

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Reinaldo de Souza Santos
, brasileiro, portador(a) do RG nº 081.185.946-40, inscrito(a) no CPF nº _____, residente e domiciliado na _____.

Outorgados: **Dr. ABRAÃO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 12.904, e-mail: **abraao@vieiraecosta.com.br**, **Dr.** com escritório profissional na Rua João Amorim, 356, sala 2, Centro, João Pessoa, PB, fone (83) 3243-8889, Cep: 58013-310

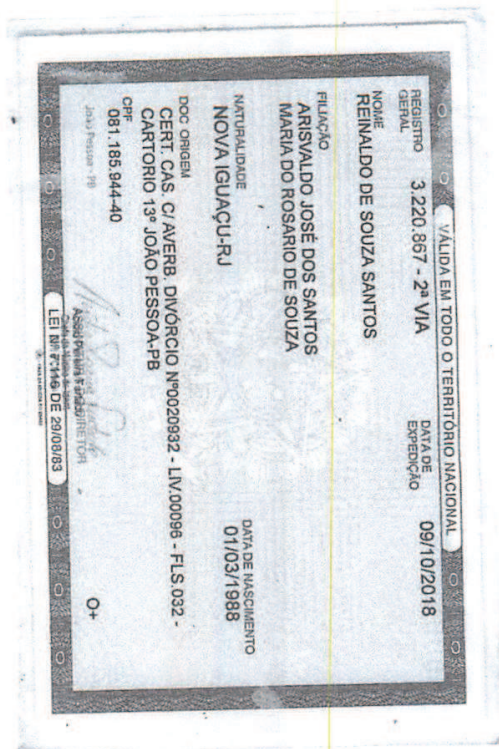
Poderes: Confere amplos e gerais poderes para o foro em geral, com a cláusula "**ad judicium et extra**", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência e concordata, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, reclamações trabalhistas, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas judiciais, cautelares, administrativas, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos médicos e prontuários médicos junto a hospitais públicos e/ou privados e clínicas, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, fazer acordo, impugnar, assinar termos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s), bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda receber Alvarás Judiciais e quantias correspondentes perante cartórios judiciais e instituições bancárias a exemplo de Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, dando tudo por bom, firme e valioso, conferindo-se ao presente instrumento de **mandato cláusula "em causa própria"**, e a sua revogação não terá eficácia, nem se extinguirá pela morte de qualquer das partes, nos termos do art. 685 do Código Civil.

Poderes Específicos: A presente procuração outorga aos advogados acima descritos, os poderes para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15**, podendo tais poderes serem substabelecidos.

João Pessoa, 15 de abril de 2019.

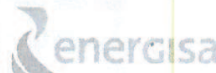
Reinaldo de Souza Santos
OUTORGANTE





CILENE PESSOA DOS ANJOS
AV PRES FELIX ANTONIO, 815 / CASA - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA / PB CEP 58000300 (AG 1)

Ligação: MONOFÁSICO
Cui/Doc: RES-ATC 21 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA
Roteiro: 17-2-820-5920 Referência: Mar / 2019
Medidor: 00008194313 Emissão: 27/03/2019



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
9/203, Km 25 - Cristo Redentor, João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 022.519.817
Cód. para Dct. Automático: 00004881249

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

Conta referente a Mar / 2019 Apresentação 27/03/2019 Data prevista da próxima leitura 26/04/2019 CPF/ CNPJ/ RANI 487.068.174-81 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/488124-9

Canal de contato

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2019
Procure a prefeitura de sua cidade até 19/10/2019 para atualizar seus dados no Cadastro Único e evite a perda da Tarifa Social de Energia. Para mais informações ligue para o MDS-0800 707.2003. Após o cadastramento no CRAS, entrar em contato conosco pelo 0800 083 0196.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003.
Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão. Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
26/02/18	17559	27/03/19	17738	1	179	29
Demonstrativo						
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa/c	Valor Base Ccl	Ang. Icms (R\$)	Base Ccl
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Pot (R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,297540	8,92	8,92	2,33
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,432850	30,30	30,30	9,31
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	79,000	0,739420	58,41	58,41	15,77
0510	Subsídio	45,55	45,55	27	12,30	45,55
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRE SERV. LUM. PÚBLICA	4,08	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORC. 01/2018	1,25	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2018	2,14	0,00	0	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio	-30,52	0,00	0	0,00	0,00

CCl Código de Classificação do item TOTAL 124,01 147,03 39,71 147,02 1,57 7,25
Tarifa e Tributos Até 20kWh 0,192660 Até 100kWh 0,330260 Até 220kWh 0,485420

Média últimos meses (kWh) 184
VENCIMENTO 03/04/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 124,01
Histórico de Consumo (kWh)

125 | 159 | 211 | 184 | 191 | 128 | 173 | 178 | 170 | 164 | 175
Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19

RESERVADO AO FISCO

eabe.a88c.a3fc.bc5d.82fa.8c10.8c5e.c77a

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
1/2019 - Ccl 20						
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	5,67	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. da Energisa/PB	34,13	19,47
DIG TRIMESTRAL	10,15	0,00		Compra de Energia	34,43	27,78
DIG ANUAL	20,30			Serviço de Transmissão	3,76	3,03
FIC MENSAL	9,50			Encargos Setoriais	5,71	4,60
FIC TRIMESTRAL	18,00	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231	Impostos Diretos e Encargos	55,99	45,14
FIC ANUAL	36,00			Outros Serviços	0,00	0,00
DIG MENSAL	12,22			Total	124,01	100,00
DIG TRIMESTRAL	24,44			Valor do BLS (Ref. 1/1/2019) R\$ 90,92		

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) não seja(m) paga(s) permanecendo em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 15/04/2019. Conforme Resolução 474 da ANEEL, o pagamento, após essa data, não elimina a possibilidade da dívida, suspenção do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam em unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.
Fatura emitida e incluída em análise de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 30,52.

Faturas em atraso

Fev/19 119,83

energisa PARAIBA

Roteiro: 17-2-820-5920
Matrícula: 488124-2019-23-1

VENCIMENTO 03/04/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 124,01

83650000001-0 24010149000-3 04881242019-7 03100002019-3





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



LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1150525 e PRONTUÁRIO nº 114689

PACIENTE: REINALDO DE SOUZA SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 01.03.88

Data e Hora do Atendimento: 20.03.19

Horário: 16:53h

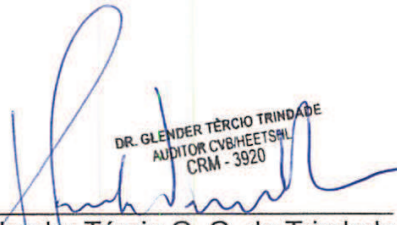
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de dor no membro superior direito e no joelho direito. Atendido pelo Dr. Carlos Frederico Boulitreau CRM 9301, Dr. Ricardo Rodrigues de Carvalho CRM 6628, Dr. Mauro Guerra CRM 6018, Dr. Heisemberg Almeida CRM 6229, Dr. Edson Tinoco CRM 7142, Dr. João Paulo Casado CRM 11598.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO + FRATURA DA DO 2º e 3º METACARPO DIREITO CID 10 S 82 1 e S 62 3

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Tomografia computadorizada do joelho direito, Rx do cotovelo direito AP e Perfil, Rx do antebraço direito AP e Perfil, Rx da mão direita AP e Perfil e tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial direito e redução e fixação de fratura do 2º e 3º metacarpo direito.

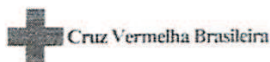
ALTA HOSPITALAR: Em 27.03.19

Data da Emissão: 17.06.19


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1150525



Identificação do paciente						
ID 1386473	Nome REINALDO DE SOUZA SANTOS	Sexo Masculino				
Data de nascimento 01/03/1988	Idade 31 anos 19 dias	Estado civil	Religião			
Mãe MARIA DO ROSARIO DE SOUZA		Pai ARISVALDO JOSE DOS SANTOS				
Escolaridade		Responsável (Parentesco) RENATA GOMES DOS SANTOS - ESPOSO(A)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988862126	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3220867	Nº Cns				
Local de procedência CABO BRANCO		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade NOVA IGUAÇU	CBO/R				
Endereço						
CEP 58085300	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CENTENÁRIO			
Número SN	Complemento	Bairro CRUZ DAS ARMAS				
Admissão						
Data e Hora 20/03/2019 16:53:21	Número da pulseira 1000007248107	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Pq vítima de acidente moto, relata cefaleia, giratório						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo 01min 13seg

Imprimir

UB, f
15
E

20/03/2019 16



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA PARAIBA – HTOP.
COORDENAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

12/12/19

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome:

BE:

Renaldo de Souza Santos
1150525



II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorandos, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA PARAIBA – HTOP.
COORDENAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O **paciente** será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O **profissional da saúde** tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao **paciente**, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

Artigo 4º - O **médico** informará ao **paciente**, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável da sua doença.

Artigo 5º - Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do **paciente**, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios.

§ 1º - Quando ocorrer discordância quanto à aplicação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

§ 2º - O **paciente** tem direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

§ 3º - No caso de revogação do consentimento, o **paciente** se manifestará por escrito, devendo este documento ser arquivado no respectivo prontuário.

§ 4º - Quando o **paciente** se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital, cessará a responsabilidade do médico quanto às consequências decorrentes desta recusa.

Artigo 6º - No caso de se tornar ou for maior incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, o paciente deverá se fazer representar pelo seu **REPRESENTANTE LEGAL**, conforme determinação legal ou judicial, quando for o caso:

Nome: Abraão Costa Florencio de Carvalho
Endereço: Rua 19 de Abril, Sertãozinho nº 934, Cruz das Almas
Telefones: 998342186

§ 1º - O **REPRESENTANTE LEGAL** será a pessoa a quem o **paciente** confiará a tomada de decisões, ou por determinação judicial, podendo ser parente ou não.

§ 2º - Cabe ao paciente e ao seu Representante Legal a incumbência de comprovar o seu **Representante Indicado**.

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA PARAIBA - HTOP.
COORDENAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Artigo 7º - Em caso de iminente risco de morte ou iminente risco de perda de qualidade devida, encontrando-se o **paciente** incapacitado de tomar decisões, o **médico** estará autorizado a adotar condutas, até que o **Representante Indicado** possa se manifestar.

Artigo 8º - O prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completo e atualizado.

Artigo 9º - O **paciente** tem direito de obter relatório contendo as informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação junto ao Setor de Laudos.

Artigo 10 - O **paciente** tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo ser revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

Artigo 11 - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12- Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02(dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O **paciente ou o seu representante legal** e os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 31.03.2019.

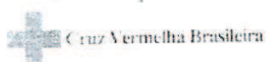
Renata Gomes dos Santos

Representante Legal - RG 9.403.448

Paciente - RG

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente REINALDO DE SOUZA SANTOS	BAE 1150525	Data/Hora Entrada 20/03/2019 16:53:21	Data Baixa
Data de nascimento 01/03/1988	Idade 31a 20d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA DO ROSARIO DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 988862126
Endereço CENTENÁRIO, SN	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 20/03/2019 16:53:21		Data/Hora Prescrição 20/03/2019 21:08:52	
Anamnese *****NEUROCIRURGIA***** ACIDENTE DE MOTO; GLASGOW 15 FAZIA USO DE CAPACETE NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL TOMOGRAFIA DE CRANIO SEM ANORMALIDADES CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA; SEGUE AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA QUE INDICOU INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?			
Conduta Paciente encaminhado com sucesso para a seção			

Ricardo Rodrigues de Carvalho
Neurocirurgia
CRM: 6628

REINALDO DE SOUZA SANTOS

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)



Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 20/03/2019 16:54:34

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&perform=imprimir&id=546069&pesquisa=S&idPai=546069&classe=PRESCRICAO&

Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Reinaldo de Souza Santos é portador do CID : S 82.1 + S 62.3 proveniente de fratura de tíbia direita + 2° e 3 ° metacarpo direito ocasionado por acidente de motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 75 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

21-08-2019

Dr. Anuar Murad Filho
Médico - CRM-PB 8.742
Av. Dr. João da Mata, Nº 401
João Pessoa - PB



Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190408331

Vítima: REINALDO DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 20/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REINALDO DE SOUZA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.417,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: REINALDO DE SOUZA SANTOS

Valor: R\$ 1.417,50

Banco: 001

Agência: 000001617-9

Conta: 000010231104-8

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





VISTO EM: 24/03/19

Comandante do BAPH

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

Eduardo B. Alves de Sousa
Major QOBM
Mat. 520.808-4

João Pessoa-PB, 22 de Março de 2019.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 079/2019

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 20/03/2019, conforme solicitado pela pessoa interessada pelo requerimento nº 082/19, consta que foi socorrido(a) por volta das 16h20min o/a Sr.(a), **REINALDO DE SOUZA SANTOS**, CPF nº 081.185.944-40, vítima de acidente (*queda de moto*), ocorrido na Av Cabo Branco, Cabo Branco, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47, tendo como chefe o **SARGENTO BM WALLYSON CARDOSO GUEDES**, Matrícula 525.953-3. Vítima consciente e orientada, com edema na região parietal, suspeita de fratura de membro superior e escoriações no membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

NIZ Thays Guedes Rocha - 2º Ten QOBM
Chefe da 3ª Seção Matr. 527.401-3



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07180.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07180.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:15 horas do dia 01 de julho 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 **Reinaldo de Souza Santos**, CPF nº 081.185.944-40, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Produção, filho(a) de Maria do Rosario de Sousa e Arisvaldo José dos Santos, nascido(a) em 01/03/1988 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Centenário, Nº 934, complemento CASA, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja São José, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98646-5025.

Dados do(s) Fatos:

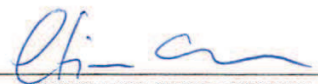
Local: Av. Cabo Branco, Contorno Próximo Ao Restaurante Pontal do Cabo., João Pessoa/PB, bairro Cabo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/03/19 14:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

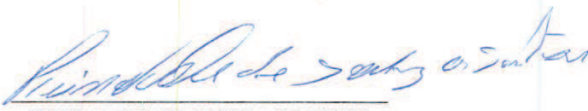
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 20/03/2019 por volta das 14:50 horas quando transitava, pelo Av. Cabo Branco, Cabo Branco, João Pessoa-PB; nas imediações do restaurante Pontal do Cabo, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN ES ano e modelo: 2010/2010, de cor preta de placa: MOC9642/PB CHASSI: 9C2JC4120AR054521 pertencente ao Sr. Geilsa de Oliveira Soares; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando perdeu o controle devido a pista está escorregadia devido a obras - com arreia e cascalhos - ; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo CORPO DE BOMBEIROS, conforme CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 079/2019, ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 114.689, FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO + FRATURA DO 2º E 3º METATACARPO DIREITO CID 10 S 82.1 e S 62.3 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade CRM 3920.

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

João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


REINALDO DE SOUZA SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 07180.01.2019.1.00.401





VISTO EM: 27/03/19

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

Eduardo B. Alves de Sousa
Major QOBM
Mat. 520.808-4

João Pessoa-PB, 22 de Março de 2019.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 079/2019

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 20/03/2019, conforme solicitado pela pessoa interessada pelo requerimento nº 082/19, consta que foi socorrido(a) por volta das 16h20min o/a Sr.(a), **REINALDO DE SOUZA SANTOS**, CPF nº 081.185.944-40, vítima de acidente (*queda de moto*), ocorrido na Av Cabo Branco, Cabo Branco, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AB-47, tendo como chefe o **SARGENTO BM WALLYSON CARDOSO GUEDES**, Matrícula 525.953-3. Vítima consciente e orientada, com edema na região parietal, suspeita de fratura de membro superior e escoriações no membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira** de Souza- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

NIE Thays Guedes Rocha - 2ª Ten QOBM
Chefe da 3ª Seção Matr. 527.401-3



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphbts@bombeiros.pb.gov.br





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: REINALDO DE SOUZA SANTOS

Idade: 31

Data: 27/03/2019 12:41:56

Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1150525

MEDICO ASSISTENTE: DR JUVENCIO

CARTAO RETORNO HTOP (32142911)

DX: FRATURA DE PLATO TIBIAL + OSSOS DA MAO

CD: TTO CIRURGICO

DATAS:

1º RETORNO COM 1 SEMANA

Dr. Frederico
Ortopedia
CRM-PB 9301

Dr. CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU
9301/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:



 PREVIDÊNCIA SOCIAL	Comunicação de Acidente de Trabalho Número da CAT:2019.141.112-4/01
---	--

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	12/04/2019
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Obito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	HILSTDP4@GMAIL.COM

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	SOUZA E FILHOS LTDA	CNAE	10911
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 090215880001-34	Endereço	AV PRESIDENTE EPITACIO PESSOA 4468
CEP	58045000	Estado	PB
Bairro	CABO BRANCO	Telefone	0083-32251563
Município	JOAO PESSOA		

Informações do Acidentado

Nome	REINALDO DE SOUZA SANTOS	Data Nascimento	01/03/1988
Nome da Mãe	MARIA DO ROSARIO DE SOUZA	Sexo	Masc
Grau de Instrução	7 - Ensino médio incompleto		
Estado Civil	Sep.Judic.	Remuneração	1.100,00
CTPS	035837 Série: 00029 Dt emissão: 22/04/2004 UF: PB	Identidade	3220867 Dt emissão: Org Exp: 01 UF: PB
PIS/PASEP/NIT	1654553751-3	Endereço	PRESIDENTE FELIX ANTONIO 613
Bairro	CRUZ DAS ARMAS	CEP	58085460
Estado	PB	Município	JOAO PESSOA
Telefone	-	CBO	513435 - ATENDENTE DE LANCHONETE
Aposentado	Não	Area	Urbana

Informações do Acidente

Data do Acidente	20/03/2019	Hora do Acidente	00:00
Horas Trabalhadas	15:45	Tipo	3 - Trajeto
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	3 - Área Pública	Esp. Local	URBANO
CGC da Prestadora	CNPJ - -	UF do Acidente	PB
Município do Acidente	JOAO PESSOA	Último dia	20/03/2019
Parte do Corpo	75.50.50.000 - MAO (EXCETO PUNHO OU DEDOS)	Trabalhado/Dt Óbito	
Agente Causador	30.50.40.150 - ASFALTO, ALCATRAO, PICHE		
Sit. Gerador	20.00.52.000 - IMERSAO		
Morte	Não	Data Óbito	

Local e Data


 Victor Rafael da Silva Souza
 CPF: 007.208.029-40
Informações do Atestado Médico

Unidade	HOSPITAL DE TRAUMA	Data Atend.	20/03/2019
Hora Atend.	00:00	Houve Internação?	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 060 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.35.000 - FRATURA		
CID - 10	S82 2 - Fratura da diáfise da tibia		
Observações		CRM	0000009301 - UF: PB

Local e Data

Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 12/04/2019 às 13:41:48

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.

file:///E:/CAT40/CAT2019141112401.HTM

12/04/2019





Poder Judiciário da Paraíba
16ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0882011-12.2019.8.15.2001

AUTOR: REINALDO DE SOUZA SANTOS

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

João Pessoa/PB, na data da assinatura eletrônica

