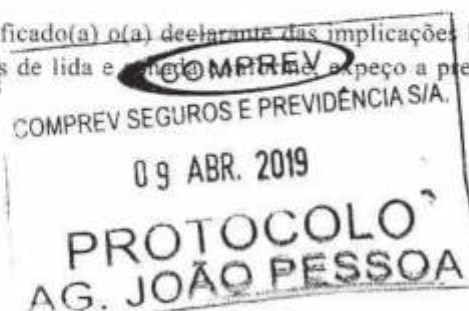
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 04/11/2018, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA CROSSER DE COR BRANCA, ANO 2018, PLACA QFT-9883/PB, CHASSI 9C6DG2550J0000959, REGISTRADA EM NOME DE CRISTIANO SALUSTINO, NA OPORTUNIDADE GUIADA PELO SENHOR DAVID NASCIMENTO GOMES DA NOBREGA, PORTADOR DO CPF 051494684-95, O QUAL ENCONTRA-SE PRESENTE NESTA SALA DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS E INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA NA AVENIDA TABAJARAS, CENTRO, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA MOTOCICLETA GUIADA PELO MESMO E EVADIU-SE DO LOCAL; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S42.2, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOPA ARCE.

**ADENDO(S):**

Que na data 05/04/2019, à(s) 10:09 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE NÃO CONHECE O PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA. Adendo registrado por: José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula: 1550888.

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 **COMPREV** e expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.





SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência




**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA

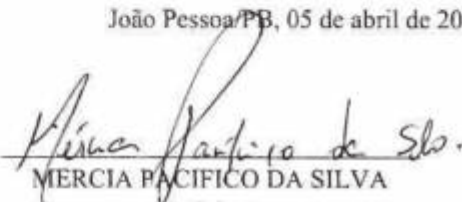


**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2019.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
MERCIA PACIFICO DA SILVA  
Noticiante



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 03786.01.2019.1.00.401**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03786.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:58 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Mercia Pacifico da Silva**, CPF nº 065.013.024-39, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho (a) de Marlene Pacifico, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/04/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professor Francisco de Sousa Rangel, Nº 08, bairro Jaguaribe, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98793-2988.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Avenida Tabajaras, Centro, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/11/18 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 04/11/2018, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA CROSSER DE COR BRANCA, ANO 2018, PLACA QFT-9883/PB, CHASSI 9C6DG2550J0000959, REGISTRADA EM NOME DE CRISTIANO SALUSTINO, NA OPORTUNIDADE GUIADA PELO SENHOR DAVID NASCIMENTO GOMES DA NOBREGA, PORTADOR DO CPF 051494684-95, O QUAL ENCONTRA-SE PRESENTE NESTA SALA DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS E INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA NA AVENIDA TABAJARAS, CENTRO, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA MOTOCICLETA GUIADA PELO MESMO E EVADIU-SE DO LOCAL; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S42.2, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

**ADENDO(S):**

Que na data 05/04/2019, à(s) 10:09 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE NÃO CONHECE O PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA. Adendo registrado por: José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula: 1550888.

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 ~~compreendida~~ **compreendida** opeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 ABR. 2019

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência




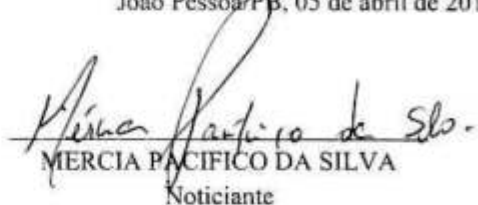
**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2019.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
MERCIA PACIFICO DA SILVA  
Noticiante



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 03786.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03786.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:58 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Mercia Pacifico da Silva**, CPF nº 065.013.024-39, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Marlene Pacifico, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/04/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professor Francisco de Sousa Rangel, Nº 08, bairro Jaguaribe, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98793-2988.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Avenida Tabajaras, Centro, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/11/18 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

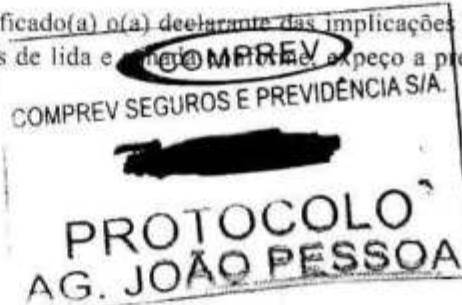
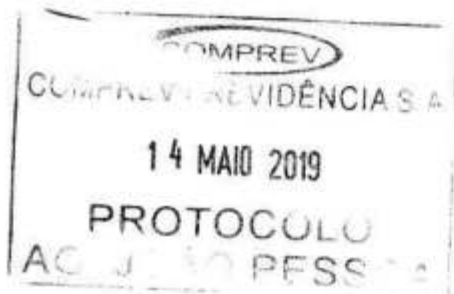
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 04/11/2018, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA CROSSER DE COR BRANCA, ANO 2018, PLACA QFT-9883/PB, CHASSI 9C6DG2550J0000959, REGISTRADA EM NOME DE CRISTIANO SALUSTINO, NA OPORTUNIDADE GUIADA PELO SENHOR DAVID NASCIMENTO GOMES DA NOBREGA, PORTADOR DO CPF 051494684-95, O QUAL ENCONTRA-SE PRESENTE NESTA SALA DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS E INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA NA AVENIDA TABAJARAS, CENTRO, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA MOTOCICLETA GUIADA PELO MESMO E EVADIU-SE DO LOCAL; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S42.2, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

**ADENDO(S):**

Que na data 05/04/2019, à(s) 10:09 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE NÃO CONHECE O PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA. Adendo registrado por: José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula: 1550888.

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 **COMPREV** opeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.





SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência




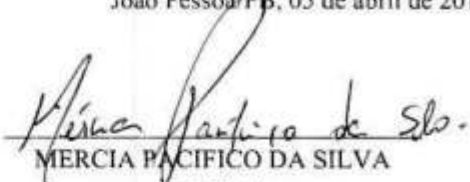
**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2019.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
MERCIA PACIFICO DA SILVA  
Noticiante

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **065.013.024-39** Nome completo da vítima: **Mercia Pacifico da Silva**

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

Nome completo: **Mercia Pacifico da Silva** CPF: **065.013.024-39**

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: **Rua Manoel Arruda Cavalcante** Número: **805** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **Manaira** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58.038.680**

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **4020** **7** CONTA: **115** **961** **5**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização no Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declaração que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nasçuro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 171 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB** **09/04/19**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**  
**09-ABR. 2019**

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fiel ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 065.013.024-39 Nome completo da vítima: Mercia Pacifico da Silva

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

Nome completo: Mercia Pacifico da Silva CPF: 065.013.024-39

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua Francisco de Souza Rangel Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_

Cidade: João Pessoa Estado: PB CEB: 58015-730

E-mail: Jaguaripe Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 4020 7 CONTA: 115 961 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vir nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 3º do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 09/04/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

Boletim de Atendimento: 1119872



Identificação do paciente			
ID 515895	Nome MERCIA PACIFICO DA SILVA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 28/04/1984	Idade 34 anos 6 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe MARLENE PACIFICO	Pai IGNORADO		Prontuário
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88719950	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3121523 2 VIA SSPPB	Nº Cns	
Local de procedência JAGUARIBE		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58015730	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FRANCISCO DE SOUZA RANGEL
Número 269	Complemento	Bairro JAGUARIBE	
Admissão			
Data e Hora 04/11/2018 18:30:15	Número da pulseira 10006922299	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
<p><i>get trauma pelo SAMU, vítima acidentada com veículo, encaminhado</i></p> <p><i>COMPREV - SEGUROS E PREVIDENCIA S/A. 09/11/2019</i></p> <p><i>PROTOKOLO AG. JOAO PESSOA</i></p> <p><i>FABRICA - FARMACIA DE MATERIAIS 123312-5</i></p>			
Diagnóstico	CID		
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL	Tempo 01min 14seg		

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>MERCIA PACIFICO DA SILVA</b>	BAE <b>1119872</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2018 18:30:15</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>28/04/1984</b>	Idade <b>34a 6m 7d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>MARLENE PACIFICO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 88719950</b>
Endereço <b>FRANCISCO DE SOUZA RANGEL, 269</b>	Bairro <b>JAGUARIBE</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES</b>	Nº Cons. Regional <b>10510/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>04/11/2018 18:30:15</b>		Data/Hora Prescrição <b>04/11/2018 18:38:56</b>	

**Anamnese**

TRAZIDO PELO SAMU, RELATO DE QUEDA DE MOTO. NEGA SINCOPE, VOMITO OU OUTROS. ALEGA ALGIA EM OMBRO E E BRAÇO E.

GB, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15, SEM SINAIS DE ALERTA OU ALARME. ABDOME INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL OU OUTROS.

[  
CD  
RX DE OMBRO E E BRAÇO E  
ORETOPEDIA  
ALTA DA CIR GERAL  
ANALGESIA**MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA

**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação

MERCIA PACIFICO DA SILVA

BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES  
(CRM: 10510/PB)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MERCIA PACIFICO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04020-7

CONTA: 000010115961-7

---

Nr. da Autenticação 3B66A1DBE784574F

BANCO DO BRASIL  
RUA MANOEL ARRUDA CAVALCANTI, 805  
MANAIRA - JOAO PESSOA - PB  
58038-680



Atenção

Se esta  
correspondência  
apresentar qualquer  
sinal de violação  
ligue imediatamente  
para a Central de  
Atendimento BE



000799

MERCIA PACIFICO DA SILVA  
RUA FRANCISCO DE SOUZA RANGEL 08  
JAGUARIBE - JOAO PESSOA - PB  
**58015-730**

BE286513787BR



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cristiano Salustino,  
RG nº 26.982.51, data de expedição 29/09/2019  
Órgão SSP, portador do CPF nº 022.464.524-9, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rita de Melo Ferreira, nº 246,  
complemento B, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima MARCIA PACIELLO DA SILVA, cujo o condutor era  
DAVID NASCIMENTO GOMES NOBREGA

Veículo: MOTO  
Modelo: CROSSER 5  
Ano: 2018  
Placa: RFT 9883  
Chassi: 9C6DG2550J0000959  
Data do Acidente: 04/11/2018  
Local e Data: AV. TACUJANA - 04/11/2018

Cristiano Salustino  Decarlinto  
Assinatura do Declarante 10º Ofício

DAVID NASCIMENTO GOMES NOBREGA

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



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimada(s) de.....  
CRISTIANO SALUSTINO.....  
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 29/09/2019 11:45:42  
Josivando Carlos de Santana Souza - Escrevente  
(2019-041062)ENL:RS 49,91 FAPEN:04 0,29 FEPJ:RS 150,166:RS 4-0  
SELO DIGITAL: A1066732-MQKZ  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
10 JUN. 2019  
FRUITICOLO  
JOÃO PESSOA





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Mercia Pacifico da Silva

DATA DE NASCIMENTO 28/04/84

NOME DA MÃE Marlene Pacifico

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112081

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1119872

DATA DO ATENDIMENTO 04/11/18

HORA DO ATENDIMENTO 18:30

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero proximal esquerdo

CID 10 S42.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, trazido pelo SAMU, nega perda da consciência ou vômitos, apresenta dor em ombro e braço esquerdo, glasgow 15, sem sinais de alerta ou alarme. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro e braço E.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de úmero proximal esquerdo

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de úmero proximal esquerdo

ALTA HOSPITALAR: 06/12/18

DATA DA EMISSÃO: 25/02/19



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente: <b>MERCIA PACIFICO DA SILVA</b>	BAE <b>1119872</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2018 18:30:15</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>28/04/1984</b>	Idade <b>34a 6m 7d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>MARLENE PACIFICO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 88719950</b>
Endereço <b>FRANCISCO DE SOUZA RANGEL, 269</b>	Bairro <b>JAGUARIBE</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES</b>	Nº Cons. Regional <b>10510/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>04/11/2018 18:30:15</b>		Data/Hora Prescrição <b>04/11/2018 18:38:56</b>	

## Anamnese

TRAZIDO PELO SAMU, RELATO DE QUEDA DE MOTO. NEGA SINCOPE, VOMITO OU OUTROS. ALEGA ALGIA EM OMBRO E E BRAÇO E.

GB, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15, SEM SINAIS DE ALERTA OU ALARME. ABDOME INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL OU OUTROS.

CD  
RX DE OMBRO E E BRAÇO E  
ORETOPEDIA  
ALTA DA CIR GERAL  
ANALGESIA

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

MERCIA PACIFICO DA SILVA

BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES  
(CRM: 10510/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

POSTO I B

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

Tel:

CNES: 454547

Paciente <b>MERCIA PACIFICO DA SILVA</b>	BAE <b>1119872</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2018 18:30:15</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>28/04/1984</b>	Idade <b>34a 6m 8d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>MARLENE PACIFICO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 88719950</b>
Endereço <b>FRANCISCO DE SOUZA RANGEL, 269</b>	Bairro <b>JAGUARIBE</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA</b>	Nº Cons. Regional <b>6229/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>04/11/2018 18:30:15</b>		Data/Hora Prescrição <b>04/11/2018 22:15:13</b>	Prontuário

**Anamnese**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO COM  
 DESVIO  
 INTERNADA PARA TRATAMENTO CIRURGICO

**DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA  
 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

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

Diluir

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

**CUIDADOS**

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA E MOTORA GUES MARCAL em 04/11/2018 18:31:29

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

Dr. Heisenberg Almeida  
 04 NOV. 2018

SSVV + CCGG

## EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PREOP)

COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PREOP)

GLICOSE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PREOP)

UREIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PREOP)

CREATININA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PREOP)

IONOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PREOP)

## PROCEDIMENTO

TIPOIA

## Conduta

Internar Paciente

MERCIA PACIFICO DA SILVA

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA  
(: 6229/PB)

Dr. Heisenberg Almeida  
CRM 6229/PB

04 NOV-2018



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE		Data/Hora Entrada	Data Baixa
MERCIA PACIFICO DA SILVA	1119872		04/11/2018 18:30:15	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
28/04/1984	34a 6m 7d	Feminino		(83) 88719950
Mãe				Prontuário
MARLENE PACIFICO				
Endereço	Bairro	Município	UF	
FRANCISCO DE SOUZA RANGEL, 269	JAGUARIBE	JOAO PESSOA	PB	
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional	
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	8252/PB	
Data/Hora Classificação	Data/Hora Prescrição			
04/11/2018 18:30:15	04/11/2018 20:10:41			

**Anamnese****ORTOPEDIA**

RELATO DE ACIDENTE DE MOTO (GARUPA), COM TRAUMA NO MSE  
E TCE OU PERDA DE CONSCIÊNCIA

REFERE DOR NA REG. DO BRAÇO E OMBRO ESQ.

EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADA

MSE: EDEMA 1+/4+ NA REG. DO OMBRO, DOR INTENSA A MANIPULAÇÃO. SEM ALTERAÇÕES  
NEUROVASCULARES NO MSE. ADM LIMITADA PELA DOR

RX: FRATURA COLO CIRURGIO UMEROS ESQ.

HD: FRATURA FECHADA UMEROS ESQ.

CD: IMOBILIZAÇÃO  
TC OMBRO ESQ.

**CUIDADOS**

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: CURATIVO COTOVELO ESQ)

**EXAME DE IMAGEM**

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

**PROCEDIMENTO**

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: MJ MSE)

**Conduta**

Em observação

MERCIA PACIFICO DA SILVA

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA  
(CRM: 8252/PB)

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: LUCIANO  
JOSE LIRA MENDES  
Em: 09/11/2018 08:39:03

Paciente <b>MERCIA PACIFICO DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1119872</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2018 18:30:15</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>28/04/1984</b>	Idade <b>34</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Prontuário <b>112081</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>04/11/2018 18:30:15</b>	Data Internação <b>04/11/2018 23:20:57</b>	Permanência na Unidade: <b>4d 14h 9min</b>		Permanência no Leito: <b>3d 9min</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 09/11/2018 08:38:51)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#FX UMEMO PROXIMAL ESQUERDO

# PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS,

PRE OP OK

CD: SOLICITO PHILLUS VPM

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 20  
Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDESDr. Luciano J Lira Mendes  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM 4290 Conselho: 4290

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOAO  
BARTOLOMEU PINTO RABELO  
Em: 05/11/2018 07:08:34

Paciente <b>MERCIA PACIFICO DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1119672</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2018 18:30:15</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>28/04/1984</b>	Idade <b>34</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Prontuário <b>112061</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>04/11/2018 18:30:15</b>	Data Internação <b>04/11/2018 23:20:57</b>	Permanência na Unidade: <b>12h 38min</b>	Permanência no Leito: <b>7h 48min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 05/11/2018 07:08:21)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, AGUARDANDO EXAMES PRÉ OP.

eção: AREA LARANJA - UDC A Leito: 0008

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

2 - CNES

2593262

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSHL

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Mizera Mairi de Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1119272

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

Masc. ☒Fem. ☒

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTDE.

## 41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Função de enfermagem: 1 (1)  
 enfermeiro: ex. 3, 5 de enfermagem (1)  
 enfermeiro: placa pulso 9x3 (1)  
 enfermeiro: perfuro Biquinac N: 27 (3) N: 40 (4)  
 enfermeiro: A. fulbre de jato A 50 (1)

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

Daniel Consuelo Amado  
 MÉDICO  
 CRM 11134

## AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: MERCIA PACIFICO DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1119872  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: 4/12/2018  
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE Umero PROXIMAL ESQUERDO  
  
CIRURGIÃO: DR JOAO HENRIQUE 1º ASS: MR1 DANIEL  
2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
TIPO DE ANESTESIA: BLOQ + GERAL HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA DE Umero PROXIMAL ESQUERDO</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE Umero PROXIMAL</b>	
<b>COM PLACA PHILLUS</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

☐ TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA

☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

*Daniel Conserva Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

MÉDICO/CRM:

DATA:

4/12/2018

CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO DELTO-PEITORAL DIREITA
AVULSÃO, DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO
Condução:
REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO COM PLACA PHILOS 9X3 FUROS + PARAFUSOS
BLOQUEADOS
LIMPEZA COM SF
Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTEREIS
RX DE CONTROLE
Observação:
HEMI J ESQUERDA

Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM-11134



# Nota de Sala Cirúrgica



NOTA DE

NOME DO PACIENTE: Antônio Pereira da Silva  
 IDADE: 37 ANOS SEXO: M PROCEDIMENTO: Prostatectomia  
 LOCAL: UTI - Centro Cirúrgico de Urgência (CCU)  
 ANESTESIA: Intubação com Ventilação Mecânica  
 ANESTESISTA: Dr. Alexandre de A. Silva  
 INSTRUMENTADOR: Dr. Paulo Roberto de A. Silva  
 DATA: 12/12/2018 TEMPO CIRÚRGICO: 18:30 INÍCIO: 13:30 FIM: 13:50

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS  
 I - ASA I - II - ASA II - III - ASA III - IV - ASA IV - V - ASA V

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18	1	FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº21	1	FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22	1	FIO DE AÇO Nº	
TETANINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DIETILÉTER		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº	
FENOLARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	2	FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	1	PYPI DEGERMANTE	1	FIO POLILACTINA Nº	40 r
FLUMAZENIL		PYPI TINTURA	1	FIO POLILACTINA Nº	
ISOFLURANO		PYPI TÓPICO		FIO POLILACTINA Nº	
LEVOSUPIVACAÍNA C/VASO	1	SABÃO ANTISEPTICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOSUPIVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/VASO		AGULHA 13X4,5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/VASO	1	AGULHA 25X07		FIO POLILECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08	1	FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X13	1	FITA CARDIACA	
NOBILUM	1	AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	1	AGULHA RAQUI Nº21G		CLIPITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUI Nº26G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº	49 1
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	1	PROTESE VASCULAR	
ATROPINA	1	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT PAN	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
PIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
SEDURINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FLUOSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAS	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAS	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	1	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	1	PLACA	
PLAST		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE	1	EQUIPO MICROGOTAS		ASPIRADOR	
PROTAMINA		ESFONJA DE PYPI	1	BISTURI ELÉTRICO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	1	CAPNOGRAFO	
ALGODÃO	1	GAZES	1	CARDIOMONITOR	
		GAZES ALGODGADAS	1	DEFIBRILADOR	
		GEL ELETROLÍTICO	1	FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº14		FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº16		MICROSCOPIO	
				OXÍMETRO DE PULSO	
				P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				PERFURADOR ELÉTRICO	
				SERRA	
				CHAVE DE TORÇÃO	

Assinatura: Antônio Pereira da Silva  
 Data: 12/12/2018  
 Local: UTI - Centro Cirúrgico de Urgência (CCU)  
 Assinatura: Dr. Alexandre de A. Silva  
 Assinatura: Dr. Paulo Roberto de A. Silva

Vanderlúcia Ferreira Gomes  
 Rec. de Enfermagem  
 CONEN-PR-057.272



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 04/12/18

PRONTUÁRIO: 4419872

PACIENTE: Mécio Pacífico da Silva

SEXO: F COR: B IDADE: 34 anos

PRESSÃO ARTERIAL 120/80 PULSO 82 RESPIRAÇÃO 12 TEMPERATURA 36,5 PESO 60kg GRUPO SANGÜÍNEO B  
ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES Ver prontuário - visto - nega alergias

AP. RESPIRATÓRIO Rt + em ambos Hmt AP. CIRCULATÓRIO Ritmo regular

AP. DIGESTIVO em jejum ESTADO MENTAL desorientada DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO desorientada + fentanil ev II ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fratura de úmero proximal @

CIRURGIA REALIZADA Ht cirúrgico de fr. de úmero proximal @

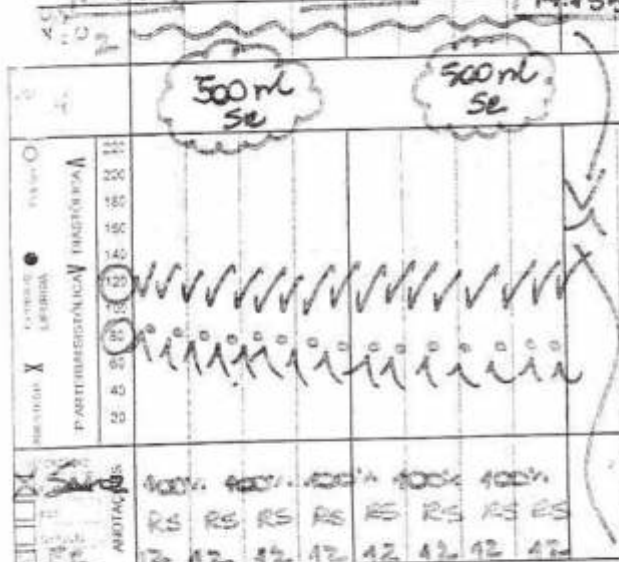
CIRURGIÃO Dr. Auxiliares

INÍCIO DA ANESTESIA 12:45hs TÉRMINO DA ANESTESIA 14:15hs DURAÇÃO DA ANESTESIA 2hs

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Gilvandro CPF CRM-PB

12:45 13:15 13:45 14:15



Paciente encaminhada para UPPA, estável hemodinamicamente, sem alterações, sem intercorrências, consciente e orientada.

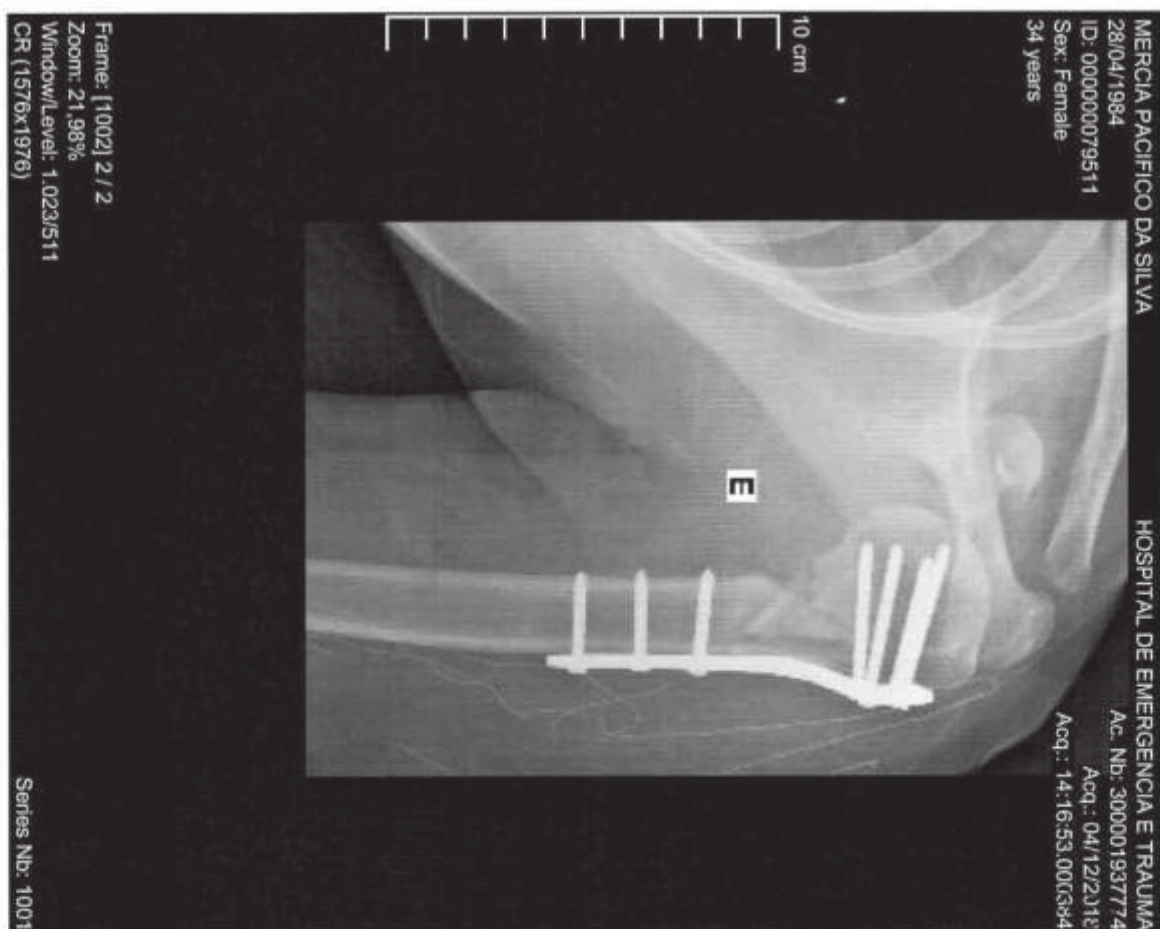
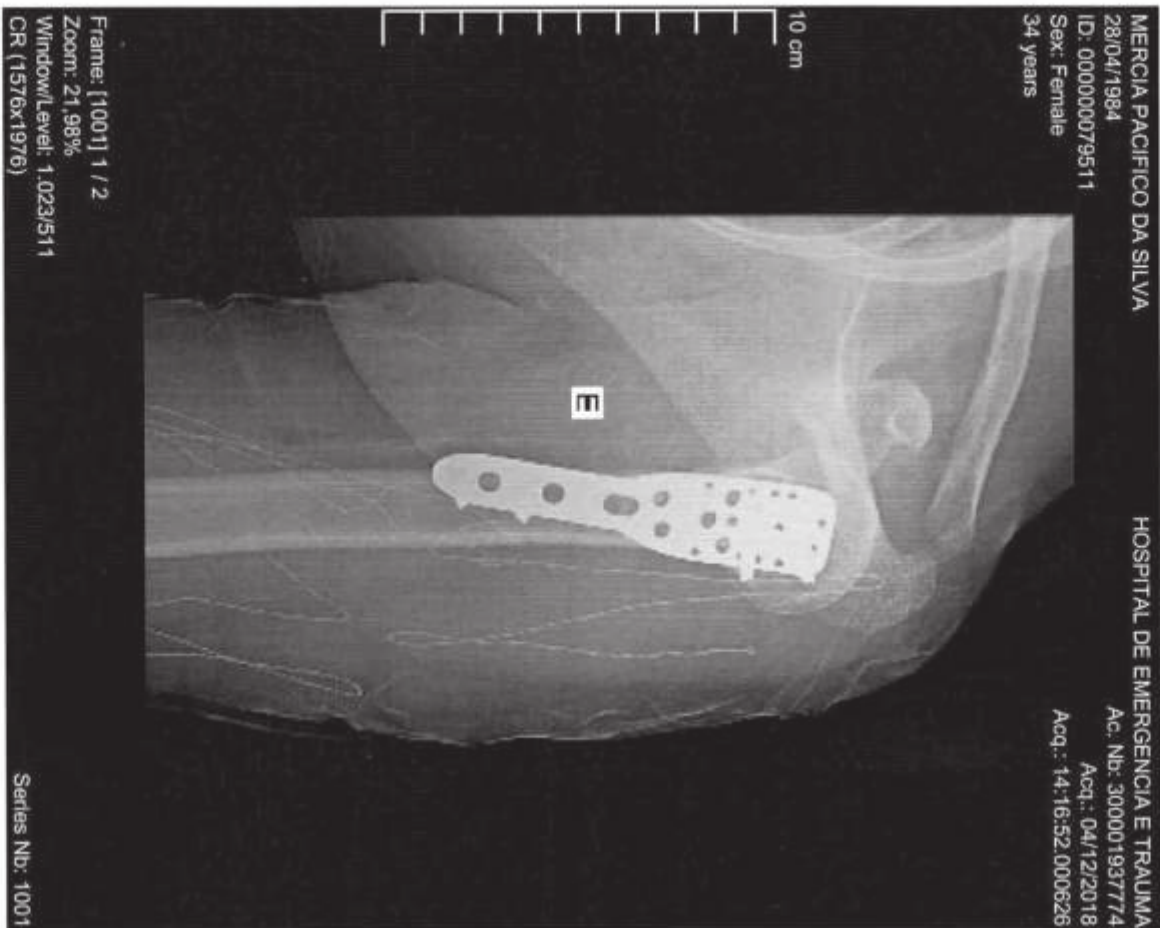
☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☐ OUTROS

USAR MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	1 NOVA Bupiv. Cl. vato 10ml	Bloqueio
	2 lidocaina Cl. vato 10ml	
USAR	3 Dexamet. 8mg	Sedação
PREPARO	500ml + 500ml fentanil 100mcg	
USAR	4 cloridrato de etomidato 2mg	
DESCRIÇÃO DO PACIENTE	6 condutor torax 8mm	
<input type="checkbox"/> AP+ <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7 dexametasona 8mg	Ev
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8 dipirona 2g	
<input type="checkbox"/> OUTROS	9 cetoroleno 100mg	
	10	

Observações importantes: Paciente monitorizada submetida à ventilação com fôlego 20ml/min, mel. tit. antinúria / diurese da região cervical anterior + later. para bloqueio do plexo braquial na via interescalênica com ag. n.º 19 + neuroestimulador. fôlego foi oxigenado com fio à 100%. Para lav. nos. cepia para Tor com tubo n.º 7,5 confirmada com ausculta + capnografia, conectada à um do aparelho de anestesia e mantida com Neuflemo. Fio satisfatório.





COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

09 ABR. 2019

PROTOCOLO  
DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-005




*Márcia Patrícia da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.121.523 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 20/10/2011

NOME MÉRICA PACÍFICO DA SILVA

FILIAÇÃO MARLENE PACÍFICO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 28/04/1984

DCC ORIGEM NASC.N.36982 FLS.38 LIV.35-A CARTORIO JOAO PESSOA PB

CNPJ 065.013.024-39

ASSINATURA DO COORDENADOR

LEI N. 7.115 DE 1984

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

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 013814000390

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. DE NA. DRT 20180000087155-2

1 0114567497-3 00/00000000 2018

NOME  
CRISTIANO SALUSTINO

CPF/CNPJ 01146452489 PLACA QFT9883/PB

PLACA ANT./UF NOVO PB DC6DG2550J0000959

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

MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ150 CROSSER S ANO FAB 2018 ANO MOT 2018

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA UNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º VENC. COTA UNICA 2º VENC. COTAS 3º

FAIXA IPVA \*\*\*\*\* PARCELAMENTO/COTAS 0

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) \*\*\*\*\* RCF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 07/03/2018

SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES  
A.F BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA

0

LOCAL JOAO PESSOA-PB DATA 08/03/2018

9999999 7003781

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190267890 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MERCIA PACIFICO DA SILVA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO. (P2)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (P8,9,13)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**


**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121639/19

Número do Sinistro: 3190267890

Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA

CPF: 065.013.024-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: MERCIA PACIFICO DA  
SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Outros

**MERCIA PACIFICO DA SILVA : 065.013.024-39**

Autorização de pagamento

### 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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/04/2019  
Nome: MERCIA PACIFICO DA SILVA  
CPF: 065.013.024-39

MERCIA PACIFICO DA SILVA


#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Obs: Conforme Boletim de Ocorrência em anexo, a vítima não conhece a proprietária da motocicleta. Por isso não tem como apresentar a declaração do proprietário do veículo.

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121639/19

Número do Sinistro: 3190267890

Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA

CPF: 065.013.024-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: MERCIA PACIFICO DA  
SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

### 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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019  
Nome: MERCIA PACIFICO DA SILVA  
CPF: 065.013.024-39

MERCIA PACIFICO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Obs: Conforme boletim de ocorrência em anexo, a vítima não conhece o proprietário da motocicleta.

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190267890 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MERCIA PACIFICO DA SILVA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO. (P2)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (P8,9,13)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO ÚMERO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO ÚMERO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50