

---

**Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190400073**

**Vítima: FRANCISCO ALVES DE LIMA**

**Data do Acidente: 15/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), FRANCISCO ALVES DE LIMA**

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, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190400073

Vítima: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Data do Acidente: 15/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO ALVES DE LIMA**

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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000066347-4

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:<br><b>0236704139</b>  | CPF da vítima:<br><b>067-778-914-98</b>                | Nome completo da vítima:<br><b>Quarunício Alvin de Lima</b> |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |  |   |
| Nome completo:<br><b>Quarunício Alvin de Lima</b>  |  | CPF:<br><b>067-778-914-98</b>                               |
| Profissão:<br><b>Pintor</b>  | Endereço:<br><b>Rua Pedro Nolasco de Menezes Filho</b> | Número:<br><b>41</b> Complemento:<br><b>AP 303</b>          |
| Bairro:<br><b>Gramma</b>   | Cidade:<br><b>João Pessoa</b>                          | Estado:<br><b>PB</b> CEP:<br><b>58067-202</b>               |
| E-mail:  | Tel. (DDD):<br><b>83 98638.4073</b>                    |   |

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: **0036** CONTA: **66347** **9**

(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 e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (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 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **João Pessoa PB 27-06-2019**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Quarunício Alvin de Lima**  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: **27 JUN. 2019**  
 CPF: \_\_\_\_\_



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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 06591.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06591.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 14 de junho 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Francisco Alves de Lima**, CPF nº 067.778.914-98, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Pintor, filho(a) de Eva Pereira de Lima Sousa e Antonio Alves de Sousa, natural de Diamante/PB, nascido(a) em 23/08/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Nolasco de Menezes Filho, Nº 71, complemento AP. 102, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Próximo Ao Parque do Sol., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98638-4073.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Ministro José Américo de Almeida, Próximo a Unimed., João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/12/18 00:05h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 15/12/2018 por volta das 00:05 horas quando transitava, pela Av. Ministro José Américo de Almeida, João Pessoa-PB; com o veículo tipo MOTO TRAXX/JL50Q-S ano e modelo: 2014/2014, de cor preta de placa: OEV9602/PB CHASSI: 951BXKBA1EB007318 pertencente ao Sr. Luiz Pereira de Almeida; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto na sua faixa quando foi abalroado por trás por um veículo não identificado/que evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU e conduzido ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1129390, TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO CID 10 T 14.9, laudo médico assinado pelo Dr. Glender Tércio G. G. da trindade e posteriormente transferido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado FRATURA DE ESCAFÓIDE DIREITO, conforme CERTIDÃO nº 0726/2019 assinado pela médica Christine Batista de Brito Lira CRM/PB 3137.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 14 de junho de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

  
FRANCISCO ALVES DE LIMA  
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: 0256704139 CPF da vítima: 067-778-914-98 Nome completo da vítima: Quemaro Alun de Lima

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

Nome completo: Quemaro Alun de Lima CPF: 067-778-914-98

Profissão: Pintor Endereço: Rua Pedro Nolasco de Menezes Filho Número: 41 Complemento: AP 103

Bairro: Gramma Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58064-202

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 83 98038-4073

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)

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

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 66347 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa PB 27-06-2019

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º Nome: 27 JUN. 2019

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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.



FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 190452 Atd: Nao Regular  
Data: 15/12/2018  
Hora: 17:45:27  
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOUREN  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.001777

CNS: 700303417987840 Sexo: M IDENTIDADE: 3228479 Fone: 988914712

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/08/1984 Id: 34 ano(s)

End.: RUA JOSE ALVES DE LIMA, 198 CASA

Bairro: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA

Pai: ANTONIO ALVES DE SOUSA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PINTOR DE OBRAS

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Tel/Doc. Responsavel: 988914712 / IDENTIDADE: 3228479

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DE TRAUMAS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO SENDO COND

Vitima de violencia por: ONTEM AS 23.50 PROX UNIMEDE

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:



CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

CAUSA DE COLISAO MOTO X CARRO, COM TRAUMA EM  
PUNHO DIREITO - ENCAMINHADO DO HEETS HL

*Encaminhado do Trauma. Ex ~~de~~ de enfermeira.*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Rx: Exame Fisico de enfermeira.*

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

*CD: 10*

*interno p/ curio eletivo*

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FRANCISCO ALVES DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000066347-4

---

Nr. da Autenticação FABAAEAFFB3D7FE5



PAULO VIRGÍNIO DOS SANTOS  
RUA PEDRO NOLASCO DE MENEZES FILHO, 71 / AN 103 - GRAMAME  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58067222 (AQ. 5)

Ligação MONOFÁSICO  
Classe RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Rotômetro 18 - 5 - 819 - 5450 Referência Mai/2019  
Medidor 0000535987 Emissão 29/05/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-200, Km 25 - Canto Releitor - João Pessoa/PB - CEP 58071-880  
CNPJ 09.095.193/0001-42 Insc. Est. 18.010.821-0

Nota Fiscal Contador Energia Elétrica Nº025 742,700  
Cód. para Dct. Automática: 00018 173083

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI                |
|-------------------|--------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Mai / 2019        | 29/05/2019   | 28/06/2019                       | 219.133.294-00<br>* Insc. Est. |

UC (Unidade Consumidora): 5/1617356-9

Canal de contato

• Constatamos em nossos arquivos pagamento em duplicidade de fatura de energia elétrica. Estamos efetuando a devolução do valor pago a maior, conforme valores exibidos no Demonstrativo abaixo.  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em [saude.gov.br/vacina-brasil](http://saude.gov.br/vacina-brasil)



| Anterior                            |         | Atual      |          | Constante   | Consumo          | Dias              |
|-------------------------------------|---------|------------|----------|-------------|------------------|-------------------|
| Data                                | Leitura | Data       | Leitura  |             |                  |                   |
| 29/04/18                            | 3083    | 29/05/19   | 3137     |             | 54               | 30                |
| Demonstrativo                       |         |            |          |             |                  |                   |
| CC: Descrição                       |         | Quantidade | Tarifa   | Valor Base  | Cost. Atq. (R\$) | Cost. Prod. (R\$) |
|                                     |         | Tributos   |          | Cost. (R\$) | Cost. (R\$)      | Cost. (R\$)       |
|                                     |         | Tributos   |          | Cost. (R\$) | Cost. (R\$)      | Cost. (R\$)       |
| 0601 Consumo em kWh                 |         | 54,000     | 0,822060 | 44,409      | 44,409           | 0,00              |
| 0601 Adc. E Amarela                 |         | 1,17       | 1,17     | 1,37        | 1,17             | 0,00              |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS              |         |            |          |             |                  |                   |
| 0807 CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA    |         | 2,51       | 0,00     | 0,00        | 0,00             | 0,00              |
| 0804 JUROS DE MORA 03/2019          |         | 0,28       | 0,00     | 0,00        | 0,00             | 0,00              |
| 0804 JUROS DE MORA 04/2019          |         | 0,15       | 0,00     | 0,00        | 0,00             | 0,00              |
| 0805 MULTA 05/2019                  |         | 0,49       | 0,00     | 0,00        | 0,00             | 0,00              |
| 0805 MULTA 04/2019                  |         | 0,68       | 0,00     | 0,00        | 0,00             | 0,00              |
| 0800 PAGTO DUBIDICIDADE (-) 04/2019 |         | -34,01     | 0,00     | 0,00        | 0,00             | 0,00              |
| 0802 2ª VIA CANCELAMENTO 04/2019    |         | 0,00       | 0,00     | 0,00        | 0,00             | 0,00              |
| 0806 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019  |         | 0,18       | 0,00     | 0,00        | 0,00             | 0,00              |

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 40,79 70,22 17,55 70,22 0,00 0,74

Tarifa e Tributos 0,511770

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

35

05/06/2019

R\$ 40,79

Histórico de Consumo (kWh)

48 | 54 | 18 | 21 | 6 | 4 | 2 | 13 | 3 | 2 | 15 | 141  
Mar/18 Jun/18 Set/18 Dez/18 Mar/19 Jun/19 Set/19 Dez/19 Mar/20 Jun/20

RESERVADO AO FISCO

af27.bf83.2854.c4a9.2933.bdef.0455.ec29

Indicadores de Qualidade

| Limites da ANEEL    | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|---------------------|---------|----------------------|
| NO ANUAL 5,10       | 0,00    | NOMINAL 220          |
| NO TRIMESTRAL 10,33 |         |                      |
| NO SEMESTRAL 20,66  |         |                      |
| NO ANUAL 5,10       | 0,00    | CONTRATADA 220       |
| NO TRIMESTRAL 10,33 |         |                      |
| NO SEMESTRAL 20,66  |         |                      |
| NO ANUAL 5,10       | 0,00    | LIMITE SUPERIOR 231  |
| NO TRIMESTRAL 10,33 |         |                      |
| NO SEMESTRAL 20,66  |         |                      |

| Discriminação                   | Valor (R\$) | %      |
|---------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. de Energia/PB | 17,03       | 41,77  |
| Consumo de Energia              | 44,409      | 108,21 |
| Serviços de Transmissão         | 7,29        | 17,88  |
| Serviços de Distribuição        | 22,26       | 54,60  |
| Outros Serviços                 | 0,00        | 0,00   |
| Total                           | 74,80       | 100,00 |

Valor em R\$ (R\$) 74,80

Faturas em atraso

ATENÇÃO

• Leitura (verifique)

PARAIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Rotômetro 18 - 5 - 819 - 5450  
Medidor 1817356-2019-05-5

05/06/2019

R\$ 40,79

83690000000-8 40790149000-0 18173562019-7 05600005019-7



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUIZ PEREIRA DE ALMEIDA,  
RG nº 620222, data de expedição 20/03/2004  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 55451721491, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA PEDRO NOBILIO DE MENEZES nº 71,  
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 FRANCISCO ALVES DELIMA, cujo o condutor era  
FRANCISCO ALVES DELIMA.

Veículo: MOTO  
Modelo: TRAXX 150 Q-8  
Ano: 2014  
Placa: 06V9602/B  
Chassi: 9S1B XH BALEB 007318  
Data do Acidente: 15/02/2018  
Local e Data: João Pessoa, 14/06/2019



Luiz Pereira de Almeida

Assinatura do Declarante



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



**Selo Digital**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR  
Selo: Maria Angélica Souto Correia  
Tabela

1º OFÍCIO DE NOTAS  
2º TABELADO DE PROTESTOS  
JACARA 1012 Nº 01 - CENTRO  
CEP: 52013-012 - JACARA, PERNAMBUCO  
FONE: (081) 3241-5240 FAX: (081) 3241-5240

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....

LUIZ PEREIRA DE ALMEIDA.....

Em test.da verdade. João Pessoa-PB 14/06/2019 12:04:19

Dario dos Santos Lima - Escrevente

[2019-013317]EMOL:R\$ 19,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: A1089597-H03B

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tinh.iss.br>



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

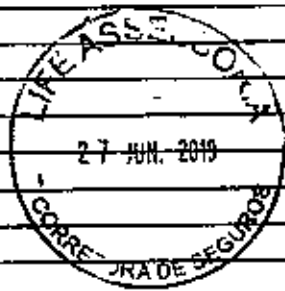
Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: ① Fx fechada do antebraço DR

② FCC suscitando um abcesso esp.

Conduta: ① Internar

② T.O.



Dr. João Paulo Prieto  
Clínica de Traumatologia  
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira, João Pessoa - PB.  
CNPJ 07.001.156/0001-00



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

1. Pac. em DM pos. lit. flex. 30°
2. Anestesia, antiespasmódica, colocação cateter urinário

### Incisão:

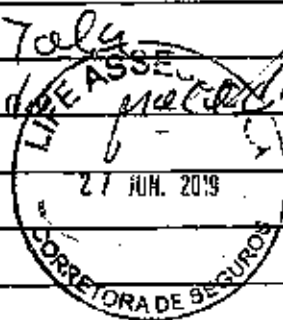
3. Incisão oblíqua sobre pulso sobre flexão ②
4. Anestesia por plano

### Achados:

5. Visualizada pseudotumor de escápula ②
6. Quebrado bôca de pseudotumor; colocação entesa com estentimento de rede de titânio

### Conduta:

7. Fixar c/ fio fino Herbert. 22 c/ auxílio de escópio
8. Controle c/ escópio
9. Fechamento p/ plano
10. Curativo + de controle + Tala
11. Pac. perfere ao final de procedimento



### Fechamento:

### OBS:

Data:

26/12/18

Dr. Tiberio Vanomark  
Ortopedia / Cirurgia de Mão  
CRM-PB 8252 / TEOT 14840

MÉDICO/CRM

## CERTIDÃO

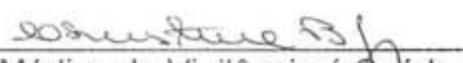
Nº. 0726/2019

Atendendo solicitação de JULIANA MARIA DIAS DE MORAIS e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 190452 e Prontuário nº 2018.12.1777 pertencentes ao paciente **FRANCISCO ALVES DE LIMA** requerente que foi atendida dia 15/12/2018 às 17h45min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de escafóide direito. Realizado procedimento cirúrgico no dia 26/12/2018, com alta médica no 28/12/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de maio de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 190452 Atd: Nao Regulac  
Data: 15/12/2018  
Hora: 17:45:27  
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOUREN  
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.001777

CNS: 700303417987840 Sexo: M IDENTIDADE: 3228479 Fone: 988914712

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/08/1984 Id: 34 ano(s)

End.: RUA JOSE ALVES DE LIMA, 198 CASA

Bairro: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA

Pai: ANTONIO ALVES DE SOUSA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PINTOR DE OBRAS

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Tel/Doc. Responsavel: 988914712 / IDENTIDADE: 3228479

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DE TRAUMAS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO SENDO COND

Vitima de violência por: ONTEM AS 23.50 PROX UNIMEDE

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:



CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

MA DE COLISAO MOTO X CARRO, COM TRAUMA EM  
PUNHO DIREITO - ENCAMINHADO DO HEETSHL

*Encomendado do Trauma. Fx ~~de~~ de susp/et M.*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Rx: Fx fechado de susp/et M.*

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

*CO: 10*

*interno p/ curio eletro*





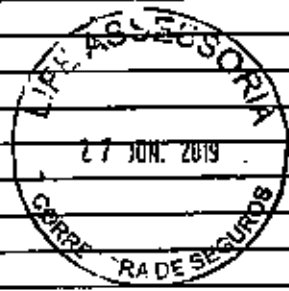


## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Fernando Alves da Silva Data da Admissão: 15/11/18  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: \_\_\_\_\_

ADA: Ex febre de 15 dias. S. S. S.  
Quanto de mto.



Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: \_\_\_\_\_

SME: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]





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 n° 1129390**

**PACIENTE: FRANCISCO ALVES DE LIMA**

**DATA DE NASCIMENTO: 23.08.84**

**Data e Hora do Atendimento: 15.12.18**

**Horário: 0:44h**


**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital trazido pelo SAMU vítima de acidente de motocicleta queixando de dor na região lombar e ferimento no cotovelo esquerdo. Atendido pelo Dr. Ricardo R. Carvalho CRM 6628, Dr Leonardo Soares de Lima.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO CID 10 T 14 9**

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**  
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, avaliação da cirurgia geral, Rx de Torax , Rx da coluna cervical e tratamento clinico conservador.

**ALTA HOSPITALAR: 15.12.18 às 2:24h.**

**Data da Emissão: 26.02.19**

  
DR. GLENDER TERCIO TRINDADE  
AUDITOR CVB/HETSHL  
CRM 3920  
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.

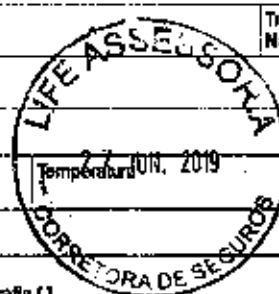
Lactopig

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332186700

Boletim de Atendimento: 1129390



| Identificação do paciente  |  |                                       |                                  |            |         |                      |
|--|--|---------------------------------------|----------------------------------|------------|---------|----------------------|
| ID<br>888511   | Nome<br>FRANCISCO ALVES DE LIMA                  | Sexo<br>Masculino                     |                                  |            |         |                      |
| Data de nascimento<br>23/09/1984   | Idade<br>34 anos 3 meses 22 dias                 | Estado civil<br>UNIAO ESTAVEL         | Religião<br>NAO INFORMADA        | Promitório |         |                      |
| Mãe<br>EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA   | Pai<br>ANTONIO ALVES DE SOUSA                    |                                       |                                  |            |         |                      |
| Escala de risco<br>NAO INFORMADO   | Responsável (Parentesco)<br>O MESMO - O MESMO(A) |                                       |                                  |            |         |                      |
| DDD Móvel<br>83  | Fone Móvel<br>88934161                           | DDD Fixo                              | Fone Fixo                        |            |         |                      |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)  | Número documento<br>3228478                      | Nº Cns<br>702402042548623             |                                  |            |         |                      |
| Local de procedência<br>TORRE  | Tipo<br>BAIRRO                                   |                                       | UF<br>PB                         |            |         |                      |
| Email  | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                      | CBOR                                  |                                  |            |         |                      |
| Endereço   |  |                                       |                                  |            |         |                      |
| CEP<br>58040803  | Município de residência<br>JOAO PESSOA           | UF<br>PB                              | Logradouro<br>José Alves de Lima |            |         |                      |
| Número<br>198  | Complemento                                      | Bairro<br>Torre                       |                                  |            |         |                      |
| Admissão   |  |                                       |                                  |            |         |                      |
| Data e Hora<br>15/12/2018 00:44:35   | Número da pulseira<br>100006841644               | Comente<br>SUS                        |                                  |            |         |                      |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL  | Clínica  |                                       |                                  |            |         |                      |
| Classificação do risco   | Origem do paciente<br>RUA                        |                                       |                                  |            |         |                      |
| Caráter de atendimento   | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>QUEDA / OUTROS |                                  |            |         |                      |
| Indicadores e Transporte   |  |                                       |                                  |            |         |                      |
| Caso potencial<br>Não  | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Não             | Trauma<br>Não                    |            |         |                      |
| Meio de transporte<br>SAMU   | Quem transportou                                 |                                       |                                  |            |         |                      |
| Sinais Vitais  |  |                                       |                                  |            |         |                      |
| PA<br>x mmHg   | Pulso  |                                       | Temperatura<br>27,0°C, 2019      |            |         |                      |
| Exames complementares  |  |                                       |                                  |            |         |                      |
| Raio X [ ]   | Sangue [ ]                                       | Urina [ ]                             | TC [ ]                           | Liquor [ ] | ECG [ ] | Ultrassonografia [ ] |
| Dados clínicos<br>Paciente admitido em emergência, com queixa de dor abdominal, não tolerando alimentos, vomitando. Exame físico normal. |  |                                       |                                  |            |         |                      |
| Diagnóstico  |  |                                       |                                  |            |         | CID                  |
| Atendido por<br>SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO  |  |                                       |                                  |            |         | Tempo<br>26seg       |



Imprimir

**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNPJ: 445365

|                         |  |                           |  |                      |  |                         |  |                   |  |                               |  |
|-------------------------|--|---------------------------|--|----------------------|--|-------------------------|--|-------------------|--|-------------------------------|--|
| Paciente                |  | FRANCISCO ALVES DE LIMA   |  | Data/Hora Entrada    |  | 15/12/2018 00:44:35     |  | BAE               |  | 1129390                       |  |
| Data de nascimento      |  | 23/08/1984                |  | Idade                |  | 34a 3m 22d              |  | Sexo              |  | Masculino                     |  |
| Nome                    |  | EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA |  | Múltiplo             |  | JOAO PESSOA             |  | UF                |  | PB                            |  |
| Endereço                |  | José Alves de Lima, 198   |  | Bairro               |  | Torne                   |  | Profissional      |  | RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO |  |
| Acidente                |  | QUEDA / OUTROS            |  | Motivo               |  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA |  | Nº Cons. Regional |  | 6628/PB                       |  |
| Data/Hora Classificação |  | 15/12/2018 00:44:35       |  | Data/Hora Prescrição |  | 15/12/2018 02:24:38     |  |                   |  |                               |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Anamnese</b>   |  |
| ACIDENTE DE MOTO<br>QUEIXA DE DOR EM COTOVELO ESQUERDO<br>FERIMENTOS CORTO CONTUSO EM REGIÃO DE COTOVELO<br>GLASGOW 15<br>REALIZOU RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR SEM SINAIS DE FRATURAS<br>NO MOMENTO SEM DOR EM COLUMNA VERTEBRAL<br>CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA; SUTURA DE FERIMENTOS E CURATIVO; AGUARDA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA |  |
| <b>Dados coletados anteriormente</b> <input type="checkbox"/> utilizar na impressão?  |  |
| <b>Conduta</b>  |  |
| Paciente encaminhado com sucesso para a seção   |  |

FRANCISCO ALVES DE LIMA  
RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO (6628/PB)

Dr. Ricardo R. Carvalho  
Neurocirurgião  
CRM - 6628





**AREA VERMELHA**
**Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090**
**Tel:**
**CNES: 6121221**

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| Paciente<br><b>FRANCISCO ALVES DE LIMA</b>            | BAE<br><b>1129390</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>15/12/2018 00:44:35</b>         | Data Baixa                                  |
| Data de nascimento<br><b>23/06/1984</b>               | Idade<br><b>34a 3m 22d</b>               | Sexo<br><b>Masculino</b>                                | CNS<br><b>702402042548623</b>               |
| Mãe<br><b>EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA</b>               |  |   | Telefone de Contato<br><b>(83) 88934151</b> |
| Endereço<br><b>José Alves de Lima, 190</b>            | Beiró<br><b>Torre</b>                    | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                         | UF<br><b>PB</b>                             |
| Acidente<br><b>QUEDA / OUTROS</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ</b> | Nº Cons. Regional<br><b>10271/PB</b>        |
| Data/Hora Classificação<br><b>15/12/2018 00:44:35</b> |  | Data/Hora Prescrição<br><b>15/12/2018 01:08:27</b>      |   |

### Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO. ENCONTRA-SE EMBRIAGADO, QUEIXANDO DE DOR EM REGIÃO LOMBAR. MOVIMENTA ATIVAMENTE PESCOCO E MEMBROS.

### AO EXAME:

A: VIA AÉREA PERVIA E SEM ALTERAÇÕES EM REGIÃO CERVICAL;

B: RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE, EXPANSIBILIDADE TORACICA PRESERVADA E SEM DEFORMIDADES TORACICAS;

C: EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS COM PULSOS PALPAVEIS BILATERALMENTE; FERIMENTO EM COTOVELO ESQUERDO SEM SANGRAMENTO IMPORTANTE;

D: GLASGOW 15;

E: SEM RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO EM MMSS E MMII

### CDT:

PRESCREVO SG 5%, DIPIRONA E CETOPROFENO;

SOLICITO RX DE COLUNA LOMBAR + AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA;

CURATIVO EM COTOVELO;

ALTA DA CIRURGIA GERAL.

### MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR

### CID10

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado |
| T14.9  | Traumatismo não especificado |

### Conduta

Em observação



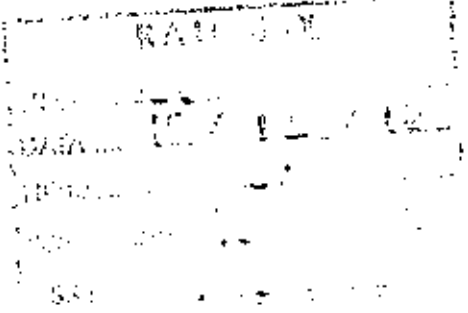
Dr. Leonardo Soares de Lima  
Cirurgião Geral - UPA 2018

João Pedro Lacerda  
Médico  
CRM-PB 11413

FRANCISCO ALVES DE LIMA

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ  
(CRM: 10271/PB)

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

|   |                                  |   |
|---|----------------------------------|---|
| Nome<br>FRANCISCO ALVES DE LIMA   |                                  |   |
| Data de<br>23/08/1984   | Nº Boletim Emergência<br>1129390 | Prontuario                              |
| Material a examinar   |                                  |   |
|   |                                  | Data Prescrição:<br>15/12/2018 01:08:27 |
| <p>EXAME DE IMAGEM</p> <p>RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR</p>  |                                  |   |



Dr. Leonardo Soares de Lima  
MÉDICO  
CRM-PB 41413

João Pedro Lacerda  
MÉDICO  
CRM-PB 41413

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher campos separados para imagem e fisioterapia análise cirúrgica

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**FRANCISCO ALVES DE LIMA**

**DOC. IDENTIDADE / OUT. PESSOAL Nº**  
3228479 **UF**  
PB

**CPF**  
067.778.914-98 **DATA NASCIMENTO**  
23/08/1984

**FUNÇÃO**  
ANTONIO ALVES DE SOUSA  
EVA PEREIRA DE LIMA  
SOUSA

**PERÍODO** **ACC** **CAUSA**  
A

**Nº REGISTRO**  
05683131287 **VIGÊNCIA**  
04/10/2022 **1ª EMISSÃO**  
07/01/2013

**CONDIÇÕES**

*Francisco Alves de Lima*  
ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
JOÃO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO**  
05/10/2017

*João Pessoa*  
ASSINATURA DO EMISSOR

**61434695031**  
**PB035494506**

**PARAÍBA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1545209151

PROVEDOR PLASTIFICAR  
1545209151



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013027542701  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PLACA ANT. / UF 20170800059119-4  
1 0107721746-0 00/00000000 2017

NOME  
LUIZ PEREIRA DE ALMEIDA

CPF / CNPJ 55451721491 PLACA OEV9602/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB 951BXXKBA1EB007318

ESPECIE TIPO PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO MOTO TRAXX/JL50Q-8 ANO FAB. 2014

CAP. / POT. / cil. 2 P/49 /CI CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA IPVA ISENTO 00/00/0000 VENC. COTA UNICA VENC. COTAS

FADIA IRYA PARCELAMENTO / COTAS 2

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 23/02/2017

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA-PB DATA 24/02/2017

42277 4049

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013027542701 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO 2017 DATA EMISSÃO 24/02/2017

CPF / CNPJ 55451721491 PLACA OEV9602/PB

2014 9 951BXXKBA1EB007318

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAM (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* 10F (R\$) SEGURO P A G O

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 23/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 00.348.808/0001-04

4049-0850171-20170224





## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Francisco Alves de Jesus  
 DATA DO ACIDENTE 15/12/2018 CPF DA VÍTIMA 064-478-914-98  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Francisco Alves de Jesus  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Francisco Alves de Jesus  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Pedro Medeiros de Albuquerque Filho  
 Nº 41 COMPLEMENTO AP 103 BAIRRO Guararapes  
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58064-222  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (33) 98638-4043

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRABALHO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRABALHO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27-06-2019IDENTIDADE 3228499ASSINATURA Francisco Alves de JesusDATA 27 JUN 2019

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

CORRETORA DE SEGUROS

NOME

ASSINATURA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190400073 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ALVES DE LIMA **Data do acidente:** 15/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 15/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FERIMENTO CORTO CONTUSO NO COTOVELO ESQUERDO. P10  
FRATURA FECHADA DO ESCAFOIDE DIREITO. P1/2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P2  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**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 punhos | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total   |  |  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0216704/19

**Vítima:** FRANCISCO ALVES DE LIMA

**CPF:** 067.778.914-98

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 15/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO ALVES DE LIMA

## 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  
Outros

**FRANCISCO ALVES DE LIMA : 067.778.914-98**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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: 27/06/2019  
Nome: FRANCISCO ALVES DE LIMA  
CPF: 067.778.914-98

FRANCISCO ALVES DE LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA