
Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711674

Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE NOBRE DE SOUSA

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

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724293

Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NOBRE DE SOUSA

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, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724293

Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE NOBRE DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724293

Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NOBRE DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do 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 ombros

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: **JOSE NOBRE DE SOUSA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000003396-0**

Conta: **000010103848-8**

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.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0461454139 3 - CPF da vítima: 057.148.851-04 4 - Nome completo da vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

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

5 - Nome completo: JOSE NOBRE DE SOUSA 6 - CPF: 057.148.851-04
7 - Profissão: ELETRICISTA 8 - Endereço: Rua DEP. BARRETO SOBRINHO 9 - Número: 365 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM DAS ACACIAS 12 - Cidade: JOIAS PESSOA 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 58.020-680
15 - E-mail: (83) 98651-8167

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3396 0 CONTA: 103848 6

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairacer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

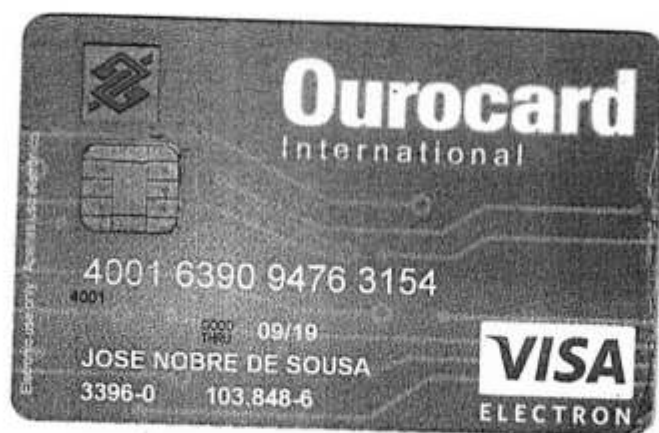
40 - Local e Data,

JOIAS PESSOA-PI, 19/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Ourocard
International

4001 6390 9476 3154

JOSE NOBRE DE SOUSA
3396-0 103.848-6

VISA
ELECTRON



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro (ver ART): 047 2535/139 3 - CPF do vítima: 057.148.851-04 4 - Nome completo da vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

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

5 - Nome completo: JOSE NOBRE DE SOUSA 6 - CPF: 057.148.851-04
7 - Profissão: ELETRICISTA 8 - Endereço: RUA DEP. BARRETO SOBRINHO 9 - Número: 365 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM DAS ACACIAS 12 - Cidade: JUAZ Pessoa 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 58.020-680
15 - E-mail: (83) 98651-8167

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3396 0 CONTA: 103848 6 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/indenização 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.

22 - 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 o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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 perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima: _____
25 - Grande Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou parentes próximos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou parentes mais próximos? ☐ 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 extinção de recurso e valor recebido, bem como responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - 1ª Testemunha: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª Testemunha: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: JUAZ Pessoa-PI, 30/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

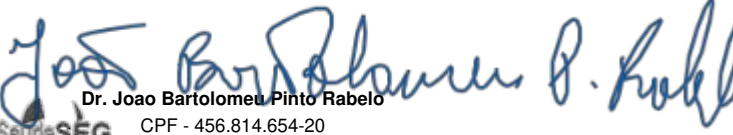
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190724293
Nome do(a) Examinado(a): Jose Nobre de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): R Dep Barreto Sobrinho, 365
Tambá Joao Pessoa PB CEP: 58020-680
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3956710
Data local do acidente: [07/09/2019]
Data local do exame: [13/01/2020] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.
Complicações: RECIDIVA DA LUXAÇÃO
Data da Alta: 15/11/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO ESQUERDO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14450.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14450.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:01 horas do dia 19 de dezembro 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 **Jose Nobre de Sousa**, CPF nº 057.148.851-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Eletricista, filho(a) de Luzia Maria de Sousa e Severino Pereira de Sousa, natural de Catolé do Rocha/PB, nascido(a) em 07/04/1946 (73 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado Barreto Sobrinho, Nº 265, bairro Tambiá, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98815-6266.

Dados do(s) Fatos:

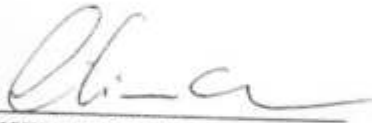
Local: Av. Capitão Francisco Pereira, Não Informado., João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/09/19 13:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

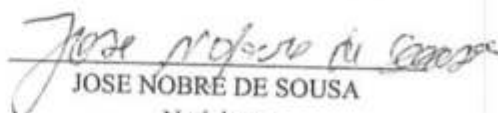
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 07/09/2019 por volta das 13:25 horas quando transitava pelo Av. Cap. Francisco Pereira; Novais; João Pessoa-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 125 TITAN ano e modelo: 1996/1996, de cor azul de placa: MMR1775/PB CHASSI: 9C2JC250TTR049198 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto numa rua sem sinalização de placa PARE quando ao entrar numa rua sem parar veio a atingir um veículo não identificado, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU, conforme DECLARAÇÃO nº 912/040, para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA nº 1.188.573, TRAUMATISMO NÃO IDENTIFICADO CID T14.9 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

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, 19 de dezembro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


JOSE NOBRÉ DE SOUSA
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14450.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14450.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:01 horas do dia 19 de dezembro 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 **Jose Nobre de Sousa**, CPF nº 057.148.851-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Eletricista, filho(a) de Luzia Maria de Sousa e Severino Pereira de Sousa, natural de Catolé do Rocha/PB, nascido(a) em 07/04/1946 (73 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado Barreto Sobrinho, Nº 265, bairro Tambiá, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98815-6266.

Dados do(s) Fatos:

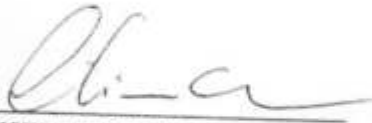
Local: Av. Capitão Francisco Pereira, Não Informado., João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/09/19 13:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

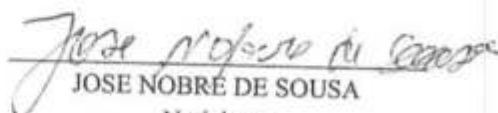
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 07/09/2019 por volta das 13:25 horas quando transitava pelo Av. Cap. Francisco Pereira; Novais; João Pessoa-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 125 TITAN ano e modelo: 1996/1996, de cor azul de placa: MMR1775/PB CHASSI: 9C2JC250TTR049198 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto numa rua sem sinalização de placa PARE quando ao entrar numa rua sem parar veio a atingir um veículo não identificado, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU, conforme DECLARAÇÃO nº 912/040, para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA nº 1.188.573, TRAUMATISMO NÃO IDENTIFICADO CID T14.9 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

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, 19 de dezembro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


JOSE NOBRÉ DE SOUSA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0461954139 3 - CPF da vítima: 057.148.851-04 4 - Nome completo da vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: JOSE NOBRE DE SOUSA 6 - CPF: 057.148.851-04
7 - Profissão: ELETRICISTA 8 - Endereço: RUA DEP. BARRETO SOBRINHO 9 - Número: 365 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM DAS ACACIAS 12 - Cidade: JOMES PESSOA 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 58.020-680
15 - E-mail: (83) 98651-8167

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3396 0 CONTA: 103848 6

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

JOMES PESSOA-PI, 19/12/2019

* JOSE NOBRE DE SOUSA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro (ver ART): 047 2535/139 3 - CPF do vítima: 057.148.851-04 4 - Nome completo da vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

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

5 - Nome completo: JOSE NOBRE DE SOUSA 6 - CPF: 057.148.851-04
7 - Profissão: ELETRICISTA 8 - Endereço: RUA DEP. BARRETO SOBRINHO 9 - Número: 365 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM DAS ACACIAS 12 - Cidade: JUAZ Pessoa 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 58.020-680
15 - E-mail: (83) 98651-8167

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3396 0 CONTA: 103848 6 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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/indenização 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.

22 - 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 o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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 perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima: _____
25 - Grande Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou parentes próximos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou parentes mais próximos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 extinção de recurso e valor recebido, bem como responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - 1ª (Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª (Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JUAZ Pessoa-PI, 30/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP: 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 912/040, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2551586, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSE NOBRE DE SOUSA**, idade 73 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 07/09/2019, na Av. Cap. Francisco Pereira, Bairro: Novais - João Pessoa - aproximadamente às 13:25 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 18 de Dezembro de 2019.

Marina Travassos Lopes
Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
Mat. 67-574-8

Marina Travassos Lopes
Mat.: 67574-8
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.115-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO**MATRÍCULA****623733****REFERÊNCIA****DEZ/2019****CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS****JOSE DE NOBRE SOUSA****RUA DEP BARRETO SOBRINHO, 365 - JARDIM DAS ACACIAS
JOAO PESSOA PB 58020- 680**

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.001.310.0035.000	000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	
		1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A05X041570	22/02/2007	EXTERNO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
1516		1523	7	30	11/01/2020	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
NOV/2019	6	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
OUT/2019	5	TURBIDEZ	268	288	279	
SET/2019	7	CLORO	268	288	288	
AGO/2019	7	COL. FERRO	0	0	0	
JUL/2019	6	COR	73	145	139	
JUN/2019	4	COL. TOTAIS	268	288	274	
MEDIA(N)	5	DADOS REFERENTES A: OUT/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 12/12/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 08:38:57

DESCRIÇÃO**ÁGUA****CONSUMO****TOTAL(R\$)**

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

7 M3

37,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ESGOTO

7 M3

30,33

ACRESCIMOS MES(ES) ANT. 09/2019

1,38

JUROS DE MORA 09/2019

0,98

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:**24/12/2019****Total a Pagar:****R\$ 70,60**

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUARIO: EM 30/11/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ABASTECIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

**CAGEPA**
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
623733	DEZ 2019	24/12/2019	R\$ 70,60

82670000000 1 70600010001 8 00062373301 1 12201930003 9



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.115-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

623733

REFERÊNCIA

DEZ/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE DE NOBRE SOUSA

RUA DEP BARRETO SOBRINHO, 365 - JARDIM DAS ACACIAS

JOAO PESSOA PB 58020- 680

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.001.310.0035.000	000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	
		1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A05X041570	22/02/2007	EXTERNO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
1516		1523	7	30	11/01/2020	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
NOV/2019		6	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
OUT/2019		5	TURBIDEZ	268	288	279
SET/2019		7	CLORO	268	288	288
AGO/2019		7	COL. FERRO	0	0	0
JUL/2019		6	COR	73	145	139
JUN/2019		4	COL. TOTAIS	268	288	274
MÉDIA(H)		5	DADOS REFERENTES A: OUT/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 12/12/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 08:38:57

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

7 M3

37,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ESGOTO

7 M3

30,33

ACRESCIMOS MES(ES) ANT. 09/2019

1,38

JUROS DE MORA 09/2019

0,98

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

24/12/2019

Total a Pagar:

R\$ 70,60



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUARIO: EM 30/11/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ABASTECIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

**CAGEPA**
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA

623733

REFERÊNCIA

DEZ 2019

VENCIMENTO

24/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 70,60

82670000000 1 70600010001 8 00062373301 1 12201930003 9





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Gerado: Mandeirito, Paraíba



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente JOSE NOBRE DE SOUSA	BAE 1188573	Data/Hora Entrada 07/09/2019 14:21:00	Data Baixa
Data de nascimento 07/04/1946	Idade 73a 5m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986809799
Mãe LUZIA MARIA DE SOUSA		CNS	Prontuário
Endereço DÉPUTADO BARRETO SOBRINHO, 265	Bairro TAMBIÁ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. R-gono 2489/PB
Data/Hora Classificação 07/09/2019 14:21:00		Data/Hora Prescrição 07/09/2019 19:45:31	

ANAMNESE

CIRURGIA GERAL PACIENTE ASSINTOMÁTICO. US FAST SEM ANORMALIDADES. CD ALTA DA CIRURGIA GERAL

Conduta

Em observação

Dr. Alan Duque
Cirurgião Geral em Atividade
CRM 13599
CBO 3511

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 07/09/2019 14:22:02



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Cidade: Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEQUE
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1188573



Identificação do paciente						
ID 1435842	Nome JOSE NOBRE DE SOUSA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 07/04/1945	Idade 73 anos 5 meses	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe LUZIA MARIA DE SOUSA	Pai SEVERINO PEREIRA DE SOUSA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Celular 83	Celular 968309799	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3859710	Nº Cns				
Local de procedência BAIRRO DOS NOVAIS	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade CATOLE DO ROCHA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58020000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DEPUTADO BARRETO SOBRINHO			
Número 286	Complemento	Bairro TAMBIA				
Admissão						
Data e Hora 07/09/2019 14:21:00	Número da pulseira 1000007598653	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 QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por FRISCLA JORGE DA SILVA						Tempo 01min 02seg

Imprimir



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Jose Nôbe de Souza

Paciente vítima
de acidente de moto
do qual resultou
luxação acromioclavicular
e, no
momento clínico

08
11
15


Dr. Thiago C. Nogueira
Atividade: Traumatologia
CRM: 4511

Assinatura e Carimbo



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE NOBRE DE SOUSA
DATA DE NASCIMENTO	07/04/46
NOME DA MÃE	LUZIA MARIA DE SOUSA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.188.573
DATA DO ATENDIMENTO	07/09/19
HORA DO ATENDIMENTO	14:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com dor torácica, sem déficit. Tem contusão em região frontal.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna dorsal
RX de torax
Ultrassonografia - FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

Sintomático.

ALTA HOSPITALAR:	07/09/19
DATA DA EMISSÃO:	12/12/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



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

Atendimento: 201932330998

Data Nasc: 07/04/1946 - 73 anos

Paciente: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data Exame: 07/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL

Técnica:

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

Análise:

Fratura da porção anterior do primeiro arco costal esquerdo. Edema e infiltração liquida em partes moles adjacentes.

Derrame pleural laminar à esquerda.

Osteofitos anteriores difusos.

Corpos vertebrais dorsais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.

Processos transversos e espinhosos sem alterações.

Articulações interapofisárias de aspecto habitual.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

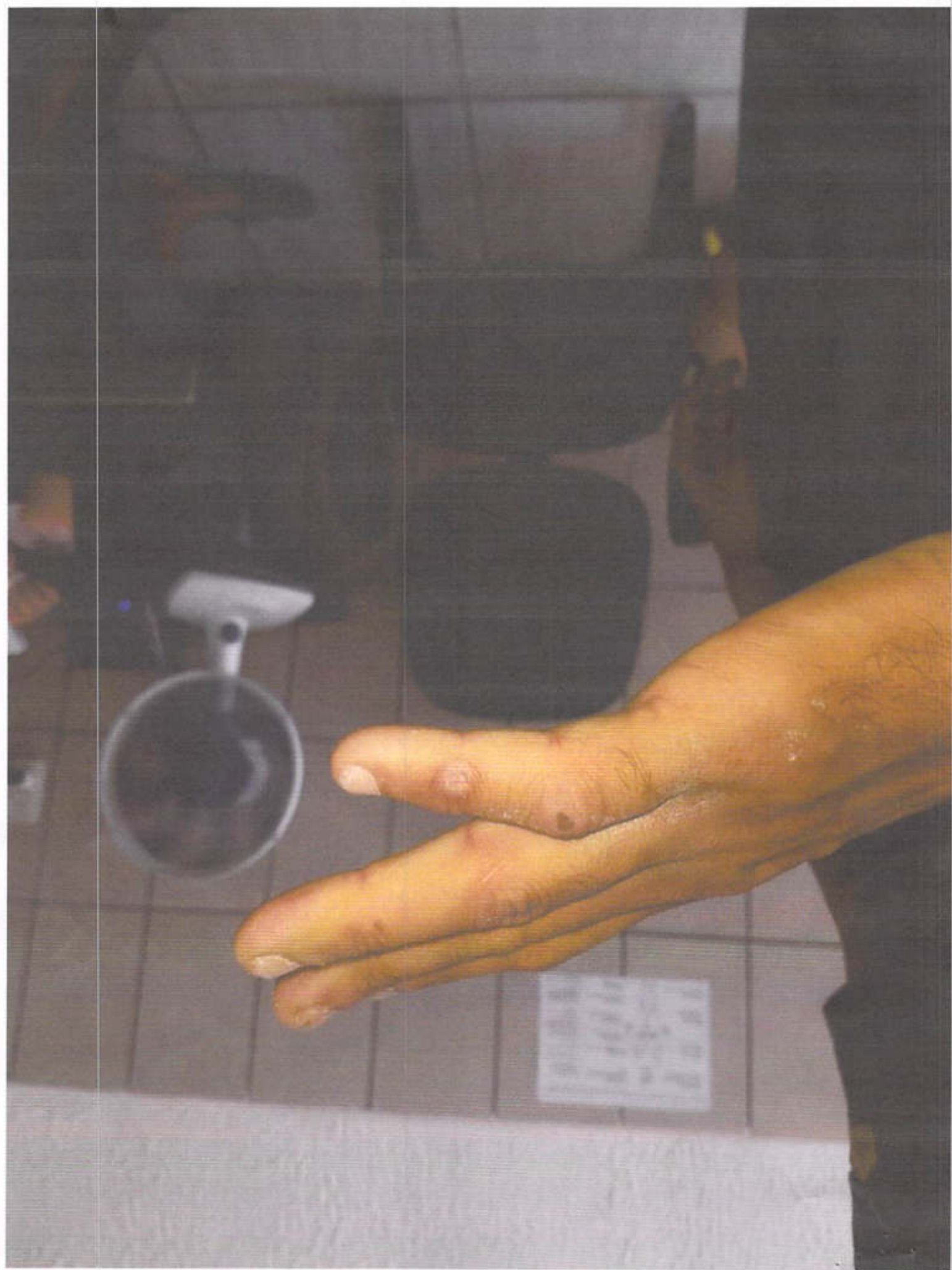
Nota:

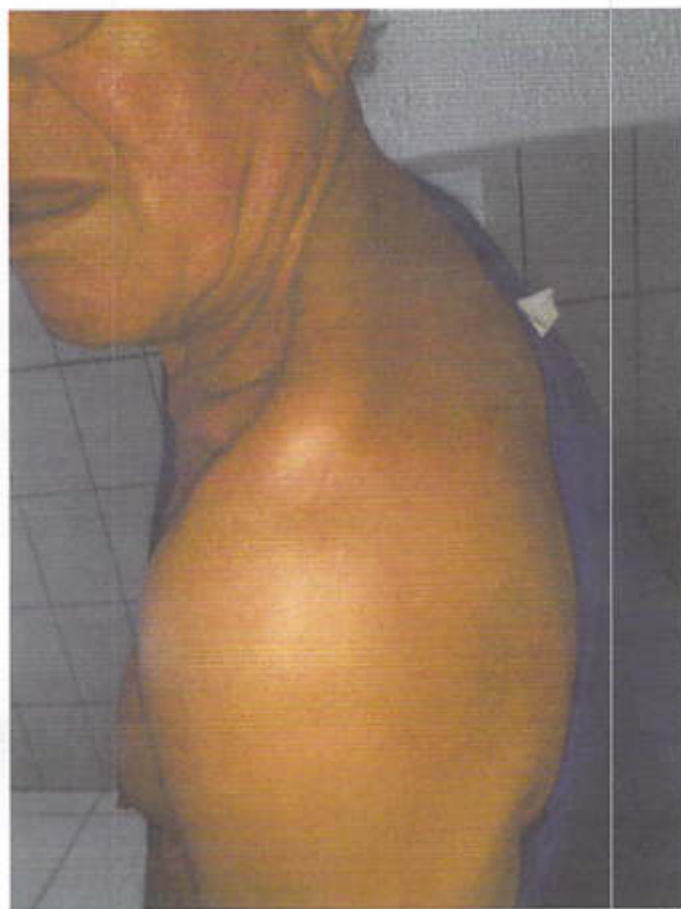
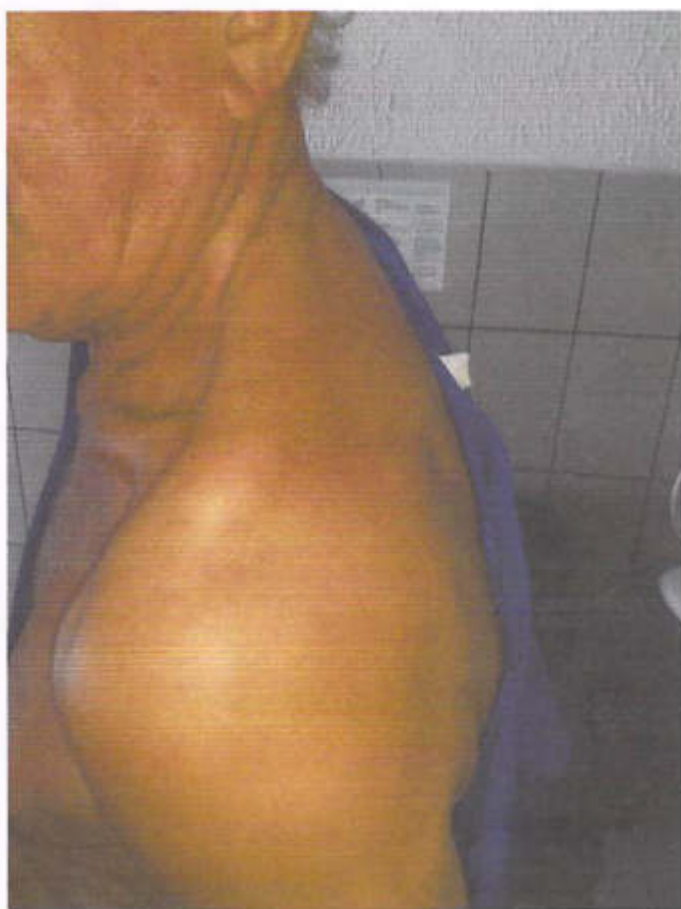
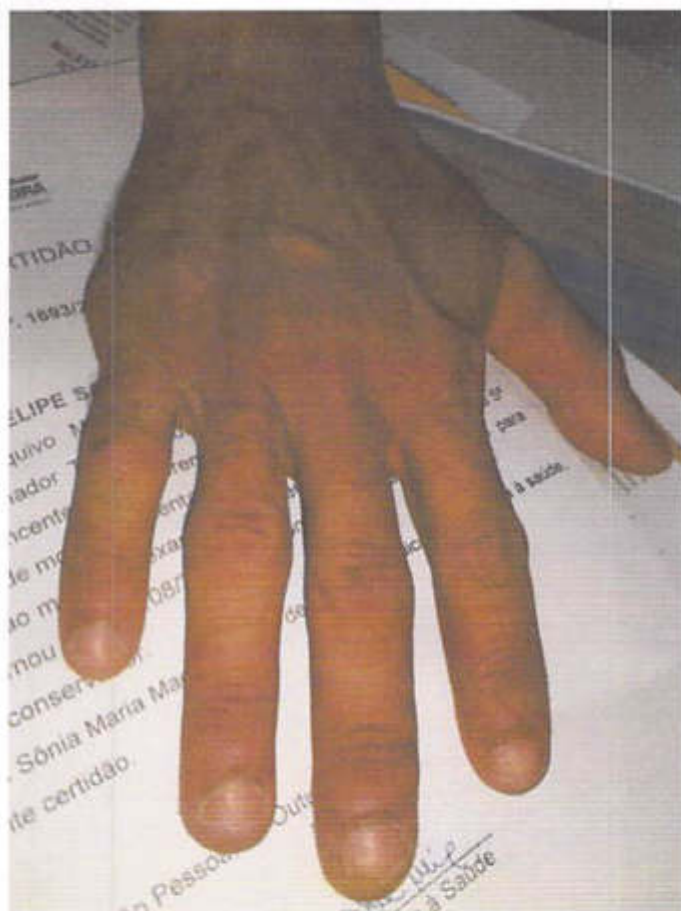
1. Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.
2. Imagem nodular na base pulmonar direita.
3. Imagem nodular no rim esquerdo.

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

Este laudo foi liberado em 07/09/2019 21:14.

Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB







**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932330226

Data Nasc: 07/04/1946 - 73 anos

Paciente: JOSÉ NOBRE DE SOUSA

Data Exame: 07/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Acentuação dos sulcos corticais e fissuras cerebrais.

Ectasia do sistema ventricular supra-tentorial sem sinais de transudação líquórica.

IV ventrículo de morfologia e situação habituais.

Hipoatenuação da substância branca periventricular, coroas radiadas e centros semiovais sugerindo Microangiopatia.

Estruturas centro-medianas sem desvios em relação à linha média.

Ausência de coleções extra-axiais.

Calcificações parietais nas artérias carótidas internas e sistema vértebro-basilar.

Hematoma subgaleal na região frontal direita.

Espessamento do revestimento mucoso dos seios da face.

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

Este laudo foi liberado em 07/09/2019 15:02.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031080

Fax:

CNPJ: 08778268003771

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
JOSÉ NOBRE DE SOUSA	1188573	07/09/2019 14:21:00	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone Celular
07/04/1946	73a Sm Masculino		(83) 985609799
Endereço	Bairro	Município	UF
LIZIA MARIA DE SOUSA	TAMBIÁ	JOAO PESSOA	PB
Profissão	Motivo	Profissional	Nº Cont. Registra
DEPUTADO BARRETO SOBRINHO, 265	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	6018/PB
Classificação		Data/Hora Prescrição	
QUEBIDA / OUTROS		07/09/2019 18:27:07	
Data/Hora Classificação			
07/09/2019 14:21:00			

ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM DOR TORACICA. AO EXAME GLASGOW 15 SEM DEFICIT MOTOR/EUPNEICO. HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. TC DE CRANIO: N.D.N. CD TC DA COLUNA DORSAL + RX DE TORAX + RESPIRATORIO. DA CIRURGIA GERAL.

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
(6018/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGÉ DA SILVA em 07/09/2019 14:22:02



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Denatran - Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente JOSÉ NOBRE DE SOUSA	BAE 1188573	Data/Hora Entrada 07/09/2019 14:21:00	Data Baixa
Data de nascimento 07/04/1946	Idade 73a 5m	Sexo Masculino	CNS
Mãe LUZIA MARIA DE SOUSA			Telefone de Contato (83) 988809789
Endereço DEPUTADO BARRETO SOBRINHO, 265	Bairro TAMBIÁ	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	UF PB
Data/Hora Classificação 07/09/2019 14:21:00		Data/Hora Prescrição 07/09/2019 14:30:57	Nº Cons. R-gov 3131/PB

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA. APRESENTA CONTUSÃO EM REGIÃO FRONTAL. REFERE CEFALÉIA POUCO COOPERATIVO.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 5 AMPOLAS DE GLICOSE EM CADA UNIDADE DE SORO)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

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

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

MEDICAÇÃO NÃO PADRÃO

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G/100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL - NP

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

R52.0 - Dor aguda

Conduta

Em observação

Enfermeiro

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
(3131/PB)



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932330226

Data Nasc: 07/04/1946 - 73 anos

Paciente: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data Exame: 07/09/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional em equipamento dinâmico com transdutor convexo na frequência de 4,0 MHz realizado à beira do leito em paciente vítima de trauma.

ANÁLISE:

Exame realizado em caráter de urgência em paciente em vítima de trauma evidencia:

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal ou de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo com o paciente em decúbito dorsal.

Ausência de sinais de lesões grosseiras relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga detectáveis ao método.

Pâncreas e estruturas do retroperitônio de avaliação prejudicada devido a intensa interposição gasosa intestinal.

OBS.: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões definitivas em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios seguros para indicação de alta hospitalar, baseando-se apenas no seu resultado negativo. Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com ultrassonografia - FAST negativa, devem permanecer em observação intra-hospitalar.

* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 07/09/2019 15:45.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome	JOSE NOBRE DE SOUSA	Data de Nascimento	07/04/1946	Idade	73a 5m	Sexo	MASCULINO	Nº	1188573	Nº Prontuário	07/09/2019 14:30:57			
Motivo do Atendimento				Enfermaria / Leito				Validade da Prescrição	07/09/2019 14:30:00 - 08/09/2019 14:30:00					
Convênio	SUS	Matrícula				Sente								
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admín.	Veloc. Inf.	Pos	Apreçamento	Data da entrada:	07/09/2019 14:21:00	Data da internação:	07/09/2019 14:30:00	Permanência na	10min	Permanência no

1	DIETA ZERO	0.0				NINGUMA								
2	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1500.0	ML	Observação: 5 AMPOLAS DE GLICOSE EM CADA UNIDADE DE SORO		EV		24H						14:30
3	DIETRONA 500 mg/mL (AMPOLA 2mL)	2.0	ML			EV		6/8H						14:30
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10.0	ML											
4	GRIDANSETRONA 4mg/2mL (AMPOLA 2mL)	4.0	ML			EV		8/8H						14:30
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML											
5	IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G/100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL - NP	0.0												

Reimpresso por:

dtm:

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
 CRM: 3131

Assinatura e Carimbo do Profissional

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
 CRM: 3131



Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
JOSE NOBRE DE SOUSA	73A 5M	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
138573	07/09/2019 14:21:00	
Convênio	Leito	Clínica
SUS		CIRURGIA GERAL
Permanência na Unidade		Permanência no Leito
9min		

Parecer médico	
Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 07/09/2019 14:30:33
TCE	
Parecer	Data de Resposta:

Leandro Bragança de A.
CRM 3121



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Gerado: Mandeirito - João Pessoa



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente JOSE NOBRE DE SOUSA	BAE 1188573	Data/Hora Entrada 07/09/2019 14:21:00	Data Baixa
Data de nascimento 07/04/1946	Idade 73a 5m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986809799
Mãe LUZIA MARIA DE SOUSA		CNS	Prontuário
Endereço DEPUTADO BARRETO SOBRINHO, 265	Bairro TAMBIÁ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. R-gono 2489/PB
Data/Hora Classificação 07/09/2019 14:21:00		Data/Hora Prescrição 07/09/2019 19:45:31	

ANAMNESE

CIRURGIA GERAL PACIENTE ASSINTOMÁTICO. US FAST SEM ANORMALIDADES. CD ALTA DA CIRURGIA GERAL

Conduta

Em observação

Dr. Alan Duque
Cirurgião Geral em M
C.R.O. 1359
C.R.O. 1359

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 07/09/2019 14:22:02



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Cidade: Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEQUE
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1188573



Identificação do paciente						
ID 1435842	Nome JOSE NOBRE DE SOUSA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 07/04/1945	Idade 73 anos 5 meses	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe LUZIA MARIA DE SOUSA	Pai SEVERINO PEREIRA DE SOUSA					
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Celular 83	Celular 968309799	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3859710	Nº Cns				
Local de procedência BAIRRO DOS NOVAIS	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade CATOLE DO ROCHA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58020000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DEPUTADO BARRETO SOBRINHO			
Número 286	Complemento		Bairro TAMBIA			
Admissão						
Data e Hora 07/09/2019 14:21:00	Número da pulseira 1000007598653	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 QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Relo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por FRISCLA JORGE DA SILVA						Tempo 01min 02seg

Imprimir



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

José Nóbrega de Souza

Paciente vítima
de acidente de moto
do qual resultou
luxação acromioclavicular
e, no
momento clínico

08
11
15


Dr. Thiago C. Nóbrega
Médico Traumatólogo
CRM 4511

Assinatura e Carimbo



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE NOBRE DE SOUSA
DATA DE NASCIMENTO	07/04/46
NOME DA MÃE	LUZIA MARIA DE SOUSA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.188.573
DATA DO ATENDIMENTO	07/09/19
HORA DO ATENDIMENTO	14:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com dor torácica, sem déficit. Tem contusão em região frontal.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna dorsal
RX de torax
Ultrassonografia - FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

Sintomático.

ALTA HOSPITALAR:	07/09/19
DATA DA EMISSÃO:	12/12/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



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

Atendimento: 201932330998

Data Nasc: 07/04/1946 - 73 anos

Paciente: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data Exame: 07/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL

Técnica:

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

Análise:

Fratura da porção anterior do primeiro arco costal esquerdo. Edema e infiltração liquida em partes moles adjacentes.

Derrame pleural laminar à esquerda.

Osteofitos anteriores difusos.

Corpos vertebrais dorsais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.

Processos transversos e espinhosos sem alterações.

Articulações interapofisárias de aspecto habitual.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

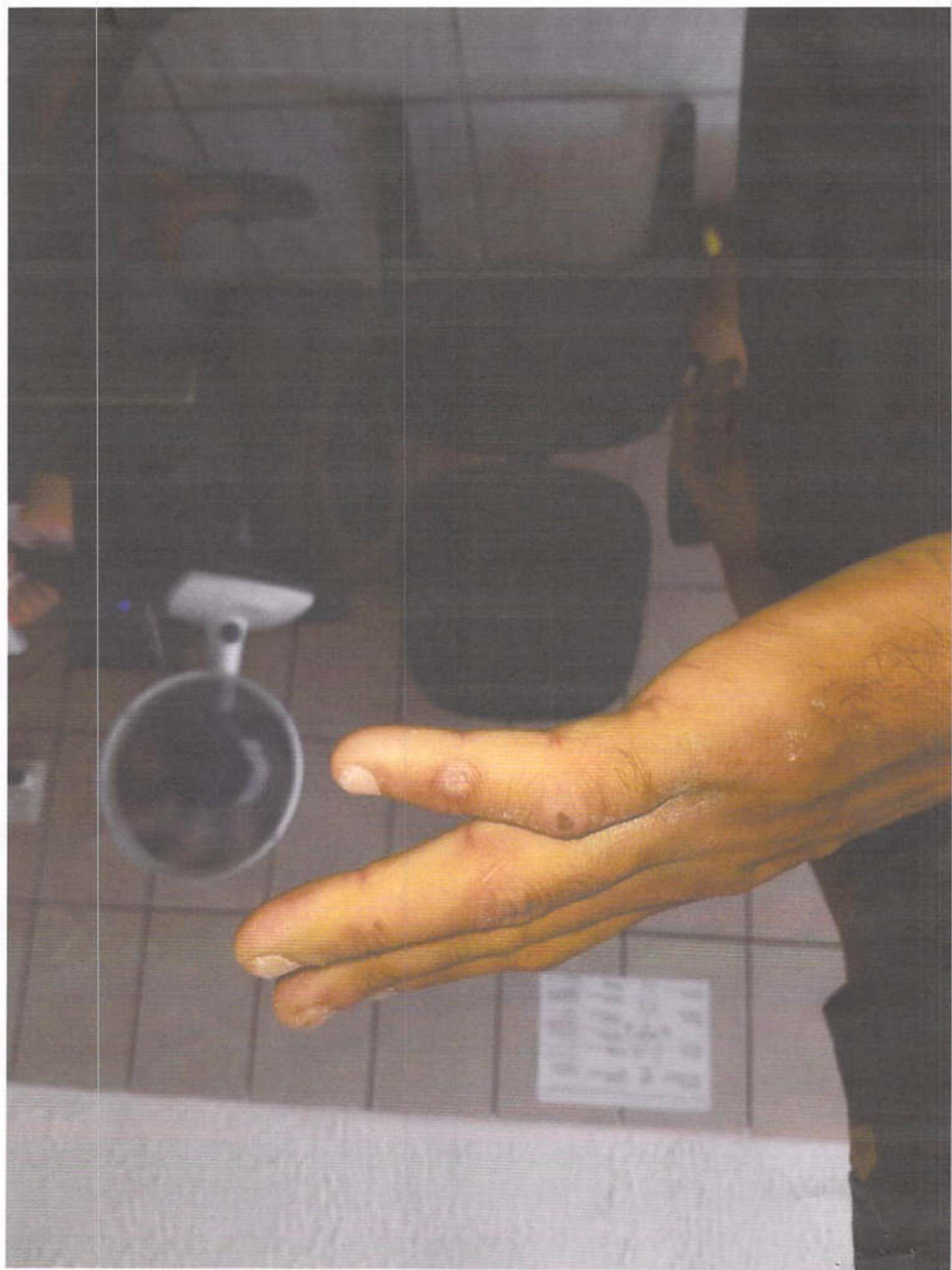
Nota:

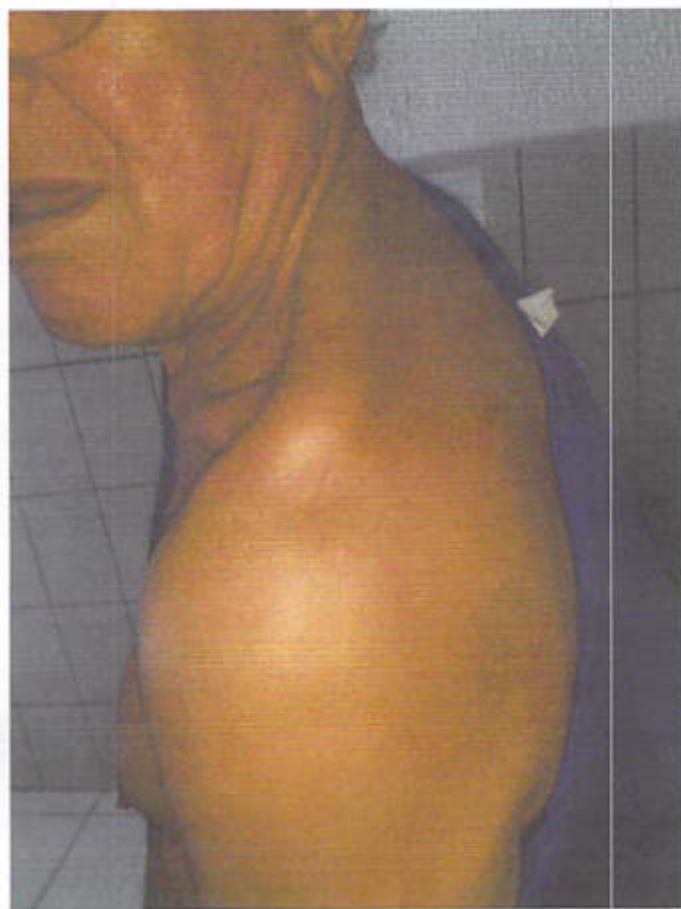
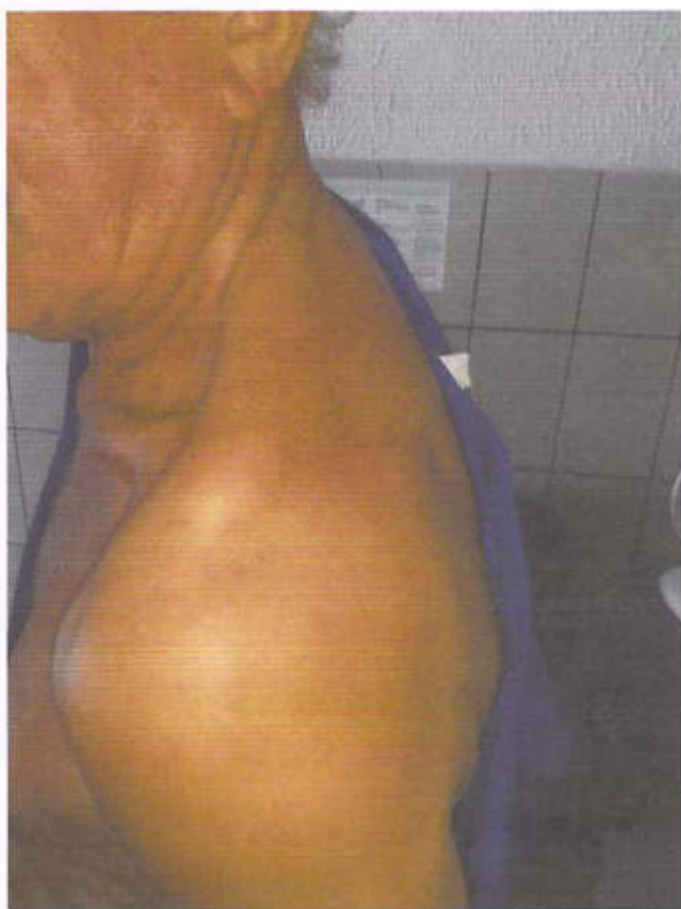
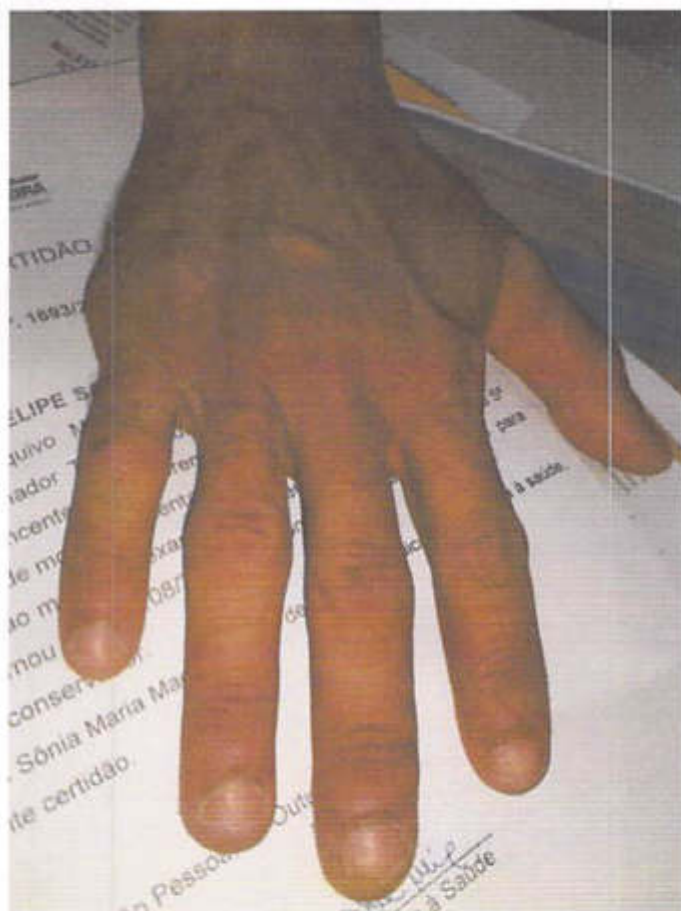
1. Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.
2. Imagem nodular na base pulmonar direita.
3. Imagem nodular no rim esquerdo.

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

Este laudo foi liberado em 07/09/2019 21:14.

Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB







**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932330226

Data Nasc: 07/04/1946 - 73 anos

Paciente: JOSÉ NOBRE DE SOUSA

Data Exame: 07/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Acentuação dos sulcos corticais e fissuras cerebrais.

Ectasia do sistema ventricular supra-tentorial sem sinais de transudação líquórica.

IV ventrículo de morfologia e situação habituais.

Hipoatenuação da substância branca periventricular, coroas radiadas e centros semiovais sugerindo Microangiopatia.

Estruturas centro-medianas sem desvios em relação à linha média.

Ausência de coleções extra-axiais.

Calcificações parietais nas artérias carótidas internas e sistema vértebro-basilar.

Hematoma subgaleal na região frontal direita.

Espessamento do revestimento mucoso dos seios da face.

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

Este laudo foi liberado em 07/09/2019 15:02.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031080

Fax:

CNPJ: 08778268003771

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
JOSÉ NOBRE DE SOUSA	1188573	07/09/2019 14:21:00	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone Celular
07/04/1946	73a 5m Masculino		(83) 985609799
			Endereço
LUZIA MARIA DE SOUSA			
Endereço	Bairro	Município	UF
DEPUTADO BARRETO SOBRINHO, 265	TAMBIÁ	JOAO PESSOA	PB
Profissão	Motivo	Profissional	Nº Cont. Registra
QUEDE / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	6018/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
07/09/2019 14:21:00		07/09/2019 18:27:07	

ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM DOR TORACICA. AO EXAME GLASGOW 15 SEM DEFICIT MOTOR/EUPNEICO. HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. TC DE CRANIO: N.D.N. CD TC DA COLUNA DORSAL + RX DE TORAX + RESPIRATORIO. DA CIRURGIA GERAL.

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
(6018/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGÉ DA SILVA em 07/09/2019 14:22:02



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Denatran - Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente JOSÉ NOBRE DE SOUSA	BAE 1188573	Data/Hora Entrada 07/09/2019 14:21:00	Data Baixa
Data de nascimento 07/04/1946	Idade 73a 5m	Sexo Masculino	CNS
Mãe LUZIA MARIA DE SOUSA			Telefone de Contato (83) 988809789
Endereço DEPUTADO BARRETO SOBRINHO, 265	Bairro TAMBIÁ	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	UF PB
Data/Hora Classificação 07/09/2019 14:21:00		Data/Hora Prescrição 07/09/2019 14:30:57	Nº Cons. R-gov 3131/PB

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA. APRESENTA CONTUSÃO EM REGIÃO FRONTAL. REFERE CEFALÉIA POUCO COOPERATIVO.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 5 AMPOLAS DE GLICOSE EM CADA UNIDADE DE SORO)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

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

Diluir

ONDANSETRON 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

MEDICAÇÃO NÃO PADRÃO

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G/100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL - NP

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

R52.0 - Dor aguda

Conduta

Em observação

Enfermeiro

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
(3131/PB)

Hospital de Emergência

GOVERNO DA PARAIBA

SEQUE

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

CNPJ: 08778268003771

Nome	JOSE NOBRE DE SOUSA	CPF	1188573	Data Hora Entrada	07/09/2019 14:27:00
Sexo	Masculino	CNS			
Idade	738 Anos				
Nome	LUZIA MARIA DE SOUSA				
Sexo	Feminino				
Nome	DEPUTADO GABRIEL SOBRINHO, ZB5				
Motivo	TAMBIA				
Nome	ACIDENTE DE MOTOCICLETA				
Nome	JOAO PESSOA				
Profissional					
Nome	FERNANDO ROBERTO GONDIM CASRAL DE VASCONCELOS				
Data Hora Prescrição	07/09/2019 21:10:04				
Nome	826756				

ANAMNESE

TC Coluna torácica sem alterações neurológicas de urgência. Col. Orienta sinais de alarme. Atividade da Neurologia

Conduta

Em observação

Enfermeiro

FERNANDO ROBERTO GONDIM CASRAL DE VASCONCELOS

CRM: 826756

Atualizado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 07/09/2019 14:22:02



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932330226

Data Nasc: 07/04/1946 - 73 anos

Paciente: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data Exame: 07/09/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional em equipamento dinâmico com transdutor convexo na frequência de 4,0 MHz realizado à beira do leito em paciente vítima de trauma.

ANÁLISE:

Exame realizado em caráter de urgência em paciente em vítima de trauma evidencia:

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal ou de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo com o paciente em decúbito dorsal.

Ausência de sinais de lesões grosseiras relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga detectáveis ao método.

Pâncreas e estruturas do retroperitônio de avaliação prejudicada devido a intensa interposição gasosa intestinal.

OBS.: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões definitivas em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios seguros para indicação de alta hospitalar, baseando-se apenas no seu resultado negativo. Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com ultrassonografia - FAST negativa, devem permanecer em observação intra-hospitalar.

* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 07/09/2019 15:45.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome	JOSE NOBRE DE SOUSA	Data de Nascimento	07/04/1946	Idade	73a 5m	Sexo	MASCULINO	Nº	1188573	Nº Prontuário	07/09/2019 14:30:57			
Motivo do Atendimento				Enfermaria / Leito				Validade da Prescrição	07/09/2019 14:30:00 - 08/09/2019 14:30:00					
Convênio	SUS	Matrícula				Sente								
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admín.	Veloc. Inf.	Pos	Apreçamento	Data da entrada:	07/09/2019 14:21:00	Data da internação:	07/09/2019 14:30:00	Permanência na	10min	Permanência no

1	DIETA ZERO	0.0				NINGUMA								
2	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1500.0	ML	Observação: 5 AMPOLAS DE GLICOSE EM CADA UNIDADE DE SORO		E.V.		24H						14:30
3	DIETRONA 500 mg/mL (AMPOLA 2mL)	2.0	ML			E.V.		6/8H						14:30
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10.0	ML											
4	GRIDANSETRONA 4mg/2mL (AMPOLA 2mL)	4.0	ML			E.V.		8/8H						14:30
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML											
5	IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G/100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL - NP	0.0												

Reimpresso por:

dtm:

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
 CRM: 3131

Assinatura e Carimbo do Profissional

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
 CRM: 3131



Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
JOSE NOBRE DE SOUSA	73A 5M	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
138573	07/09/2019 14:21:00	
Convênio	Leito	Clínica
SUS		CIRURGIA GERAL
Permanência na Unidade		Permanência no Leito
9min		

Parecer médico	
Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 07/09/2019 14:30:33
TCE	
Parecer	Data de Resposta:

Leandro Bragança de A.
CRM 3121

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-236

MAIOR DE 65 ANOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.956.710

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/04/2011

NOME JOSÉ NOBRE DE SOUSA

RELACÃO SEVERINO PEREIRA DE SOUSA

LUZIA MARIA DE SOUSA

NATURALIDADE CATOLÉ DO ROCHA-PB

DATA DE NASCIMENTO 07/04/1946

CASAM N.1864 FLS.126 LIV.B-6

CARTÓRIO SÃO PAULO/SP

057.148.851-04

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-236

MAIOR DE 65 ANOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.956.710

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/04/2011

NOME JOSÉ NOBRE DE SOUSA

RELACÃO SEVERINO PEREIRA DE SOUSA

LUZIA MARIA DE SOUSA

NATURALIDADE CATOLÉ DO ROCHA-PB

DATA DE NASCIMENTO 07/04/1946

CASAM N. 1864 FLS. 126 LIV. B-6

CARTÓRIO SÃO PAULO/SP

057.148.851-04

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADADES

Nº 015100110671

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAL - R.U.T.R.C. - EXERCÍCIO

1 0065264817-7 00/00000000 2019

JOSE NOBRE DE SOUZA

PLACA - CNPJ

05714885104

PLACA ANT. UF

MMR1775/PB

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB. ANO MOD.

1996 1996

COR PREDOMINANTE

AZUL

CATEGORIA

2 P/124 /CI

COTA UNICA

00/00/0000

VENO. COTA UNICA

VENO. COTA UNICA

PARCELAMENTO / COTAS

FAIXA I.P.V.A.

0

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

19925



9998

JOAO PESSOA-PB

LOCAL

SEM RESERVA DE DOMINIO

OBSERVAÇÕES

0

DATA

06/09/2019

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

SEGURO

06/09/2019

DATA

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

06/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

IOF (R\$)

PREMIO TARIFFARIO (R\$)



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 912/040, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2551586, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSE NOBRE DE SOUSA**, idade 73 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 07/09/2019, na Av. Cap. Francisco Pereira, Bairro: Novais - João Pessoa - aproximadamente às 13:25 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 18 de Dezembro de 2019.

Marina Travassos Lopes
Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
Mat. 67574-8

Marina Travassos Lopes
Mat. 67574-8
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012507350506
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM - 20160000228100-2
1 0065264817-7 00/00000000 2016

JOSE NOBRE DE SOUZA

05714885104

MMR1775/PB

PLACA ANT / DE - CHASSI
MMR1775 PB 9C2JC250TTR049198

PAS/MOTOCICLETA

GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB - ANO MOD
1996 1996

CAP / POT / CIL
2 P/124 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR / PREDOMINANTE
AZUL

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA
IPVA PAGO EM 27/05/2016

1º

FAXA / PVA - PARCELAMENTO / COTAS
2º

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) - ICF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 27/05/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE FONTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

JOAO PESSOA - PB

9998



DATA
02/06/2016
87008

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012507350506 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 075/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2016 02/06/2016

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
1 05714885104 MMR1775/PB

RENAVAM - MARCA / MODELO
00652648177 HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB - DATA - Nº CHASSI
1996 9 9C2JC250TTR049198

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) - DE DETRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

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

PAGAMENTO - DATA DE COTAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 27/05/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

87008-1441279-20160602



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221959663
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CDD: RENAVAM: 00652648177-7 007000000000 2017

NOME: JOSE NOBRE DE SOUZA

CPF/CNPJ: 05714885104

PLACA: MMR1775/PB

PLACA ANT./PSE: MMR1775 PB 9C2JC250TTR049198

ESPÉCIE: PAS/MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB.: 1996 ANO MOD.: 1996

CAF/POT/CIL: 2 P/124 /CI

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: AZUL

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

00/00/0000

1º

FAIXA/PVA

PARCELAMENTO/COTAS

2º

0

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 02/08/2017

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

JOAO PESSOA - PB

DATA

02/08/2017

9998



Arub

19925

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 013221959663 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

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

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2017

02/08/2017

VIA

CPF/CNPJ

PLACA

1

05714885104

MMR1775/PB

RENAVAM

MARCA/MODELO

00652648177

HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB.

CALCULADO

Nº CHASSI

1996

9

9C2JC250TTR049198

PRÊMIO TARIFÁRIO

TNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

SEGURO

P A G O

S

PAGAMENTO

DATA DE PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

02/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.008/0001-04

19925-1427208-20170802



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014200578243
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0065264817-7 B.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME JOSE NOBRE DE SOUZA

CPF / CNPJ 05714885104

PLACA MMR1775/PB

PLACA ANT. / UF MMR1775 / PB

CHASSI 9C2JC250TTR049198

ESPECIE TIPO FAS/MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB. 1996 ANO MOD. 1996

CAP. POT. / OIL 2 P/124 / CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE AZUL

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

00/00/0000

1º

FAIXA L.R.V.A. 5*****

PARCELAMENTO / COTAS

2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 5*****

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

26/06/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - PB LOCAL

DATA 11/07/2018

9998



Assinatura

38385

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS, TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200578243 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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 11/07/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 05714885104

PLACA MMR1775/PB

RENAVAM 00652648177

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB. 1996

CAT. TARIF.

9

Nº CHASSI 9C2JC250TTR049198

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) 5*****

DENATRAN (R\$) 5*****

CUSTO DO SEGURO (R\$) 5*****

CUSTO DO BILHETE (R\$) 5*****

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

26/06/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

38385-0917411-20180711



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 015100110671
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 00652648177-7 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2019

NOME JOSE NOBRE DE SOUZA

CPF / CNPJ 05714885104

PLACA MMR1775/PB

PLACA ANT. DE MMR1775 PB

CHASSI 9C2JC250TTR049198

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB. 1996 ANO LICH. 1996

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE AZUL

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC. / COTAS

PAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

06/09/2019

0

3º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

0

2º

1º

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 015100110671 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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 06/09/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 05714885104 PLACA MMR1775/PB

RENAVAM 00652648177 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB. 1996 CAT. TAXI 9 Nº CHASSI 9C2JC250TTR049198

PRÊMIO TARIFÁRIO

D A D O S D O V E I C U L O _____

Placa: MMR1775 PB	Proprietario: JOSE NOBRE DE SOUZA	
Tipo: MOTOCICLETA	Renavam: 652648177	Chassi: 9C2JC250TTR049198
Especie: PASSAGEIRO	Categoria: PARTICULAR	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 TI
Cor: AZUL	Fabr/Modelo: 1996/1996	Combustivel: GASOLINA
Situacao: VEICULO EM CIRCULACAO		Pagina: 01

16331

E X T R A T O D E M U L T A S _____

*** N A D A C O N S T A ***

Obs: SALVO MULTAS EM TRAMITACAO EM OUTROS ORGAOS.

Na internet voce tambem participa do governo. <http://paraiba.pb.gov.br>

```

27/12/2019
09:28:17
==> CDV      CODATA

```

Nao ha debito de licenc. !

!

1
2
3
4
5
6
7
8

F1 > F2 < F3 Volta

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724293

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data do acidente: 07/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO SOFREU LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO ACRÔMIO-CLAVICULAR, FOI TRATADA CONSERVADORAMENTE PORÉM RESULTOU EM PERSISTÊNCIA DA LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724293 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO SOFREU LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO ACRÔMIO-CLAVICULAR, FOI TRATADA CONSERVADORAMENTE PORÉM RESULTOU EM PERSISTÊNCIA DA LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/01/2020

Conduta mantida:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724293 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL.
LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.
TRAUMA TORÁCICO FECHADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @3 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724293 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL.
LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.
TRAUMA TORÁCICO FECHADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @3 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472535/19

Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

CPF: 057.148.851-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE NOBRE DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE NOBRE DE SOUSA : 057.148.851-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019
Nome: JOSE NOBRE DE SOUSA
CPF: 057.148.851-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOSE NOBRE DE SOUSA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461454/19

Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

CPF: 057.148.851-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE NOBRE DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE NOBRE DE SOUSA : 057.148.851-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: JOSE NOBRE DE SOUSA
CPF: 057.148.851-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOSE NOBRE DE SOUSA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA