



Número: **0802087-49.2018.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **17/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

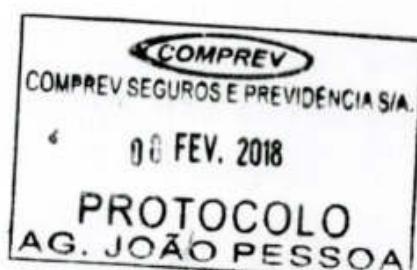
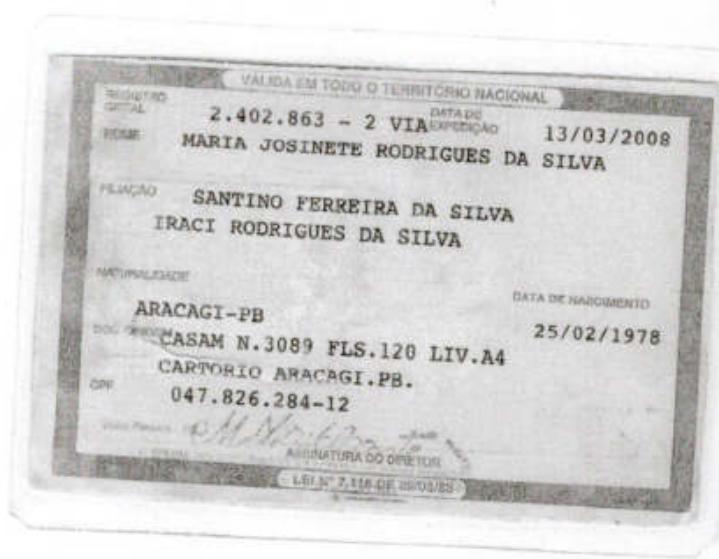
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DERIVALDO DA SILVA (AUTOR)	IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33316 082	18/08/2020 10:31	<u>2743536_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Domingos da Silva

DATA DO ACIDENTE 03/08/2017 CPF DA VÍTIMA 000.207.124-05

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

A VÍTIMA É VÍTIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANINFO COM

ENDERECO DO PORTADOR

Rua Tronco de Loureiro

Nº 25 COMPLEMENTO

CIDADE Santa Rita UF PB BARRIO Varzea Nova

E-MAIL ccf.0000@gmail.com CEP 58300-010

TELEFONE (83) 98849-5530

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

X REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

X CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE

TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) • DUT

X LAUDO MÉDICO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) • DUTADOIS & TECNO PROTOCOLO DE PAGAMENTO

X NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI.

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.

X BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

X AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM

OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

X SUELIO MOREIRA TORRES / SUELIO TORRES

X BOLETO DE PAGAMENTO

X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA, MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA

DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO SE A VÍTIMA POSSUI INVALIDEZ PERMANENTE

() TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARIZADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE MARCHA, CONSUMO E DO RECENTUÁRIO MÉDICO (CÓPIA

SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE PAGAMENTO

() CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO

DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA, MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

* MORTE: R\$ 11.500,00

* INVALIDEZ PERMANENTE: ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

* DESPESAS MÉDICAS (TOMAS): REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR

VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA

* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS

LISTADOS NESTE FORMULARIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADOSTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatseguradostransito.com.br) OU LIGUE

GARATIS SAC DPVAT 0800 012 1204

PORTEIRO DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

22/04/20

IDENTIDADE

22742.043123

NOME

SUELIO MOREIRA TORRES

ASSINATURA

SUELIO MOREIRA TORRES



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180075942 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DERIVALDO DA SILVA Data do acidente: 07/08/2017 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO, PÉ E TORNOZELO DIREITOS

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180075942 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DERIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 07/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do maléolo medial (tornozelo direito)

Descrição do exame médico pericial: Paciente chegou deambulando sem auxílio de terceiros e ou muletas, apresenta leve claudicação, apresenta limitação de movimentos no tornozelo direito (flexão dorsal 0-10°, flexão plantar 0-20°, bloqueio de inversão e eversão do tornozelo), diminuição força de tornozelo direito grau 4. Edema crônico no tornozelo e hipersensibilidade local.

Resultados terapêuticos: Paciente submetido a tratamento conservador de fratura no maléolo medial, evoluiu com bolhas e dor crônica no pé e tornozelo. Seguido de claudicação e limitação de movimentos no tornozelo direito.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do tornozelo devido ao edema e limitação da mobilidade articular.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A.
08 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OUTORGANTE: Daniolde da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Solteiro
PROFISSÃO: Quimador de Ovelha **Nº DO RG:** 045.641.009-7
ORGÃO EMISSOR: Detran - PB **DATA DE EMISSÃO:** 15 / 10 / 03
Nº DO CPF: 000.207.124-05 **ENDEREÇO:** Rua Graciosa
do Coqueiro, nº 25, Vilaça Nova, Santo Rita - PB, 64.5830-010

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 **ENDEREÇO:** AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
 CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Daniolde da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Santa Rita - PB, 06 de fevereiro 2018.

Oitorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade





Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DERIVALDO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180075942**
Vitima: **DERIVALDO DA SILVA**
Data do Acidente: **07/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180075942**.

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** 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 12399303

Pag. 00421/00422 - carta_01 - INVALIDEZ



00020211



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>
Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 6



Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: DERIVALDO DA SILVA

Sinistro: 3180075942
Vítima: DERIVALDO DA SILVA
Data do Acidente: 07/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180075942 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site 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

Pag. 00588/00588 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12425544



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>
Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 7

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta nº: 12508696

A/C: DERIVALDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180075942
Vitima: DERIVALDO DA SILVA
Data do Acidente: 07/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DERIVALDO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 000000020265-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 PARA PREENCHIMENTO:

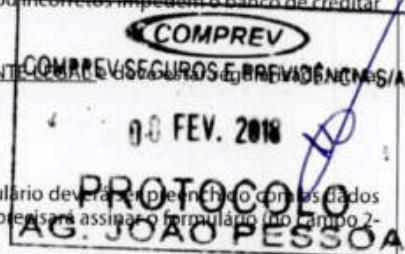
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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 deve ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no 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

000.207.124-05

Nome completo da vítima

Derivaldo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Derivaldo da Silva	CPF titular da conta	000.207.124-05	Profissão	Recebedor
Endereço	Rua Traversa do Lequeiro	Número	25	Complemento	
Bairro	Vila Nova	Cidade	Santo Rita	Estado	PB
Email	ccf.adobs@gmail.com	CEP	58300-010	Telefone (DDD)	83-98849-5530

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 checked="" 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome _____ NRO. _____	
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
0037		00020265	0
(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.

Santo Rita, 07 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Derivaldo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>
Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 10

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01068.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01068.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:12 horas do dia 06 de fevereiro de 2018, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Derivaldo da Silva**, CPF nº 000.207.124-05, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Queimador, filho(a) de Maria da Conceição da Silva e Não Declarado, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 27/10/1976 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Travessa do Cajueiro, Nº 25, bairro Varzea Nova, tendo como ponto de referência Colégio Multirão, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98816-0218.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Diogo Velho, Por Trás da Caixa Dágua, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/17 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 07/08/2017, por volta das 09:00horas da manhã, quando transitava na AV.Diogo Velho ,centro desta Capital PB,no veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:Honda/CG 150/FAN ESI, de cor vermelha, ano e fabricação: 2013,de placa OGD 7604/PB,Chassi nº 9CKC1670DR469065, registrada em nome de: Maria Josinete Rodrigues da Silva, CPF nº 047.826.284-12;QUE segundo o notificante ao chegar no endereço acima citado,levando como passageira a sua esposa: Maria Josinete Rodrigues da Silva,um outro veículo, tipo ônibus, não identificado pelo notificante, e no momento que este veículo(ônibus) fazia o cruzamento o notificante, tentou freiar,mas que não conseguindo colidiu na lateral deste(ônibus), que devido ao impacto , notificante e sua esposa acima citado,vieram a cair, e se lesionando , sendo o notificante socorrido pelo SAMU, conforme declaração,apresentado e sua esposa sendo socorrida por uma viatura do corpo de bombeiros, e levado posteriormente para o hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena,conforme laudo médico apresentado. 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de fevereiro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


DERIVALDO DA SILVA

Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 **Denivaldo da Silva** CPF da Vítima **000.207.124-05** Data do Acidente **07/08/2017**

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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Santa Rita, 07 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Denivaldo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 1018804



Identificação do paciente				
ID 1197754	Nome DERIVALDO DA SILVA			Sexo: Masculino
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40 anos 9 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	Pai: NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) NATALIA RODRIGUES DA CRUZ - PAI			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 981030268	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 2188916	NP Crm		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58301490	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro SEVERINO LOURENCO	
Número SN	Complemento RUA PROJETADA B VARZEA NOVA		Bairro POPULAR	COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.				
Admissão				
Data e Hora 07/08/2017 11:03:49	Número da pulseira 1000004189120	Convênio SUS	08 FEV. 2018	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		PROTOCOLO AC. JOÃO PESSOA	
Classificação de risco			Origem do Acidente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTOCICLETA X ONIBUS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Trauma Não	TOMOGRAFIA
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		TIPO ...	TC pi D
Sinais Vitais			DATA ...	7/8/17
PA X mmHg	Peso	Temperatura	HORA ...	16:25
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	ECG []
Ass.: _____				
Dados clínicos <i>Pcte queixas por acidente de moto/ segue menor realizar exame que o Dr. Andrade</i>				
Wendy Carla S. Andrade Enfermeira CRON. 10424-661				
Diagnóstico				
CID				
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				
Tempo 02min 17seg				

OBS: paciente consciente sem alteração
física a respeito.

Imprimir

07/08/2017 11:07





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 1018804



Identificação do paciente				
ID 1197754	Nome DERIVALDO DA SILVA			Sexo: Masculino
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40 anos 9 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	Pai: NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) NATALIA RODRIGUES DA CRUZ - PAI			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 981030268	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 2188916	NP Crm		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58301490	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro SEVERINO LOURENCO	
Número SN	Complemento RUA PROJETADA B VARZEA NOVA		Bairro POPULAR	COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.				
Admissão				
Data e Hora 07/08/2017 11:03:49	Número da pulseira 1000004189120	Convênio SUS	08 FEV. 2018	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		PROTOCOLO AC. JOÃO PESSOA	
Classificação de risco			Origem do Acidente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTOCICLETA X ONIBUS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Trauma Não	TOMOGRAFIA
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		TIPO ...	TC pi D
Sinais Vitais			DATA ...	7/8/17
PA X mmHg	P脉	Temperatura	HORA ...	16:25
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	ECG []
Ass.: _____				
Dados clínicos <i>Pcte queixas por acidente de moto/ segue menor realizar exame que o Dr. Andrade</i>				
Wendy Carla S. Andrade Enfermeira CRON. 10424-661				
Diagnóstico				
CID				
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				
Tempo 02min 17seg				

OBS: paciente consciente sem alteração
física a respeito.

Imprimir

07/08/2017 11:07



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DERIVALDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

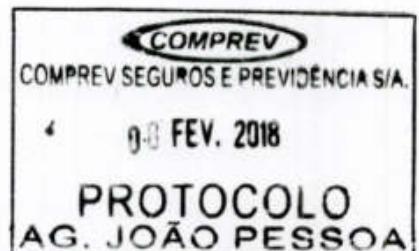
CONTA: 000000020265-0

Nr. da Autenticação 252783E42BC75F10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>
Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 15



BANCO DO BRASIL

001-9 00194 52101 00072 961

oi

|||||

CTC RECEIRE PE PLT



DERIVALDO SILVA
RUA TRAVESSA DO CAJUEIRO 25
VARZEA NOVA
58300-010 SANTA RITA - PB

Postagem: 28/12/2017

Vencimento: 09/01/2018



Cartão

Cartão de Crédito Oi Mastercard Doméstico
Nº 5488 **** * 5368

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 26/01/2018

Pág. 001 de

Vencimento
09/01/2018

Atenção:

- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos aportados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 80,88. Consulte o CET no quadro Gasto Efetivo Total desta fatura, nem Crédito Rotativo/Seques.

Valor Total:
R\$ 798,32

Pagamento mínimo (1):
R\$ 119,75

Pagamento parcelado:
ENTRADA 7:
+23X 7:

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso exista.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 79,52 - CET 203,77% a.a). Se você possuir parcelamentos anteriores, a mensalidade que soma devida neste contempla o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte os outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse www.oi.com.br/parcelas/fatura; procure um caixa eletrônico ou ligue para o Call Center do Banco do Brasil.

> Total da Fatura

Saldo - R\$

> IOF e Encargos nesta Fatura

798,32 IOF

> Encargos Financeiros

Crédito Rotativo	1	2
	11,69	11,69

> Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão
[Tabela de Tarifas do Banco do Brasil](#)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>

Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 16



BANCO DO BRASIL

001-9 00194 52101 00072 961

oi

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CTC RECEIRE PE PLT



DERIVALDO SILVA
RUA TRAVESSA DO CAJUEIRO 25
VARZEA NOVA
58300-010 SANTA RITA - PB

Postagem: 28/12/2017

Vencimento: 09/01/2018



Cartão

Cartão de Crédito Oi Mastercard Doméstico
Nº 5488 **** * 5368

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 26/01/2018

Pág. 001 de

Vencimento
09/01/2018

Atenção:

- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos aportados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 80,88. Consulte o CET no quadro Gasto Efetivo Total desta fatura, nem Crédito Rotativo/Seques.

Valor Total:
R\$ 798,32

Pagamento mínimo (1):
R\$ 119,75

Pagamento parcelado:
ENTRADA 7€
+23X 7€

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso exista.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 79,52 - CET 203,77% a.a). Se você possuir parcelamentos anteriores, a mensalidade que soma devida neste contempla o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte os outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse www.oi.com.br/parcelas/fatura; procure um caixa eletrônico ou ligue para o Call Center do Banco do Brasil.

> Total da Fatura

Saldo - R\$

> IOF e Encargos nesta Fatura

798,32 IOF

> Encargos Financeiros

Crédito Rotativo	1	2
	11,69	11,69

> Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão
Tabela de Tarifas do Banco do Brasil

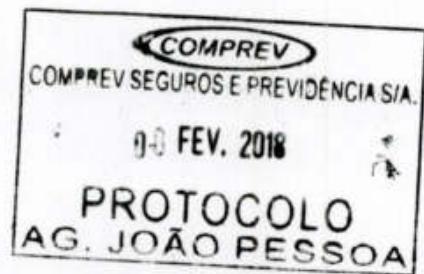


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>

Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 17



CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL6 DATA DE POSTAGEM: 06/12/2017
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



7211307021326863401075764530061217



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>
Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 18



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 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=T&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 faixa de 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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.

COMPREV

SAC DPVAT 0800 221206

10 FEV. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Pelo exposto, eu Adailson Briz de Quirino Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Deivaldo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.207.124 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Deivaldo da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.207.124 / 05, 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 Líder-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	<u>Avenida lotendo</u>	Número	<u>172</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>
Email	<u>ccf.adbs@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1910</u>

João Pessoa, 07 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Adailson Briz de Quirino Coutinho Neto
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Josinete Rodrigues da Silva,
RG nº 2.402.863, data de expedição 13/103/2008,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 047.826.284-12,
com Domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Residencial Cajuera
nº 25, complemento Várzea Nova, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
Derivaldo da Silva, cujo o condutor
era Derivaldo da Silva.

Veículo.....: Motocicleta

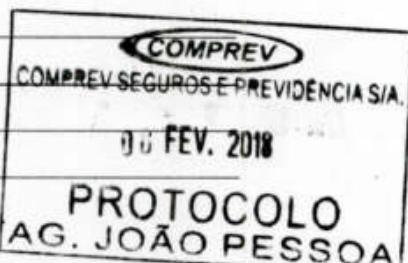
Ano.....: 2013

Modelo.....: Honda/CB 150 FAN ESI

Placa.....: OGD-1604/PB

Chassi.....: 9C2KC16TODR469065

Data do acidente.: 07/08/2017



Local e data: Santa Rita - PB, 06 de Janeiro de 2018



X Maria Josinete Rodrigues da Silva

Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



2º ÓFICIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
 SANTA RITA - PARAÍBA
 RUA SUCERIA CENTRAL, 33 - CENTRO - SANTA RITA, PB - FONE: (83) 3231-4000

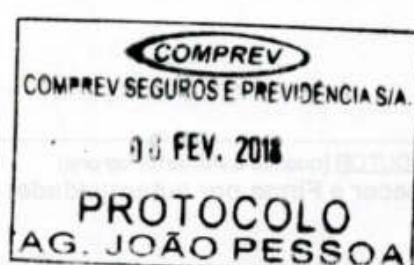
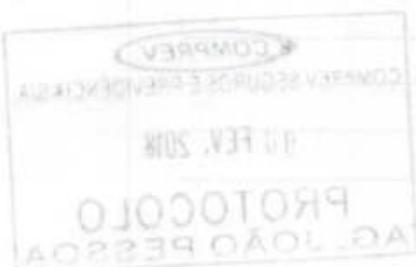
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) furação(s) de:
 MARIA JOSINETE RODRIGUES DA SILVA

Em test da verdade, Santa Rita-PB 06/02/2018 09:55:20
 Alessandro Rolim Dantas - Escrivente
 [2018-000382]ENOL:R\$ 39,40 FADEFEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,47
 SELO DIGITAL: A6073084-P262

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

Alessandro Rolim Dantas
Escrivente Autorizado

(Assinatura de Alessandro Rolim Dantas)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>
 Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 21



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente DERIVALDO DA SILVA	BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	CNS Telefone de Contato (83) 981030268
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA			
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANKLY DO NASCIMENTO ANDRADE	Nº Cons. Regional 4899/PB
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49	Data/Hora Prescrição 07/08/2017 16:21:24		

Anamnese

TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE NORMAIS. PANTURRILHA EDEMÁCIADA, PORÉM SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL. ENCHIMENTO CAPILAR NORMAL. SEM SINAIS DE SLESÃO VASCULAR. ALTA DA VASCULAR.

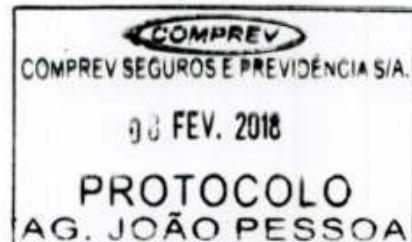
Conduta

Em observação

Dr. Frankly do Nascimento Andrade

FRANKLY DO NASCIMENTO ANDRADE
(4899/PB)

DERIVALDO DA SILVA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ADMINISTRATIVAS

Endereço: AV. ORESTES LISBOA,, S/N, CONJ. PEDRO GONDIM JOAO PESSOA, JOAO PESSOA - PB,
58031090
Tel: 32165736
CNES: 454561

Paciente DERIVALDO DA SILVA	BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	CNS (83) 981030268
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA			
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODRIGO CASTRO DO AMARAL	Nº Cons. Regional 4847/PB
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49		Data/Hora Prescrição 07/08/2017 15:34:17	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-CARRO SOFRENDO TRAUMA NO PÉ DIR. E TORNOCÉLO DIREITO. APRESENTA DOR E EDEMA IMPORTANTE NO PÉ E TORNOCÉLO. PERFUSÃO PRESERVADA. RADIOGRAFIAS DO PÉ E TORNOCÉLO SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO PORÉM DEVIDO AO IMPORTANTE EDEMA SOLICITO TC DO PÉ DIR. - AVALIAR LIS-FRANC E RETROPÉ

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO

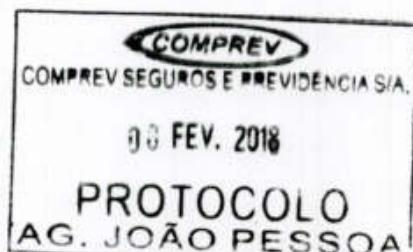
CID10

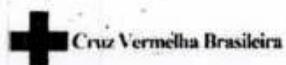
Código	Descrição
S90.3	Contusão de outras partes e partes não especificadas do pé

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 4647 / TEOT 8331

RODRIGO CASTRO DO AMARAL
(4847/PB)

DERIVALDO DA SILVA





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DERIVALDO DA SILVA	BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 981030266
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA			Prontuário
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARCEL SARAIVA BARBOSA	Nº Cons. Regional 6900/PB
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49		Data/Hora Prescrição 07/08/2017 11:33:32	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE AIDENTE DE MOTOCICLETA. APRESENTA TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO E PERNAS DIREITAS. REFERE DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MID E OMBRO E. NEGA TCE, TRAUMA TORÁCICO E ABDOMINAL. AOS EXAMES: ECG 15 EDEMA IMPORTANTE EM MID: (PROGRESSÃO PARA SINDROME COMPARTIMENTAL?)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSIM)

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

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 FEV. 2016

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RADIOGRAFIA DE PERNAS DIREITAS

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP +LATERAL + AXIAL)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

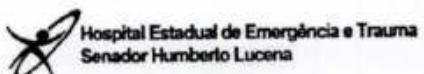
Código	Descrição
M75.4	Síndrome de colisão do ombro

Conduta

Em observação

Dr. Marcel Saraiva Barbosa
Cirurgião Geral
CRM 6900

MARCEL SARAIVA BARBOSA
(6900/PB)



AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente DERIVALDO DA SILVA	BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 981030268
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA			
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49	Data/Hora Prescrição 07/08/2017 13:34:33		

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO-CARRO APRESENTA DOR E EDEMA 3+/4+ TORNOZELO E PÉ DIREITO CD: SOLICITO RADIOGRAFIAS DO PÉ DIREITO E DO TORNOZELO DIREITO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR E EDEMA IMPORTANTE TORNOZELO DIREITO)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR E EDEMA NO PÉ DIREITO APÓS TRAUMA)

Conduta

Em observação

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(6902/PB)

DERIVALDO DA SILVA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente DERIVALDO DA SILVA	BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa 2017-08-07 16:48:17,0
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	Teléfono de Contato (83) 981030268
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA			
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 8637/PB
Data/Hora Classificação 07/08/2017 16:48:18		Data/Hora Prescrição 07/08/2017 16:48:19	

Anamnese

PACIENTE SUBMETIDO A TC DE TORNOZELO E PÉ EVIDENCIADO FRATURA DO MALEOLO MEDIAL SEM DESVIO CD: TALA BOTA RETORNO NO HTOP. ALTA DA ORTOPEDIA

PROCEDIMENTO

BOTA TALA

CID10

Código	Descrição	COMPREV
S82.5	Fratura do maléolo medial	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 FEV. 2018

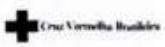
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**Alta Hospitalar**

Usuário LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Data e Hora 07/08/2017 16:48:17
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações FRATURA DO MALEOLO MEDIA SEM DESVIO TALA BOTA ORIENTADO NÃO PISAR RETORNO NO HTOP

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(8637/PB)

DERIVALDO DA SILVA

PD Realizar pale



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



RUA CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome DERIVALDO DA SILVA	Data de 27/10/1976	Idade 40	Sexo MASCULINO	Nº 1018804	Nº	Data Prescrição 07/08/2017 11:33:32
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Selar	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 07/08/2017 11:33:32		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 Solução Fisiológica 0,9%	500,0	ML		E.V.		AGORA		
2 CETOPROFENO 100 MG	1,0	MG		E.V.		AGORA		
3 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	1,0	ML		E.V.		AGORA		
4 PARECER ORTO	0,0							
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR	0,0							

07 de Agosto de 2017

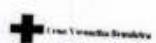
MARCEL SARAIVA BARBOSA
CRM: 0900

Assinatura e Carimbo do Profissional



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>
Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 27



Hospital Universitário de João Pessoa
Bom Jesus - João Pessoa - PB



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome
DERIVALDO DA SILVA

Data de
27/10/1976 N° Boletim Emergência
1018804 Prontuário

Material a examinar

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA
(DOR E EDEMA IMPORTANTE TORNozELO DIREITO)
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO
(DOR E EDEMA NO PE DIREITO APÓS TRAUMA)

- Ap/p VERDADEIRO

TOMOGRAFIA

TIPO ...	TC Pe D	TIPO ...	RAIOS-X
DATA ...	7/8/17	DATA ...	Tomografia - Pe - Fca
HORA ...	16:20	HORA ...	07/14/2017
NOME TÉC. RAD.		NOME TÉC. RAD.	Adrienne
ASS.:		ASS.:	

TIPO ... RAIOS-X

DATA ... 07/14/2017

HORA ... 14:00h

NOME TÉC. RAD. Adrienne

ASS.: 055

Dr. Edvaldo Castro do Amaral
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 4847 - TECOT 5331

Assinatura e Carimbo do Profissional

07 de Agosto de 2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Pronto-Socorro de Emergência e Trauma
Brigadeiro Henrique Lacerda



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

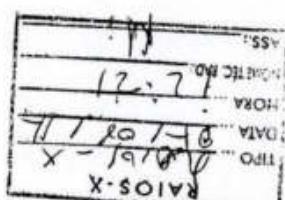
Nome
DERIVALDO DA SILVA

Data de 27/10/1976	Nº Boletim Emergência 1016804	Prontuário
-----------------------	----------------------------------	------------

Material a examinar

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + AXIAL)
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)



07 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

É permitido fazer reprodução para magistral e literatura médica clínica

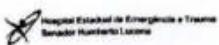
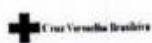


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>

Número do documento: 20081810311324600000031888092

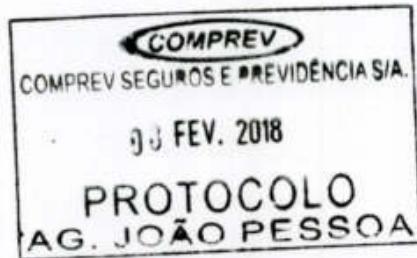
Num. 33316082 - Pág. 29

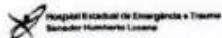
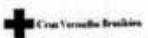


SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Nome DERIVALDO DA SILVA		
Data de 27/10/1976	Nº Boletim Emergência 1018804	Prontuário
Material a examinar		
PROCEDIMENTO BOTA TALA		
		
07 de Agosto de 2017		

Assinatura e Carimbo do Profissional





REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DERIVALDO DA SILVA		
Data de 27/10/1976	Nº Boletim Emergência 1018804	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO		

Dr. Rodrigo Cottare do Amaral
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 4847 / TEDT 6331

07 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

É proibida a utilização separada para impressão e distribuição eletrônica.





Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

RADIOGRAFIA Perna Direita

Textura e morfologia óssea conservadas.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Osteófitos marginais.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:31


Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Textura e morfologia óssea conservadas.

Osteófitos marginais.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:32.

Thiago C. C. Modesto
Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PR





Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

Não há evidências de fraturas com desalinhamentos significativos.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:35.


Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB





Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem sinais de fraturas desalinhadas significativas.

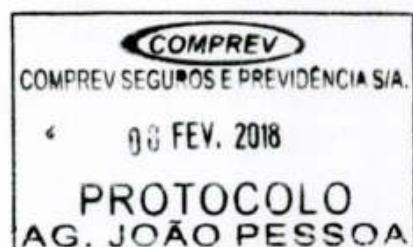
Campos pulmonares com transparência preservada.

Seios costofrênicos livres.

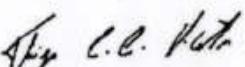
Mediastino centrado.

Área cardíaca de configuração anatômica.

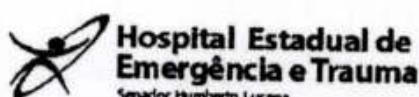
* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:36


Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710-PB





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

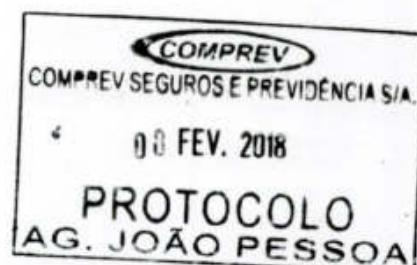
RADIOGRAFIA OMBRO ESQUERDO

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

Não há sinais de traços de fratura com desalinhamento significativo.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:36.


Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>
Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 36



Atendimento: 000000695133

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar

Análise:

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Sinais de fratura do maléolo medial, sem desalinhamento ósseo.

Espaços articulares conservados.

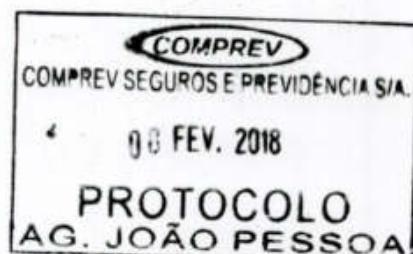
Não há aumento significativo do líquido intra-articular.

Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

Sinais de edema do tecido subcutâneo.

Sinais de entesopatia calcanea.

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 07/08/2017 16:30.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>
Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 37



Atendimento: 000000694723

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

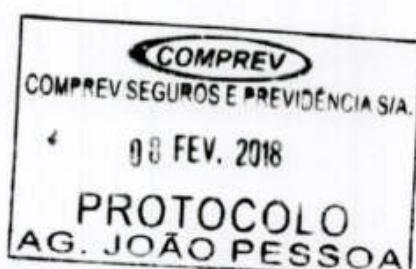
RADIOGRAFIA TORNOZELO DIREITO

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

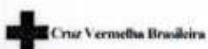
* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 16:37.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Idade 40

Data: 07/08/2017 16:46:35

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

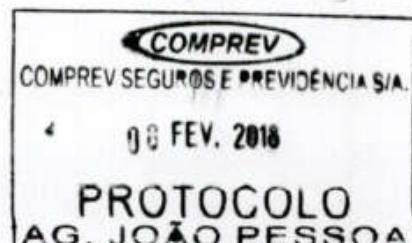
BAE: 1018804

1- FLANCOX 400MG ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR 05 DIAS.

Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
8637/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>
Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 39



Receituário Médico



~~Renovação do soro.~~

Via oral.

Cetalexina 500mg — 28cpn.

Tomar 1cpn. 6/6h.

7 d. as.



Data: 08/02/17

Dr. Alisson R.F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 0913 / CRM-RJ 17608
SBOT 125

Médico - CRM

F(NG).CC.002-I





CRAZ VERMELHA
BRASILEIRA

Receituário Médico

HEETSHL

Divaldo de Souza.

uso tópico

- óleo de Girassol. Placard

- Clorhexidina desinfetante.

- Solan anti-séptico.

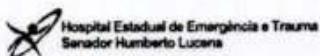
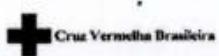


Data: 08/02

Médico - CRM

F(NG).CC.002-I





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Atestado Médico

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

CNH

2188916

FOI ATENDIDO (A) POR LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA

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

NO DIA **07/08/2017 16:46:49**, NECESSITANDO DE **30** - **TRINTA**

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

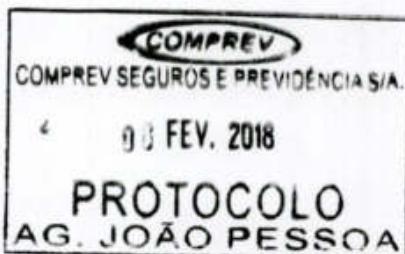
LOCAL E DATA

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 15 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(8437/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Renaldo
de Souza

DATA DO ATENDIMENTO: 08/08/15

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Reinaldo

DIAGNÓSTICO: Fr. Meléio

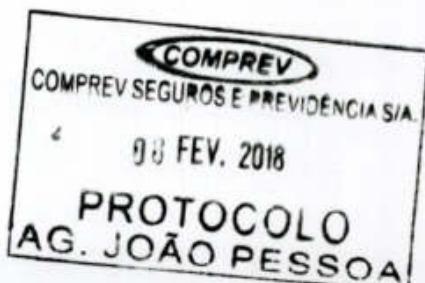
PROCEDIMENTO: Medul

ATO cirúrgico

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1





RESUMO DE ADMISSÃO E ALTA

NOME: Benualdo da Silva

LEITO:

IDADE: 60

SEXO:

FONE:

CATEGORIA:

DATA DA ADMISSÃO: 16/08/17

DATA DA ALTA: 22/08/17

TEMPO DE PERMANENCIA:

DIAGNÓSTICO(S) INICIAL(S):

erupção bolhosa

DIAGNÓSTICO (S) DEFINITIVO (S):

EXAMES REALIZADOS:

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, COMPLICAÇÕES E PRESCRIÇÕES)

Paciente internado com MDS edematoso, ferinto bolhoso, calor e rubor.
Durante internação houve melhora do estado geral.
Décimo curto dia.

DESTINO:

ALTA PARA CASA: SIM NÃO DATA:

Prescrição: Ciprofloxacin, Colagenase

TRANSFERÊNCIA: NÃO SIM DATA:

LOCAL: _____ MOTIVO: _____

RETORNO: PSF POLICLÍNICA HOSPITAL DATA: _____ HORA: _____

ÓBITO: NÃO SIM DATA: _____ DIAGNÓSTICO: _____

DADOS ADICIONAIS: _____

Data:

Acadêmico (a) FAMENE

Médico (a)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.	
COMPREV	
06 FEV. 2018	
PROTÓCOLO	PESSOA
AG. JOÃO	DR. JOELMA PEDRO DA SILVA
CRM/PB 10222	



FUNDAÇÃO GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO
COUTINHO

Hospital e Maternidade Governador Flávio Ribeiro Coutinho
CNPJ Nº 09.433.715/0001-02
Av. Flávio Ribeiro, 202 – Centro – Santa Rita-PB / TEL: 83 – 3229-1039 / FAX 83- 3229-2014 / EMAIL:
fundac@oi.com.br

LAUDO

Aos 16 dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezessete deu entrada neste serviço de saúde o Sr. DERIVALDO DA SILVA, ficando interno para tratamento de saúde, conforme Cid. A46, com melhora no quadro clínico, recebendo alta hospitalar em 22 de agosto do ano de dois mil e dezessete, conforme internação clínica que se encontra em arquivo, nesta instituição hospitalar.

Sub Consulta de Internações por Paciente

Data	Hora	Nº de Atendimento	Clinica	Leito	Médico Resp.	Alta	Médico (Alta)
16/08/2017	09:02:58	1105094	Clinica Médica	Enfermaria 11 - Leito 55	LUCAS	22/08/2017	

Santa Rita, 19 de outubro de 2017.



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DR. ROMEU A. MENEZES
FUNDAÇÃO GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO COUTINHO
 Pça. Flávio Ribeiro, 202 - Santa Rita - PB - Fone 2291039
 CGC 09 433 715/0001-02

NOME MED. Dr(a)	DERIVALDO DA SILVA	No. CONVÉNIO.	L-55
EXAMES REQ	HEMOGRAMA	DATA DA COLETA	SUS
			17/08/2017
		DATA DA EMISSÃO:	17/08/2017

HEMOGRAMA

ERITROGRAMA

	Valores Referenciais	
	Homem	Mulher
Hemácias.....	4,810 Milhões	4,5 - 6,1
Hemoglobina.....	13,1 g/dl	4,1 - 5,3
Hematócrito.....	40,9 %	12,8 - 17,8
Volume Globular Médio.....	85,03 y	40,0 - 54,0
Hemoglobina Globular Médio.....	27,23 yy	36,0 - 48,0
Conc. Hemoglobina Globular Média.....	32,03 %	28,0 - 34,0
RDW.....	14,5 %	31,0 - 36,0

LEUCOGRAMA

	9.300 mm ³	Adultos: 3.000 a 11.000/mm ³	Referência
	Vir. Relativo	Vir. Absoluto	Referência
Mielócitos.....	0	0	0
Metamielócitos.....	0	0	0
Bastonetes.....	0	0	0
Segmentados.....	70	45 a 70	50 a 600
Eosinófilos.....	7	1 a 6	6510 1.500 a 7.000
Basófilos.....	0	0 a 3	651 50 a 600
Linfócitos.....	20	21 a 25	0 0 a 200
Típicos.....	20	21 a 25	1860 1.200 a 2.080
Atípicos.....	0	0 a 1	0 0 a 80
Linfocitoides.....	0	2 a 4	0 120 a 320
Valor total.....	20	20 a 30	1860 1.200 a 2.400
Monócitos.....	3	2 a 10	279 100 a 1.000

PLAQUETAS..... 338.000/mm³

VR.: 150.000 a 450.000/mm³

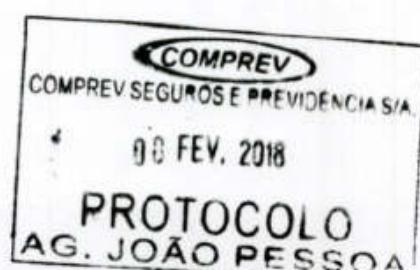
OBS: Hemácias Normocíticas, Normocrônicas.

Claudio Estefânia Araújo de Souza
CRF-PB 1898

Eclesia de Oliveira Souza
Biomédica
CRBM 5969

Francisca das Chagas Ribeiro Silva
CRBM-PE 2999
BIOMÉDICA

O valor preditivo de qualquer diagnóstico, depende da análise conjunta entre o resultado e os dados clínicos e epidemiológicos do (a) paciente.



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DR. ROMEU A. MENEZES
FUNCAÇÃO GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO COUTINHO
Pça. Flávio Ribeiro, 202 - Santa Rita - PB - Fone 2291039
CGC 09 433 715/0001-0 2

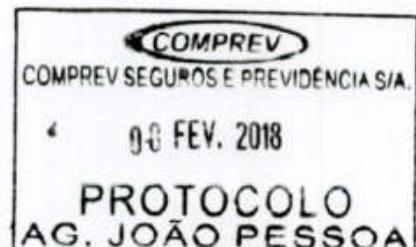
NOME:	DERIVALDO DA SILVA	No.	L-55
MED	Dr(a)	CONVÉNIO:	SUS
EXAMES:	GLICEMIA/UREIA/CREATININA	DATA DA COLETA:	17/08/2017
		DATA DA EMISSÃO:	17/08/2017

RESULTADO

GLICOSE: 80,0 mg/dL VR: Neonatal, prematuro = 25-80 mg/dL
Amostra utilizada: soro Neonatal = 25-80 mg/dL
Método Enzimático Crianças, adultos = 70-100 mg/dL

UREIA 43,0 mg/dl VR: 15 a 39 mg/dl
Amostra utilizada: soro
Método: UV

CREATININA: 1,10 mg/dl VR: Homens: 0,9 a 1,3 mg/dl
Amostra utilizada: soro Mulheres: 0,6 a 1,1 mg/dl
Método: Cinética



Claudio Estefânia Araújo de Souza
CRF-PB 1898

Eclesia de Oliveira Souza
Biomédica
CRBM 5969

Francisca das Chagas Ribeiro Silva
CRBM-PE 2999
BIOMÉDICA

O valor preditivo de qualquer diagnóstico, depende da análise conjunta entre o resultado e os dados clínicos e epidemiológicos do (a) paciente.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>
Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 49



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DERIVALDO DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 24/10/76
NOME DA MÃE MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.018.804
Nº PRONTUÁRIO
DATA DO ATENDIMENTO 07/08/17
HORA DO ATENDIMENTO 11:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL E
CID 10 S 82.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma contuso em ombro E e perna D com edema importante e refere dor e limitação dos movimentos dos membros. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tornozelo e pé D
RX do tórax - AP
RX do ombro E - AP
RX do joelho D - AP e P
RX do pé D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura do maléolo medial D sem desvio à TC e RX. Sem alteração aos outros RX. Relaizado atendimento, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia e da cirurgia Vascular.

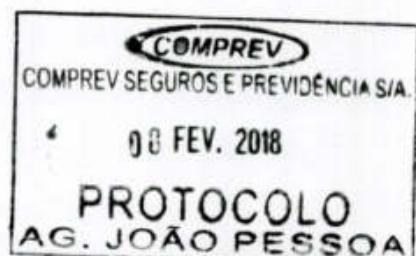
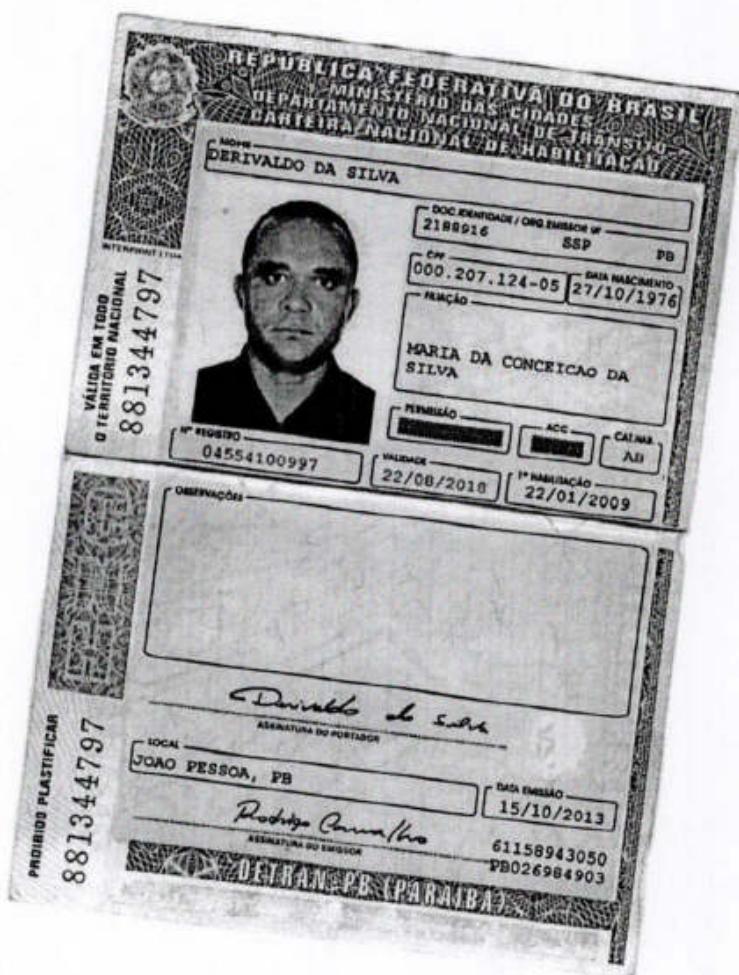
ALTA HOSPITALAR: 07/08/17
DATA DA EMISSÃO: 09/01/18

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MEDICO / CRM: 2516/PB

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

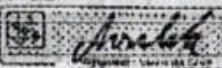




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092>
Número do documento: 20081810311324600000031888092

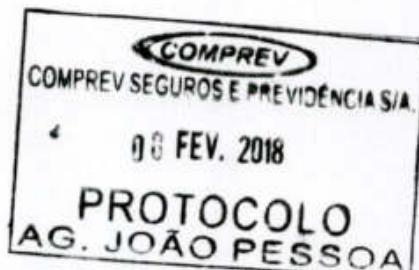
Num. 33316082 - Pág. 51



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - PB N° 013746866153			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA:	CÓD. RE-NAVAN PRT 20170000142850		
ACRE:	EXERCÍCIO: 00/00000000 2017		
NOME: MARIA JOSINETE RODRIGUES DA SILVA			
CPF/CNPJ:	04782628412		
PLACA:	QCD7604/PB		
PLACA ANT/UE:	NOVO PB		
CHASSI:	9C2KC1670DR469065		
ESPECIE/TIPO:	PAS/MOTOCICLETA/ NÃO APPLIC		
COMBUSTIVEL:	ALCO/GASOL		
MARCA/ MODELO:	HONDA/CG 150 FAN ESI		
ANO FAB/ ANO MUD:	2013 / 2013		
CAP/PIOT/CIL:	2- P/149 / CI		
CATEGORIA:	PARTIC		
COR PREDOMINANTE:	VERMELHA		
IPVA TOTAL/UNICA:	IPVA PAGO EM 00/00/0000 VENG/ COTAS		
FADA IPVA:	***** 0 PARCELAMENTO/COTAS		
IPVA:	***** 1 ^a ***** 2 ^a ***** 3 ^a		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$):	IOP (R\$):	PRÉMIO TOTAL (R\$):	DATA DE PAGAMENTO:
*****	*****	SEGURO PAGO	21/04/2017
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
SANTA RITA-PB	LOCAL:	DATA:	24/08/2017
41947		7003781	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
7003781-1602452-20170824

ACO-2017



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **DERIVALDO DA SILVA** Sinistro: **3180075942** Data: **07/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA TRAVESSA DO CAJUEIRO , 25 - VARZEA NOVA - Santa Rita - PB - CEP 58300010**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2188916**

Data local do exame: [**05/03/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do maléolo medial (tornozelo direito). Paciente chegou deambulando sem auxílio de terceiros e ou muletas, apresenta leve claudicação, apresenta limitação de movimentos no tornozelo direito e hipersensibilidade local.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Paciente submetido a tratamento conservador de fratura no maléolo medial, evoluiu com bolhas e dor crônica no pé e tornozelo. Seguido de claudicação e limitação de movimentos no tornozelo direito.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Paciente apresenta limitação de movimentos no tornozelo direito (flexão dorsal 0-10°, flexão plantar 0-20°, bloqueio de inversão e eversão do tornozelo) claudicação leve, diminuição força de tornozelo direito grau 4. Edema crônico no tornozelo e hipersensibilidade local.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Douglas Teixeira

Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092
Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 54