

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180113428**

Vitima: **HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA**

Data do Acidente: **07/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180113428**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12505066



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180113428**

Vitima: **HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA**

Data do Acidente: **07/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180113428**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **07/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

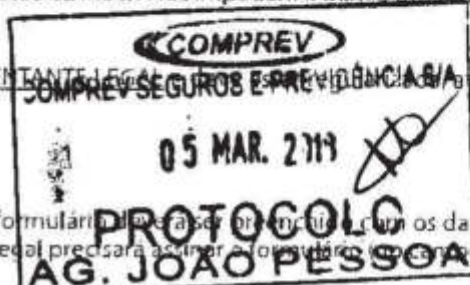
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

219.643.003 - 04

Nome completo da vítima

Hermes Santana Monteiro P.

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                 |                      |             |
|---------------------------------|----------------------|-------------|
| Nome completo                   | CPF titular da conta | Profissão   |
| Hermes Santana Monteiro Pereira | 219.643.003-04       | Recepcion   |
| Endereço                        | Número               | Complemento |
| Av. Cruz das Almas              | 3360                 |             |
| Bairro                          | Estado               | CPF         |
| Carazeiro                       | PE                   | 58087-000   |
| E-mail                          | Telefone (DDD)       |             |
| sephugados@gmail.com            |                      |             |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR   | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00  | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00   | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00  | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |
| <input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (301) <input type="checkbox"/> ITAU (341)<br><input type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104) |  | <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todas as bancas)<br>BANCO<br>Nome <u>BRAZIL</u> RESO <u>001</u> |  |
| AGÊNCIA<br>NÚM.  | D/V  | CONTA<br>NÚM.  | D/V  |
|  |  |  |  |
| (Informar dígito se existir)   |  | (Informar dígito se existir)   |  |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 15 de FEVEREIRO de 2018  
Local e Data

Hermes Santana Monteiro Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00220.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00220.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:59 horas do dia 01 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Hermes Santana Monteiro Pereira**, CPF nº 219.643.003-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Assistente de Laboratório, filho(a) de Maria Monteiro Pereira e José Ribamar Pereira, natural de Coelho Neto/MA, nascido(a) em 10/05/1964 (53 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Cruz das Armas, Nº 3360, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Feira de Oitizeiro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99657-4221.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Avenida Cruz das Armas, nº 3360, Feira de Oitizeiro, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/07/17 18:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRANSITO.**

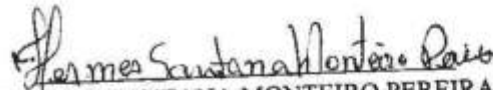
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

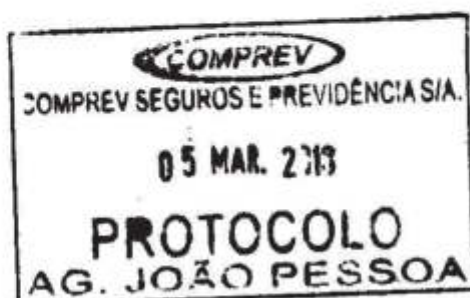
QUE, segundo o notificante, no dia 07/07/2017, por volta das 18:20 horas, quando saía de casa para comprar um botijão de gás, precisamente na AV. Cruz das Armas, e ao tentar atravessa a mesma AV de um lado para o outro, um veículo, marca e modelo, Palio/FIAT de cor preto de placa: NPT 9696/PB, não sabendo identificar o condutor do mesmo; QUE segundo o notificante este atropelou ao notificante; QUE, devido ao impacto o mesmo veio ao solo e se lesionando, sendo resgatado pelo corpo de bombeiro, para o hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, datado de 30/11/2017, assinado pelo médico: José de Almeida Braga CRM- 2329/PB. Não quer representar criminalmente.

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 fé.

João Pessoa/PB, 01 de fevereiro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA  
Noticiante



Procedimento Policial: 00220.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Hermes Santana Monteiro Pereira

CPF da Vítima

219.643.003-04

Data do Acidente

07/07/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**  
**05 MAR. 2017**

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

JOÃO PESSOA, 15 de FEVEREIRO de 2017

Local e Data

Hermes Santana Monteiro Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1012277



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Identificação do paciente</b>                          |  |  |  |
| D<br>1188174  | Nome<br><b>HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA</b> | Sexo<br>Masculino  |  |
| Data de nascimento<br>10/05/1964                          | Idade<br>53 anos 1 mes 27 dias                 | Estado civil   | Religião   |
| Mãe<br>MARIA MONTEIRO PEREIRA                             |  | Pai<br>JOSE RIBAMAR PEREIRA  | Prontuário   |
| Escolaridade  |  | Responsável (Parentesco)<br>PERIVALDO DE SANTANA DA SILVA PEREIRA - FILHO(A) |  |
| DDD Móvel<br>83   | Fone Móvel<br>996637113                        | DDD Fixo   | Fone Fixo  |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                         | Número documento<br>640402                     | Nº Cns<br>708405748543164  |  |
| Local de procedência<br>ORTIZOIRO                         |  | Tipo<br>BAIRRO   | UF<br>PB   |
| Email   | Naturalidade<br>COELHO NETO                    | CBO/R  |  |
| <b>Endereço</b>   |  |  |  |
| CEP<br>58087000   | Município de residência<br>JOAO PESSOA         | UF<br>PB   | Logradouro<br>CRUZ DAS ARMAS - DE 2204/2205 AO FIM |
| Número<br>3380  | Complemento                                    | Bairro<br>ORTIZOIRO  |  |
| <b>Admissão</b>   |  |  |  |
| Data e Hora<br>07/07/2017 19:22:13                        | Número da pulseira<br>100004684953             | Convênio<br>SUS  |  |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                           |  | Clínica  |  |
| Classificação de risco                                    |  | Origem do paciente<br>RUA  |  |
| Caráter de atendimento                                    | Motivo do atendimento<br>ATROPELAMENTO         | Detalhe do acidente<br>VEICULO X PEDESTRE                                    |  |
| <b>Indicadores e Transportes</b>                          |  |  |  |
| Caso policial<br>Não                                      | Plano de saúde<br>Não                          | Veio de ambulância<br>Não  | Trauma<br>Não                                      |
| Modo de transporte<br>RESGATE - BOMBEIROS                 |  | Quem transportou   |  |
| <b>Sinais Vitais</b>                                      |  |  |  |
| PA<br>_____ X _____ mmHg                                  | Pulso  | Temperatura  |  |
| <b>Exames complementares</b>                              |  |  |  |
| Ralo X [ ]  | Sangue [ ]                                     | Urina [ ]  | TC [ ]   |
|   |  |  | Liquor [ ]   |
|   |  |  | ECG [ ]  |
|   |  |  | Ultrassonografia [ ]                               |
| Dados clínicos<br><i>paciente vítima de atropelamento</i> |  |  |  |
| Diagnóstico   |  |  |  |
| Atendido por<br>AURINEIDE QUEIROGA DANTAS                 |  |  |  |

Isaías J. Santiago de Souza  
Enfermeiro  
COREN-PB 500757

CD  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
05 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

07/07/2017 19:22

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda via de conta.

Importante para sempre: pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica Nº 001.398.132.



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.096.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

CICERO NAZARENO DOS SANTOS  
AV CRUZ DAS ARMAS 3360  
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/515436-4

REFERÊNCIA

JAN/2018

APRESENTAÇÃO

29/01/2018

CONSUMO

106

VENCIMENTO

05/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 81,41

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



CICERO NAZARENO DOS SANTOS

Rotafixo: 18-002-527-6050

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 05/02/2018

VENCIMENTO

05/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 81,41

MATRÍCULA

515436-2018-01-2

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Retenir para simples pagamento da nota fiscal emitida da energia elétrica. Nº 001.399.129



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 08.993.163 / 0001-40 Insc.Est. 16.016.823-0

## DADOS DO CLIENTE

IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE  
AV CRUZ DAS ARMAS 2528 L 04  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/517979-1

## REFERÊNCIA

JAN/2018

## APRESENTAÇÃO

29/01/2018

## CONSUMO

528

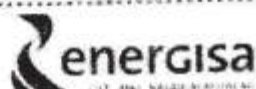
## VENCIMENTO

05/02/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 422,23

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



Desaque aqui

IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE

Rotário: 18-002-632-9240

83660000004-3 22230149000-9 05179792018-1 01900002019-8



## VENCIMENTO

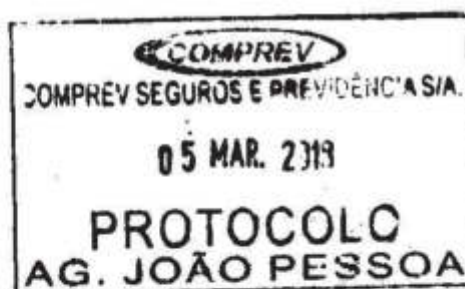
05/02/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 422,23

## MATRÍCULA

517979-2018-01-9





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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=24554>

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

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

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

† Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE inscrito (a) no CPF nº 081.593.634 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 219.643.003 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 219.643.003 / 04 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

|          |                        |        |                         |                |             |
|----------|------------------------|--------|-------------------------|----------------|-------------|
| Endereço | Av. CRUZ DAS ARMAS     |        | Número                  | 2528           | Complemento |
| Bairro   | OTIZETRO               | Cidade | JOÃO PESSOA             | Estado         | PB          |
|          |                        |        |                         | CEP            | 58087-000   |
| Email    | sefadvogados@gmail.com |        | Telefone comercial(DDD) | 83-998719.3539 |             |
|          |                        |        | Telefone celular (DDD)  | 83-99637.7632  |             |

J. Pessoa de Fevereiro de 2018  
Local e Data

IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA F. FREIRE  
Assinatura do Declarante



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   | HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA |
| DATA DE NASCIMENTO | 10/05/64                        |
| NOME DA MÃE        | MARIA MONTEIRO PEREIRA          |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.012.277                |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 07/07/17                 |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 19:22                    |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ATROPELAMENTO            |
| DIAGNÓSTICO (S)        | CONTUSÃO EM COXA DIREITA |
| CID 10                 | S70.1                    |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic), com trauma em coxa direita, referindo dor, edema em no MID. Abdomen, sem queixas. Glasgow 15. RX: sem sinais de fraturas.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

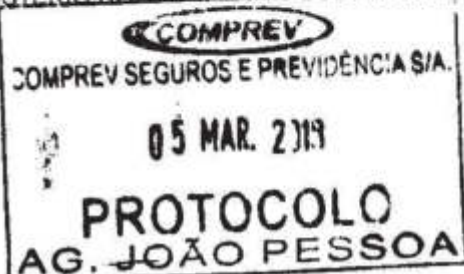
### TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

|                  |          |
|------------------|----------|
| ALTA HOSPITALAR: | 07/07/17 |
| DATA DA EMISSÃO: | 30/11/17 |

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





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

Boletim de Atendimento: 1012277



|   |   |   |  |                   |
|---|---|---|--|-------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>                                    |   |   |  |                   |
| ID<br>1188174   | Nome<br><b>HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA</b>                                      |   |  | Sexo<br>Masculino |
| Data de nascimento<br>10/05/1964                                    | Idade<br>53 anos 1 mes 27 dias  | Estado civil                              | Religião   | Prontuário        |
| Mãe<br><b>MARIA MONTEIRO PEREIRA</b>                                | Pai<br><b>JOSE RIBAMAR PEREIRA</b>  |   |  |                   |
| Escolaridade  | Responsável (Parentesco)<br><b>PERIVALDO DE SANTANA DA SILVA PEREIRA - FILHO(A)</b> |   |  |                   |
| DDD Móvel<br>83   | Fone Móvel<br>996637113   | DDD Fixo                                  | Fone Fixo  |                   |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                   | Número documento<br>640402  | Nº Cns<br>708406748643164                 |  |                   |
| Local de procedência<br>ORTIZERO                                    | Tipo<br>BAIRRO  |   | UF<br>PB   |                   |
| Email   | Naturalidade<br>COELHO NETO   | CBO/R                                     |  |                   |
| <b>Endereço</b>   |   |   |  |                   |
| CEP<br>58067000   | Município de residência<br>JOAO PESSOA  | UF<br>PB                                  | Logradouro<br>CRUZ DAS ARMAS - DE 2204/2205 AO FIM |                   |
| Número<br>3360  | Complemento   | Bairro<br>ORTIZERO                        |  |                   |
| <b>Admissão</b>   |   |   |  |                   |
| Data e Hora<br>07/07/2017 19:22:13                                  | Número da pulseira<br><b>100004684953</b>   | Convênio<br>SUS                           |  |                   |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                                     | Clinica   |   |  |                   |
| Classificação de risco  | Origem do paciente<br>RUA   |   |  |                   |
| Caráter de atendimento  | Motivo do atendimento<br><b>ATROPELAMENTO</b>                                       | Detalhe do acidente<br>VEICULO X PEDESTRE |  |                   |
| <b>Indicadores e Transporte</b>                                     |   |   |  |                   |
| Caso policial<br>Não  | Plano de saúde<br>Não   | Veio de ambulância<br>Não                 | Trauma<br>Não                                      |                   |
| Meio de transporte<br>RESGATE - BOMBEIROS                           | Quem transportou  |   |  |                   |
| <b>Sinais Vitais</b>  |   |   |  |                   |
| PA<br>_____ X _____ mmHg  | Pulso   | Temperatura                               |  |                   |
| <b>Exames complementares</b>  |   |   |  |                   |
| Raio X [ ]  | Sangue [ ]  | Urina [ ]                                 | TC [ ]   | Liquor [ ]        |
| ECG [ ]   |   |   |  |                   |
| Ultrassonografia [ ]  |   |   |  |                   |
| Dados clínicos<br><i>[Handwritten signature]</i>                    |   |   |  |                   |
| <i>Isaias J. Santiago de Souza</i><br>Enfermeiro<br>COREN-PB 500757 |   |   |  |                   |
| Diagnóstico   | CID   |   |  |                   |
| Atendido por<br>AURNEIDE QUEIROGA DANTAS                            | Tempo<br>02 em 35 seg   |   |  |                   |

Imprimir

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 MAR. 2017

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

|   |                                |  |  |
|---|--------------------------------|--|--|
| Paciente<br><b>HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA</b>            | BAE<br><b>1012277</b>          | Data/Hora Entrada<br><b>07/07/2017 19:22:13</b>    | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>10/05/1964</b>                       | Idade<br><b>53</b>             | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS<br><b>708405748543164</b>                |
| Mãe<br><b>MARIA MONTEIRO PEREIRA</b>                          |                                |  | Telefone de Contato<br><b>(83) 996637113</b> |
| Endereço<br><b>CRUZ DAS ARMAS - DE 2204/2205 AO FIM, 3360</b> | Bairro<br><b>OITIZERO</b>      | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                    | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X PEDESTRE</b>                         | Motivo<br><b>ATROPELAMENTO</b> | Profissional<br><b>INDALECIO PACELLI FERNANDES</b> | Nº Cons. Regional<br><b>6827/PB</b>          |
| Data/Hora Classificação<br><b>07/07/2017 19:22:13</b>         |                                | Data/Hora Prescrição<br><b>07/07/2017 22:29:15</b> |  |

## Anamnese

PACIENTA VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM COXA DIREITA REFERINDO DOR, EDEMA MODERADOS E ESCORIAÇÕES LOCAIS AO EFO: BEG DOR A PALPAÇÃO DA COXA DIREITA RX COXA SEM FRATURAS HC: CONTUSÃO DA COXA D CONDUITA: AINES AGORA E PARA CASA CRIOTERAPIA ALTA DA ORTOPEDIA

## MEDICAÇÃO

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

## CID10

| Código | Descrição        |
|--------|------------------|
| S70.1  | Contusão da coxa |

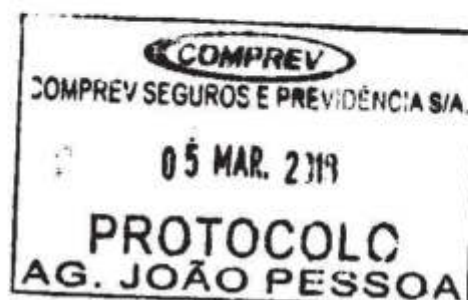
## Conduta

Alta médica

Dr. Indalecio Pacelli Fernandes  
Ortopedia - Traumatologia  
Clínica do Joelho  
CRM 6827 TEOT 14247

INDALECIO PACELLI FERNANDES  
(6827/PB)

HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA





Secretaria de Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                       |                                 |                    |            |                     |                     |      |           |    |         |    |  |                 |                     |
|-----------------------|---------------------------------|--------------------|------------|---------------------|---------------------|------|-----------|----|---------|----|--|-----------------|---------------------|
| Nome                  | HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA | Data de            | 10/05/1964 | Idade               | 53                  | Sexo | MASCULINO | Nº | 1012277 | Nº |  | Data Prescrição | 07/07/2017 22:29:15 |
| Motivo do Atendimento | Setor                           | Posito de Trabalho | Leito      | Prescrição válida a | 07/07/2017 22:29:15 |      |           |    |         |    |  |                 |                     |

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

| Nome do medicamento  | Dose   | U.M. | VL | Via de | Veloc. Inf. | Posologia | Orientação de Uso | Apazamento |
|----------------------|--------|------|----|--------|-------------|-----------|-------------------|------------|
| 1 CETOPROFENO 100 MG | 1000.0 | MG   |    | E.V.   |             | AGORA     |                   |            |

INDALECIO PACHELI FERNANDES  
CRM: 6827

*Indalecio Pacheli Fernandes*

Dr. Indalecio Pacheli Fernandes  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia de Mão  
CRM 6827

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
05 MAR. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Santander Humberto Lucena



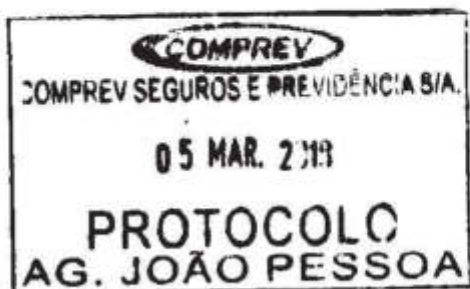
# REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

|  |                                  |            |
|--|----------------------------------|------------|
| Nome<br>HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA  |                                  |            |
| Data de<br>10/05/1964  | Nº Boletim Emergência<br>1012277 | Prontuário |
| Material a examinar  |                                  |            |
| EXAME DE IMAGEM<br>RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA   |                                  |            |
| <p>Dr. José Mangabeira Ramalho<br/>033 1011399<br/>Hospital de Urgência JP</p> <p>COXA DIREITA<br/>01-05-17<br/>braz</p> |                                  |            |

07 de Julho de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher apenas sequestres para imagem a laboratório analise citadas







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                       |                                 |                   |            |                     |                     |      |           |    |         |    |  |                 |                     |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------|------------|---------------------|---------------------|------|-----------|----|---------|----|--|-----------------|---------------------|
| Nome                  | HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA | Data de           | 10/05/1964 | Idade               | 53                  | Sexo | MASCULINO | Nº | 1012277 | Nº |  | Data Prescrição | 07/07/2017 19:38:36 |
| Motivo do Atendimento | Setor                           | Posto de Trabalho | Leito      | Prescrição válida a | 07/07/2017 19:38:36 |      |           |    |         |    |  |                 |                     |
| ATROPELAMENTO         |                                 |                   |            |                     |                     |      |           |    |         |    |  |                 |                     |

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

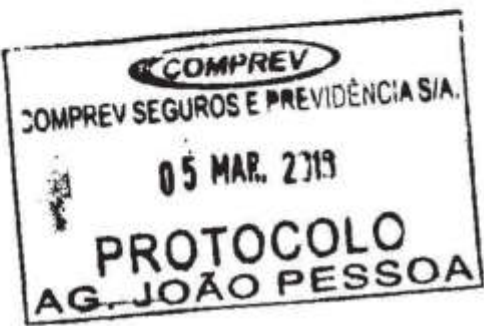
| Nome do medicamento            | Dose   | U.M. | VL | Via de | Veloc. Int. | Posologia | Orientação de Uso | Aptazamento |
|--------------------------------|--------|------|----|--------|-------------|-----------|-------------------|-------------|
| 1 Solução Ringer Lactato 500ml | 1000,0 | ML   |    | E.V.   |             | AGORA     |                   |             |
| 2 PARACETERO                   | 0,0    |      |    |        |             |           |                   |             |

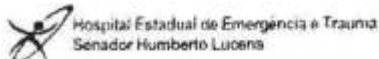
07 de Julho de 2017

JOSE MANGUEIRA RAMALHO

CRM: 1399

033  
Hospital  
Assinatura  
Carimbo do Profissional





AV. ORESTES LISBOA, S/N -  
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

### Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)

**HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA**

RG (IDENTIDADE)

**640402**

FOI ATENDIDO (A) POR **INDALECIO PACELLI FERNANDES**

DO (A) **HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**

NO DIA **07/07/2017 22:28:47**, NECESSITANDO DE **3** - **TRES**

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: PACIENTE SOLICITOU QUE NÃO FOSSE ADICIONADO AO ATESTADO O(S) CID(S);

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

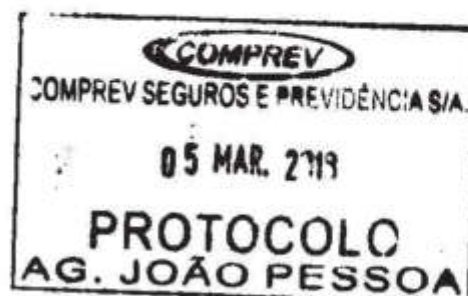
ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO  
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO  
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84,  
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE  
AFASTAMENTO DO TRABALHO.

INDALECIO PACELLI FERNANDES  
(6827/PR)

Dr. Indalécio Pacelli Fernandes  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 6827 TEOT 1424

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena





MATRIZ

Av. Dom Pedro II, 690 - centro - João Pessoa - PB

Fones: (83) 322-3307 / 3221-3661

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que o Sr.(a) HERNANDES SILVA  
ALVARO PEREIRA foi submetido à tratamento médico nesta data,

por motivo de doença CID Nº S22.5

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de

30 dias (Trinta) a partir desta data.

João Pessoa-PB: 09.08.17

Assinatura, carimbo e CRM

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_

a registrar o diagnóstico codificado pela CID ou por extenso neste atestado médico.

Resolução CFM 1819/2007

Assinatura do Paciente ou Responsável





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO E TITULAÇÃO

**JOÃO SANTANA MONTEIRO FERREIRA**

**JOÃO SANTANA MONTEIRO FERREIRA**

**MARIA MONTEIRO FERREIRA**

**COPIA**

**PARAIBA**

**1468875870**

**02359818757**

**28/03/2022**

**07/12/1987**

**1468875870**

**JOÃO PESSOA, PB**

**28/03/2022**

**95486801101**

**PRO34381886**

Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício

Cláudia Cristina Lima Marques  
Tribunal

Autentico esta fotocópia reprodução fiel da original. Dou fé.

João Pessoa, 10.07.17 \* Selo Digital ADM28470-SJ48 \*

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

AA211163

Fone: (81) 3233-5009 - e-mail: smc@tjpb.jus.br - CNPJ 11.983.315-0001-91

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

**05 MAR. 2019**

**PROTOCOLO**

**AG. JOÃO PESSOA**

**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
**CONSELHO REGIONAL DA PARANÁ**  
**IDENTIDADE DE ADVOGADA**

**VERB:**  
**IRABELLA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE**

**PROFISAO:**  
**DECVARE DE SIQUEIRA FREITAS**  
**IRACEMA ROQUE DE SIQUEIRA**

**ESTADUALIDADE:**  
**OLINDA-PE**

**RG:**  
**3424858 - SSP/PE**

**QUADRO DE PAGAMENTO:**  
**NÃO**

**DATA DE NASCIMENTO:**  
**17/05/1989**

**CM:**  
**081.593-834-60**

**VIA:**  
**EXPIRADO EM**

**DT:**  
**13/03/2016**

**21983**

**TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 111151**

**USO OBRIGATÓRIO**  
**IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS**  
**(Art. 1º da Lei nº 8.962/94)**

**GAB**

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
**Irabelle Roque de Siqueira Freitas e Freire**

**08111**

**COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

**05 MAR. 2016**

**PROTOCOLC**  
**AG. JOÃO PESSOA**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180113428 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA **Data do acidente:** 07/07/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 20/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Contusão em coxa direita

**Resultados terapêuticos:** Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

## DANOS

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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Ass. de LABORATÓRIO Nº DO RG: 02359818757  
ORGÃO EMISSOR: DETRAN/PB DATA DE EMISSÃO: 28/03/2017  
Nº CPF: 219.643.003-04 ENDEREÇO: AV CRUZ DAS ARMAS  
Nº 3360 - OITIZIÉIRO - JOÃO PESSOA/PB - 58087-000

OUTORGADO: **IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE**

NACIONALIDADE: **BRASILEIRA** ESTADO CIVIL: **CASADA** PROFISSÃO: **ADVOGADA Nº**  
**DA OAB/PB: 21953, DATA DE EMISSÃO: 13/01/2016, Nº CPF: 08159363460**  
ENDEREÇO: **Avenida CRUZ DAS ARMAS, 2528, JOÃO PESSOA/PB, CEP Nº 58087-000.**

### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

\_\_\_\_\_JOÃO PESSOA/PB\_\_\_\_\_, 11 de NOVEMBRO de 20 17.



*Hermes Santana Monteiro Pereira*  
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

