



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10954907

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170246081 ASL-0168323/17
Vitima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
Data Acidente: 02/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILMA PAIVA DE MELO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

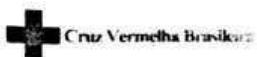
Seguradora Líder-DPVAT

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 04/09/2017 13:12:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090413073962200000009330424>
Número do documento: 17090413073962200000009330424

Num. 9536977 - Pág. 1



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 964963



Identificação do paciente

ID 1111944	Nome MARCILON DO NASCIMENTO SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 29/02/1972	Idade 44 anos 9 meses 1 dia	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe ANATILDE DO NASCIMENTO SILVA		Religião NAO INFORMADA
Escolaridade NAO INFORMADO		Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986044876	Pai JOAO SEVERINO DA SILVA
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Responsável (Parentesco) JESSICA NASCIMENTO - SOBRINHO(A)
Local de procedência MANAIRA		DDD Fixo
Email	Naturalidade ALAGOA GRANDE	Fone Fixo
		Nº Crs
		Tipo BAIRRO
		UF PB
		CB/R

Endereço

CEP 58032210	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro AGRICOLA MONTENEGRO
Número SN	Complemento	Bairro	MIRAMAR

Admissão

Data e Hora 02/12/2016 11:36:38	Número da pulseira 1000004661978	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco	Origem do paciente RUA

Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA	Detalhe do acidente MOTO X BICICLETA
------------------------------------	--	---

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TET []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	--------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA	Tempo 06min 20seg

*13/12
vs
PC
PR
Imprimir*

Scanned by CamScanner





FICHA DE ANESTESIA

oi
HEETSHI

PACIENTE: MARCILION DO NASCIMENTO SILVA		DATA: 13/12/16	PRONTUÁRIO: 964963
		SEXO: M COR: P	IDADE: 44 anos
PRESSÃO ARTERIAL PULSO <u>80x70</u>		RESPIRAÇÃO <u>OK</u>	TEMPERATURA <u>36,5</u>
ESTADO GERAL <u>BOM</u> ()REGULAR ()MAU ()PÉSSIMO		PESO <u>70</u>	GRUPO SANGUÍNEO
EXAMES COMPLEMENTARES			
AP. RESPIRATÓRIO <u>OK</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>OK</u>	
AP. DIGESTIVO <u>OK</u>		ESTADO MENTAL <u>Consciente</u>	
ESTADO FÍSICO (ASA) <u>ASAI</u>			
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA <u>Dormofit 2mg IV na 50</u>			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de plato tibial</u>			
CIRURGIA REALIZADA <u>Tratamento cirúrgico de fratura de plato tibial</u>			
CIRURGIÃO <u>Dr. Rafael Lacerda</u>		AUXILIARES <u>Dr. Carlos</u>	
INÍCIO DA ANESTESIA <u>19:30h</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>21:30h</u>	
DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>2 horas</u>			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u>Anestesiologista CRM 4229</u>		VALORES RS	
ANESTÉSICO <u>Propofol m. 7,2ml</u>		CRM-PB <u>4229</u>	
CPF <u>690.882.174-91</u>		<i>Assinatura de Lourdes Nilo Ferreira da Costa</i> Anestesiologista CRM 4229	
<img alt="Hand			



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



SOCIEDADE
BRAZILEIRA DE
TRAUMATOLOGIA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) PCT em ORA, sob anestesia
- (2) anestesia tópica + sedação + MS (3)
- (3) exposição ao campo cirúrgico

Incisão:

- (4) via longitudinal da pista median
- (5) via âncora - lateral da pista median
- (6) dissecção por planos até o boneco ósseo.

Achados:

- (7) luxação do polo da fratura
- (8) afunilamento articular.

Conduta:

- (9) mobilização articular + flexão do plato articular com pin em "T"
3x5 furos + 5 parafusos contínuos
- (10) mobilização articular + fixação do plato articular com 2 parafusos
verticalizados (3 com ranhura) + pin 1 no topo 5 furos + parafusos contínuos
- (11) limpar com SF 99%
- (12) fixar membra por elmos
- (13) sutura da pele
- (14) curativos primários
- (15) fechar os cativos.

Fechamento:

Observação:

- (16) via de instrumentação curta

João Pessoa, 13/12/18

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

Scanned by CamScanner





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Márcio da Mota Sá BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____ / ____ / ____
Clínica/Setor: Onco EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fx do pênis (U) 1º Assistente: DR. Carlos Mota
Cirurgião: DR. Mota UFM 2º Assistente: DR. Mota (RJ) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: DR. Motta
Tipo de Anestesia: Mon Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>O Fx do pênis</u> (U)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Oro emílio ao fêmur com placa + parafusos</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 13 / 12 / 16

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

Scanned by CamScanner





EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Masseton do Noronheith Silva

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
03/12/16		<p><u>Serviço Social</u></p> <p>Realizado questionários, anexado termo de admissões, solicitado vadões de Saúde e rebox dos documentos</p> <p><i>Kathia Barreto</i> Técnico de Medicina / Serviço Social Assistente Social CRESS 4599-128 Região PB</p>
12/12/16 15:00	Psicologa	<p>Paciente no momento consciente, orientado, estado emocional estável, humor estável, contactando bem. Realizará apoio psico- lógico.</p> <p><i>Maria Alice Vicentini de Lima</i> Psicóloga Clínica Cognitivo-Emportamental Especialista em Neuropsicologia CRP 13/6187</p>

FONG ENF 015-1

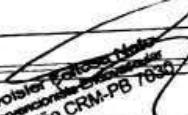
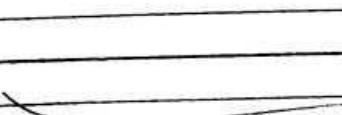
Scanned by CamScanner





EVOLUÇÃO DO PACIENTE



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
02.12.16	16H25'	# Next
		búcio, PIFR, Ørig. sit
		Rx amigdala - C6: Ø Eratius -
		Ct. CT A (ta der spp) e Orin de 09
		 Dr. Lauro Lacerda Neurocirurgião Neurocirurgião CRM-PB 760
		

E(NG) ENP 018-1

Scanned by CamScanner

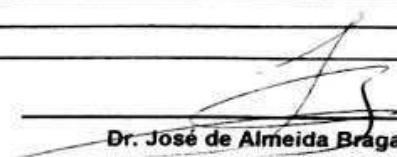



 LBBBBD4661878 BE : 964963
 MARCILON DO NASCIMENTO SILVA
 DT. NASC : 28/02/1972
 MRS. ANATILDE DO NASCIMENTO SILVA

AVALIA		B.E./PRONTUÁRIO		
NAME DO FA	TELEFONE:	IDADE:	DATA:	
NOME DO FA: AGR. ICOLA MONTENEGRO N. SN - MIRIMAR JORD PESSOR TELEFONE: (63) 986844876 IDADE: 44 DT. ENTRADA:				
<input type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU <input type="checkbox"/> Polícia				
PROCEDÊNCIA: <input type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU <input type="checkbox"/> Polícia				
TIPO DE ACIDENTE: <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Armas de Fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros _____				
TIPO DE LESÃO: <input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Ferimento aberto <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Objeto encravado <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo <input type="checkbox"/> Amputação membro <input type="checkbox"/> Outros _____				
LOCAL DA LESÃO: <input type="checkbox"/> Membros sup. <input type="checkbox"/> Membros inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros _____				
DADOS CLÍNICOS (sintomas) DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS: / /				
EXAME FÍSICO PA ____ mmHg P ____ bpm SpO2 ____ Tax ____				
Sistema Neurológico: Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado Simetria: <input type="checkbox"/> Isocônicas Tamanho: <input type="checkbox"/> Mídrise Avaliação das pupilas: <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Miose				
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> Vias aéreas périvas <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Respiração rápida <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas				
Sistema Circulatório: <input type="checkbox"/> Pulso suspenso <input type="checkbox"/> Pele fria e úmida <input type="checkbox"/> Perfusão tissular esclatadora <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Perfusion tissular comprometida <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Outros _____				
Sistema Digestório: <input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Uso de SNG <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial <input type="checkbox"/> HDB <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda Outros _____ <input type="checkbox"/> Rápide abdômen <input type="checkbox"/> Distensão abdominal				
Sistema Genito-urinário: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias				
<input type="checkbox"/> Internações <input type="checkbox"/> Outros Especificar: _____				
USO DE MEDICAÇÃO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar: _____				
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____				
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: <i>Painel de transito velo Samu, cito em de acordo com os leis. Cetes, segue PR-COT posteriormente averiguiar. As curvaturas da espiral.</i> 				
DESTINO:	ENFERMEIRO:	COREM:	F(NG) ENF 022-1	

Scanned by CamScanner



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA		
LAUDO MÉDICO			
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE	MASSILON DO NASCIMENTO SILVA		
DATA DE NASCIMENTO	29/02/72		
NOME DA MÃE	ANATILDE DO NASCIMENTO SILVA		
DADOS EXTRAÍDOS			
PRONTUÁRIO N.º	98.993		
BOLETIM DE ENTRADA N.º	964.963		
DATA DO ATENDIMENTO	02/12/16		
HORA DO ATENDIMENTO	11:36		
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE BICICLETA		
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO + FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA		
CID 10	S82.1		
AVALIAÇÃO INICIAL:			
<p>Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, colisão entre moto e bicicleta, referindo dor, edema e limitação funcional de membro inferior esquerdo. Abdomen sem queixas. Pupilas fotorreagentes. Glasgow 15. Presença de fratura de platô tibial esquerdo e fratura de fibula esquerda. Internado para cirurgia. Operado e evoluiu bem.</p>			
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:			
RX de joelho esquerdo AP/P			
TRATAMENTO:			
Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo.			
ALTA HOSPITALAR:	16/12/16		
DATA DA EMISSÃO:	17/02/17		
 Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB			

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

Scanned by CamScanner



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <i>Márcia da Silva</i>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <i>02/12/16</i>			Data da alta: <i>16/12/16</i>		
Diagnóstico inicial: <i>Tumor pleural tibial</i>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
<i>PARI & ex 4.3</i>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>Ct subfisi + fez cirurgia dia 13/12/16</i> <i>po d Pekel dia</i>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso: relativo em casa por, _____ dias. retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias. retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatório: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa:					
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto _____ Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão. <i>B. N. 10</i> <i>Ass. Médico / CRM</i> <i>João Pessoa: 16 de 12 de 16</i>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

Scanned by CamScanner





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



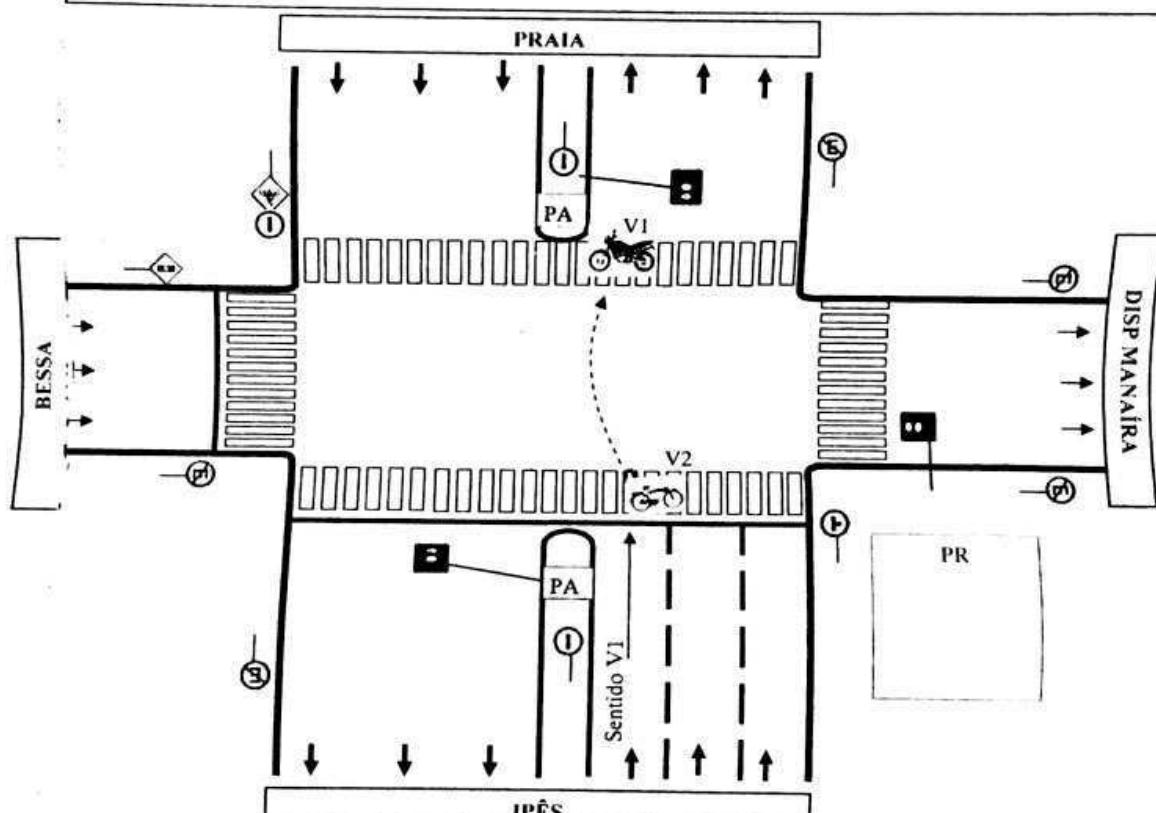
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0871/ 2016

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Flávio Ribeiro Coutinho 13,50metros
VIA "B" - Rua Manoel Arruda Cavalcanti 08,20metros

PR (Ponto de Referência) Manaíra Shopping
PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Diancero Esquerdo 00.10 e Traseiro Esquerdo 00.15 metros para (PA)
V2 (Veículo 02) Eixos Diancero Esquerdo 05.60 e Traseiro Esquerdo 05.80 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRAТИVO NÃO OBDECE ESCALA.

AVARIAS



V1



V2

Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 04/09/2017 13:12:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090413075804300000009330429>
Número do documento: 17090413075804300000009330429

Num. 9536982 - Pág. 1



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0871 - 2016	Responsável pelo Levantamento do Acidente: Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho				Posto/Graduação: SD/PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Governador Flávio Ribeiro Coutinho/Manoel Arruda Cavalcanti	Hora 10:15	Bairro Manaira	Município: João Pessoa	UF PB		
Data/Ocorrência 02/12/2016	Dia da Semana Sexta-Feira	C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Abalroamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca	Tempo Bom
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos			Controle do tráfego no local Cruzamento Com Semaforo			

CONDUTOR 01

Nome Arligio Batista de Sousa	Sexo Masculino	Nascimento 05/09/1961	RG 707011
---	--------------------------	---------------------------------	---------------------

Endereço

Av. Manoel Moraes, 565, Apt.103, Manaira, João Pessoa PB – Tel.(083)99841-7045

1ª Habilitação 28/09/1987	Categoria AE	Registro CNH N.º 01999069417	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 16/07/2018	Usava cinto -	Usava Capacete Sim
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------------------	------------------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Permaneceu no Local
---	---

VEÍCULO 01

Marca Honda	Especie Motocicleta	Placa NPU-8258	Categoria Particular	Municipio João Pessoa	U.F. PB
-----------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Juberlando Martins da Silva

Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012030798403	Renavan Nº 00164251252	Data da Emissão 18/08/2015
----------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

Defeitos

Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: Trafegava na Via A pela faixa da esquerda sentido Ipes/Praia, quando ao passar pelo cruzamento com o semáforo verde se deparou com o V2 atravessando a Via, momento que freou sem conseguir livrar-se do impacto.

CONDUTOR 02

Nome Massilon do Nascimento Silva	Sexo Masculino	Nascimento 29/02/1972	RG 15735732
---	--------------------------	---------------------------------	-----------------------

Endereço

R. Agricola Montenegro, 52, Miramar, João Pessoa PB – Tel.(083)98885-9188

1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
----------------	-----------	------------------	------	-------------	-----------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Socorrido ao Hospital
---	---

VEÍCULO 02

Marca	Especie	Placa	Categoria	Municipio	U.F.
-------	---------	-------	-----------	-----------	------

Nome do Proprietário

Seguradora DPVAT	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
----------------------------	------------	------------	-----------------

Defeitos

Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor foi ouvido na sala do Setor de BOAT do BPTRAN no dia 05/01/2017 as 12:00 e que declarou que: Trafegava no sentido Disp Manaira/Bessa, o mesmo estava cruzando a Via , quando o V1 colidiu no V2, o sinal estava amarelo para o V1.

Scanned by CamScanner





CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Marcos da Silva

DATA DO ATENDIMENTO:

Nº PRONTUÁRIO:

MÉDICO (CARIMBO):

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO:

RAY:

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
23/12	Reumatologia	07:00	
16/01/2018	Urologia	15:00	
06/01/17	Ortopedia	07:00	
16/01/17	Ortopedia	07:00	
30/01			
27/03/17	Ortopedia	07:00	
05/06/17	Ortopedia	07:00	

Scanned by CamScanner





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



CPNDI 09.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Avenida Diógenes Chianca, 1777
Bairro: Manaíra - João Pessoa - PB
Número do documento: 1709041307580430000009330429

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 703/004, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1521181, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente MASSILON DO NASCIMENTO SILVA idade 45 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Atropelamento) no dia 02/12/2016, na Avenida Governador Flávio Ribeiro Coutinho, Bairro: Manaíra - João Pessoa - aproximadamente às 10:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 06 de Março de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREJ/6ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

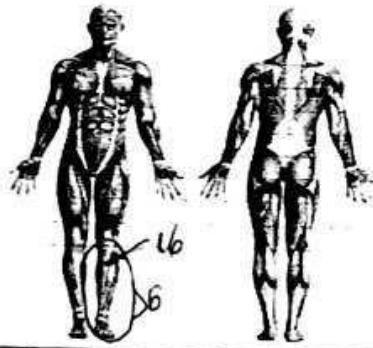
Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242, 3218.9125

Scanned by CamScanner



EXAME SECUNDÁRIOALERGIA: Não: Sim:MEDICAMENTOS: Não: Sim:IMUNIZAÇÃO: Não: Sim:PATOLOGIA: Não: Sim:ALIMENTOS INGERIDOS: Não: Sim:**LOCAL DA LESÃO**

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- 1 Abrasão
2 Amputação
3 Avulsão
4 Contusão
5 Crepitação
6 Dor
7 Edema
8 Empalamento
9 Efiema subcutâneo
10 Esmagamento
11 Equimose
12 F. Arma Branca
13 F. Arma de Fogo
14 F. Contuso
15 F. Cortante
16 F. Corte-Contuso
17 F. Perfuro-Contuso
18 F. Perfuro-Cortante
19 Fratura Óssea Fechada
20 Fratura Óssea Aberta
21 Hematoma
22 Ingurgitamento Nervoso
23 Laceração
24 Lesão Tendinea
25 Luxação
26 Mordedura
27 Movimento torácico paradoxal
28 Objeto Encravado
29 Otorragia
30 Paralisia
31 Paresia
32 Parestesia
33 Queimadura
34 Rinorrágia
35 Sinais de Isquemia
36

OBS.:

QUEIMADURA:Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau**EXAMES SOLICITADOS**

- Radiografias
 Ultrassonografia (FAST)
 Tomografia computadorizada

- Lavado peritoneal
 Gasometria arterial
 Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	① Drenagem laringeal 03850		
2	② Colar cervical 100x2 - 1000 ml 3150		
3			
4			
5			
6			
7	1000 ml de 2% 2		
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICOSolicito parecer da NENHUMA às _____ do dia _____
Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	<input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde)	<input type="checkbox"/> Internado (setor) _____	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar	<input type="checkbox"/> Decisão médica	<input type="checkbox"/> A pedido	<input type="checkbox"/> A revalia	<input type="checkbox"/> Desistência
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Até 48 hs.	<input type="checkbox"/> Após 48 hs.	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> SVO		

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1

Scanned by CamScanner





1808084641978
MARCELO DO NASCIMENTO SILVA BE 964963
DT. NASC.: 28/02/1972
MRE: MARCELO DO NASCIMENTO SILVA
END.: RUA ICOLA MONTENEGRO
N. SN - MARIMAR
JORD. PESSOA
FONE: (83) 306844876
CELULAR: (83) 986844876
IDADE: 44
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO

NOME DO P.

IDADE:

DT. ENTRADA:

Primeiro Atendimento Médico



B.E.

IDADE:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de bracelete. Nas
aplicou brasa / vanta / Guincho e de car. v. col. pt.
e do eu MTT

AME PRIMARIO

VIAS AÉREAS Permeáveis ObstruídasCERVICAL IMMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim NãoRESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR

1- MURMÚRIO VESICULAR

<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> HTE
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Presente e normal
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Rude

2- RUIDOS

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Roncos
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Sibilos
	<input type="checkbox"/> Estertores	<input type="checkbox"/> Estertores

FR:

imp SaO₂ %

DEÍCIT NEUROLOGICO

Pupilas: Fotoreageente Paralisadas Isocôricas Anisocôricas

Escala de Glasgow:

(diferença = mm)

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

 Normal Pálida Cianótica Pletórica Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

 Normal Quente Fria

PULSO

 Normal Aumentado Fino Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

 Regular Irregular Ausente

BULHAS

 Normofonéticas Hipofonéticas Hipofonéticas Ausente

SOPRO

 Presente Ausente

BE OU BA

 Sim Não

FC: _____ bpm PA: _____ X mmHg T: _____ °C

ECG:

NDN

ABDOMEN:

ABERTURA OCULAR

À solicitação verbal

Ao contínuo estímulo

Nenhuma

TOTAL:

MELHOR RESPOSTA VERBAL

ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA

<4anos>

MELHOR RESPOSTA MOTORA

Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticção)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1

F(NG).CC.001-1

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 04/09/2017 13:12:38

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090413075804300000009330429

Número do documento: 17090413075804300000009330429

Num. 9536982 - Pág. 6

 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	REQUISIÇÃO DE EXAMES	
<i>7</i>		
NOME: <u>Mission do NASCIMENTO</u> Nº BE: _____		
SEXO: M () F () NASCIDO EM: / / ENF. / LEITO: CLÍNICA:		
DADOS CLÍNICOS:		
MATERIAL:		
EXAMES SOLICITADOS:		OUTROS:
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA <input type="checkbox"/> GLICEMIA DE JEJUM <input type="checkbox"/> URÉIA <input type="checkbox"/> CREATININA <input type="checkbox"/> SÓDIO / POTÁSSIO <input type="checkbox"/> GASOMETRIA <input type="checkbox"/> SUMÁRIO DE URINA (EAS)		<u>R de SOCIO (E)P</u> <u>P</u>
OBS		
DATA E HORA - SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO - MÉDICO	DATA E HORA - COLETA
	<i>Dr. Humberto Josen</i> <i>Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena</i> <i>CRM/RB 5768</i>	
		ASS. E CARIMBO - TÉCNICO COLETADOR

Scanned by CamScanner



 CRUZ VERMELHA BRASILEIRA	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	REQUISIÇÃO DE EXAMES						
NOME: MASSILON DA ASSUNCAO SEXO: M() F() NASCIDO EM: / / ENF. / LEITO: DADOS CLÍNICOS:		Nº BE: _____ CLÍNICA: _____						
MATERIAL: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">EXAMES SOLICITADOS:</td> <td style="width: 50%;">OUTROS:</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA <input type="checkbox"/> GLICEMIA DE JEJUM <input type="checkbox"/> URÉIA <input type="checkbox"/> CREATININA <input type="checkbox"/> SÓDIO / POTÁSSIO <input type="checkbox"/> GASOMETRIA <input type="checkbox"/> SUMÁRIO DE URINA (EAS) </td> <td> Rx de SOC HD + PERNA = <hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;"> <small>OBS.</small> <small>DATA E HORA - SOLICITAÇÃO</small> <small>ASSINATURA E CARIMBO - MÉDICO</small> <small>DATA E HORA - COLETA</small> <small>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO</small> </td> </tr> </table>			EXAMES SOLICITADOS:	OUTROS:	<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA <input type="checkbox"/> GLICEMIA DE JEJUM <input type="checkbox"/> URÉIA <input type="checkbox"/> CREATININA <input type="checkbox"/> SÓDIO / POTÁSSIO <input type="checkbox"/> GASOMETRIA <input type="checkbox"/> SUMÁRIO DE URINA (EAS)	Rx de SOC HD + PERNA = <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<small>OBS.</small> <small>DATA E HORA - SOLICITAÇÃO</small> <small>ASSINATURA E CARIMBO - MÉDICO</small> <small>DATA E HORA - COLETA</small> <small>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO</small>	
EXAMES SOLICITADOS:	OUTROS:							
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA <input type="checkbox"/> GLICEMIA DE JEJUM <input type="checkbox"/> URÉIA <input type="checkbox"/> CREATININA <input type="checkbox"/> SÓDIO / POTÁSSIO <input type="checkbox"/> GASOMETRIA <input type="checkbox"/> SUMÁRIO DE URINA (EAS)	Rx de SOC HD + PERNA = <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							
<small>OBS.</small> <small>DATA E HORA - SOLICITAÇÃO</small> <small>ASSINATURA E CARIMBO - MÉDICO</small> <small>DATA E HORA - COLETA</small> <small>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO</small>								

Scanned by CamScanner



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168.v
Vítima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
CPF: 840.495.024-53

3171246087
CPF de Proprio

Data do Acidente: 02/12/2016
Titular do CPF: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato de sinistro
Declaração de Inexistência de IM
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MASSILON DO NASCIMENTO SILVA : 840.495.024-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
WILMA PAIVA DE MELO : 076.370.814-35
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSCR 145.12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

03/05/2017
Nome: WILMA PAIVA DE MELO
CPF/CNPJ: 076.370.814-35

WILMA PAIVA DE MELO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 03/05/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 04/09/2017 13:12:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090413075804300000009330429>
Número do documento: 17090413075804300000009330429

Num. 9536982 - Pág. 9



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta n°: 10956985

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170246081 ASL-0168323/17
Vitima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
Data Acidente: 02/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILMA PAIVA DE MELO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Scanned by CamScanner



PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

OUTORGANTE(S): Nome: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
brasileiro(a), Estado Civil: SOLTEIRO, profissão: PEDEREIRO
RG: 1.573.573 SSP/PB CPF: 840 495 024 53
Endereço: R. AGRICOLA MONTENEGRO SN MIRAMAR, JNDO
PESSOA, CEP: 58.030-310, TEL: 98746-5160

OUTORGADO(S): KLEBERT MARQUES DE FRANÇA, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob o número 11.193 e com endereço profissional na Av. Bossuet Wanderley, 916, Patos-PB; Av. Josefa Taveira, 1235, sala 05, João Pessoa-PB. TEL. 99919.1180/98804-3786/klebertmarques@hotmail.com

PODERES: A quem confere(m) amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad juditia", para representá-lo (la) e defender os interesses e Direitos do (a) OUTORGANTE (s) nas Ações e Processos em seus nomes, notadamente, na presente ação até sentença, onde se apresentar como autores, réus, assistentes, em qualquer instância judicial e ou nas extrajudiciais, podendo variar ações, recorrer, requerer e habilitar-se em seu nome e por conta, tomar vistas em outros processos, transferir, modificar e/ou extinguir direitos, desistir, transigir, efetuar e assinar acordos e cessões de crédito, renunciar, ajuizar ações, representá-lo (la) em audiência de conciliação e julgamento, como se presente fosse, nos termos do art. 477 e 488, do CPC, bem como, praticar todos os atos inerentes ao bom desempenho do presente mandato, podendo, ainda, praticar todos os atos "ad negotia" de interesse do OUTORGANTE(s), agindo para tanto em conjunto ou separadamente, podendo substabelecer os poderes que lhes foram outorgados especialmente, na pessoa de outro profissional, com ou sem reservas, tudo com o fim de levar a bom termo seus interesses. E dando tudo por bom, firme e valioso firma a presente procuração. Em especial para processo judicial no juizado especial federal já em andamento. Processo n. 0514112-17.2016.4.05.8200.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA: Declaram para fins de Direito, sob as penas da Lei nº. 1.060/50, que não possui condições de arcar com as custas processuais, sem comprometer o próprio sustento e de sua família.

AUTORIZAÇÃO: Fica acordado entre as partes o percentual de 30% até o trânsito em julgado da decisão referente a acompanhamento recursal, independente da sucumbência. Custas e despesas processuais ficam à cargo do(a) Outorgante. Válido como contrato entre as partes.

J. PESSOA (PB), 24 de JULHO de 2017

OUTORGANTE

X TESTEMUNHA: Francisco M. Guimarães

Raquel Mayane Paixão Neira
CPF: 082.854.804-88

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MASSILON DO NASCIMENTO SILVA, portador(a) do RG nº 1.573.573 SSP/PB, expedido em 05/10/15, pelo SSP/PB, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 84049502453, DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado na R. AGRÍCOLA MUNICIPAL, S/N, MIRAMAR, JOÃO PESSOA, CEP: 58.032-210.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

João Pessoa/PB, 24 de julho de 2017.



DECLARANTE

TESTEMUNHA: Francisca Lúcia Ferreira
CPF: 030.249.324.07

Rachel Bayane Paixão Vieira
CPF: 082.854.804-88





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 04/09/2017 13:12:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090413072989900000009330419>
Número do documento: 17090413072989900000009330419

Num. 9536971 - Pág. 3

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1.573.573 - 2^a VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/10/2015

NOME

MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

FILIAÇÃO

JOÃO SEVERINO DA SILVA
ANATILDE DO NASCIMENTO

NATURALIDADE

ALAGOA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO

29/02/1972

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº24516 - LIV.A-26 - FLS.141 - CARTORIO 2º JOÃO
PESSOA/PB

CPF

840.495.024-53

João Pessoa - PB

MANOEL ALVES
REGISTRAÇÃO DE PESSOAS
DIRETOR
DATA: 29/02/1972

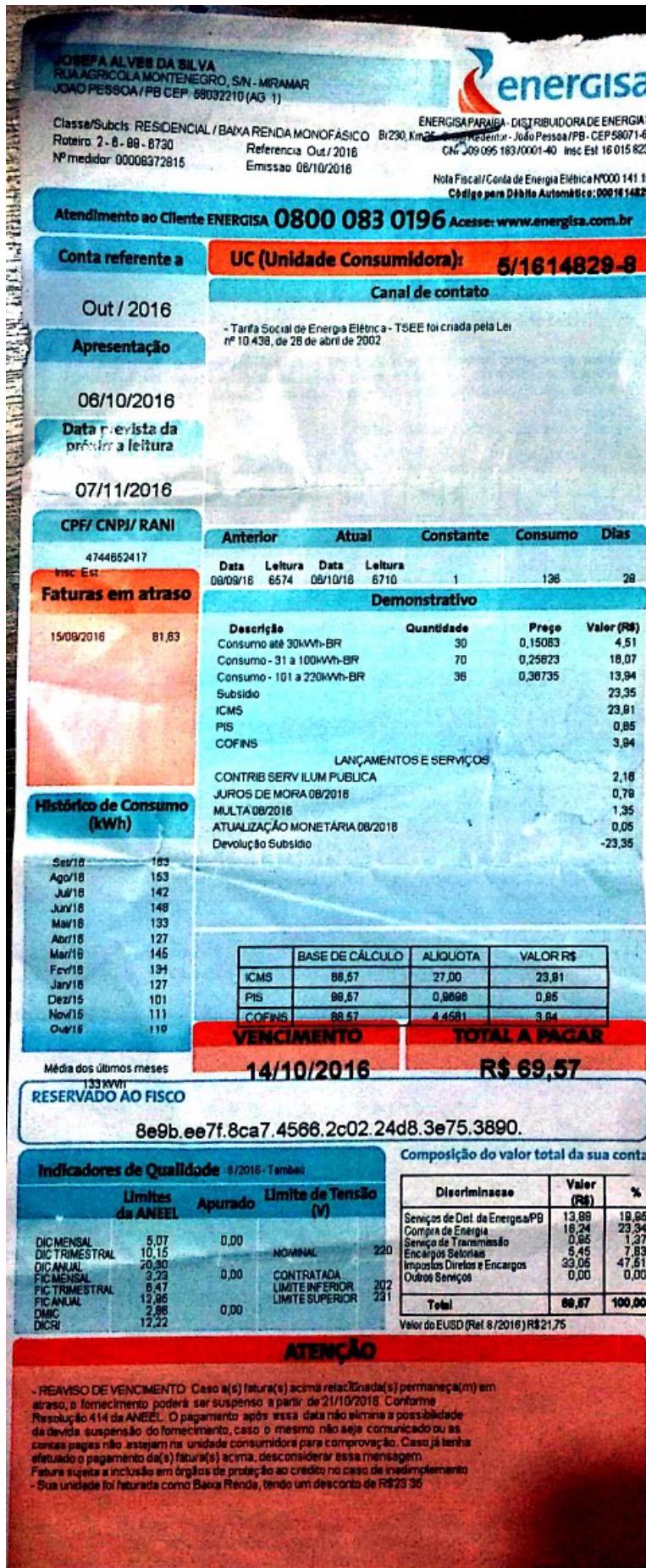
MUNICÍPIO: 29/08/83

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 04/09/2017 13:12:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090413072989900000009330419>
Número do documento: 17090413072989900000009330419

Num. 9536971 - Pág. 4



Scanned by CamScanner





**Poder Judiciário da Paraíba
15ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0843708-94.2017.8.15.2001

DESPACHO

Emende-se a inicial, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial, para juntar aos autos instrumento público de procuraçāo, outorgada em favor do advogado do Promovente, por ser este analfabeto, bem como para comprovar o pagamento da indenizaçāo, administrativamente, no valor de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), conforme se afirma na exordial.

Defiro a gratuitade judicial.

João Pessoa, 04 de dezembro de 2017.

Assinatura Digital



Assinado eletronicamente por: KEOPS DE VASCONCELOS AMARAL VIEIRA PIRES - 04/12/2017 15:16:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17120415160215100000011168076>
Número do documento: 17120415160215100000011168076

Num. 11424072 - Pág. 1

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 15 º VARA DA CIVEL DA CAPITAL

Processo nº 0843708-94.2017.8.15.2001

MASSILON DO NASCIMENTO SILVA, já qualificados nos autos supra, em **AÇÃO DE COBRANÇA DPVAT**, por seu procurador infra-assinado, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência requerer a juntada do comprovante de pagamento e do instrumento público de procuração, conforme **ID 11424072**.

ANTE O EXPOSTO, pelos motivos acima delineados, requer que seja promovido o devido andamento ao feito.

Termos em que pede deferimento.

João Pessoa/PB, 06/02/2018

KLEBERT MARQUES DE FRANCA
OAB 11.193



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 06/02/2018 17:21:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020617215093400000012170648>
Número do documento: 18020617215093400000012170648

Num. 12450510 - Pág. 1



SETO ATENDIMENTO - PRAIA DE TAMBAU
DATA: 01/06/2017 HORA: 19:31:39
TERMINAL: 0735101 CONTROL: 073510120501

AGÊNCIA: 0735 - PRAIA DE TAMBAU
CONTA: 013.00003946-9
CLIENTE: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2017
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
03/05	10,00

RESUMO EM 31/05

SAÍDO	1.697,50
-------	----------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO:	0,00
SALDO DISPONIVEL	1.697,500
SALDO TOTAL	1.697,500

O PAGAMENTO DO ABONO SALARIAL 2016/2017

ENCERRA EM 30/06/2017. CONSULTE VIA APP

CAIXA TRABALHADOR OU 0800 726 0207

"Pense antes de imprimir, conserve o meio ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

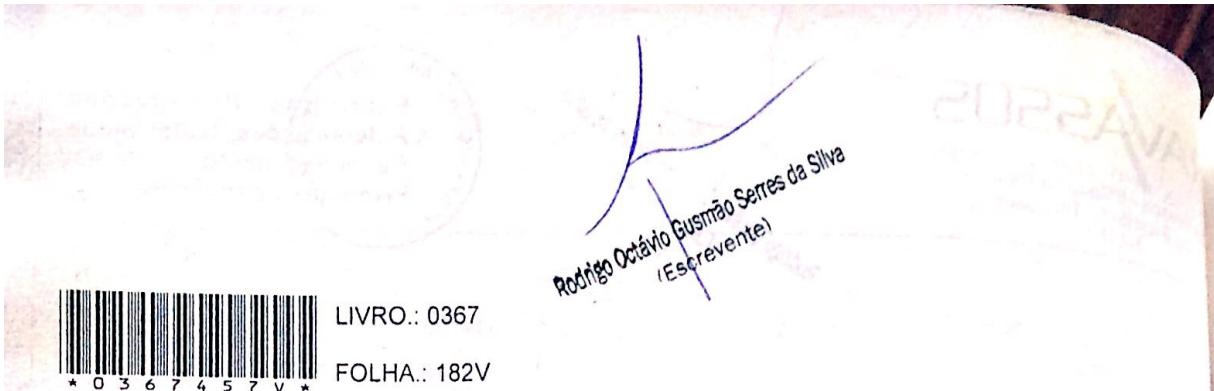
SAC CAIXA: 0800 726 0101

Central da Caixa: 0800 726 7474

www.caixa.gov.br

Scanned by CamScanner





LIVRO.: 0367

FOLHA.: 182V

quem este Instrumento Público interessar. Recolhidas as Taxas FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 5,14, FARPN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais, no valor de R\$ 9,48, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 2,37, sendo os Emolumentos R\$ 47,40.. . Selo Digital: AGH83114-H3U8. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando o Sr. FRANCISCO MIGUEL NUNES, brasileiro, casado, agricultor, maior e capaz, portador da cédula de identidade RG nº 1.259.798 2ª Via SSDS/PB, inscrito no CPF/MF nº 030.249.224-07, residente e domiciliado na Rua Agrícola Montenegro, s/n, Miramar, João Pessoa-PB, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que DECLAROU SER ANALFABETO e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. Eu, **Rodrigo Octávio Gusmão Serres da Silva** (4), Escrevente Autorizado, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **JOÃO RICARDO CAVALCANTI TRAVASSOS - Titular do TRAVASSOS - SERVICO NOTARIAL**, subscrevo e assino, estando conforme o original.

João Pessoa-PB, 06 de fevereiro de 2018.
Em testemunho (4) da verdade.

Rodrigo Octávio Gusmão Serres da Silva
Escrevente do 4º Serviço de Notas
JOÃO RICARDO CAVALCANTI TRAVASSOS
- TITULAR -

Rodrigo Octávio Gusmão Serres da Silva
(Escrevente)



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KLEBERT MARQUES DE FRANCA - 06/02/2018 17:22:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020617191698900000012170751>
Número do documento: 18020617191698900000012170751

Num. 12450620 - Pág. 1

TRAVASSOS

4º Tabelionato de Notas
João Pessoa - Estado da Paraíba
João Ricardo C. Travassos
Tabelião

Rodrigo Octávio Gusmão Sereis da Silva
(Escrevente)



Escrivuras, Procurações
Autenticações, Testamentos
Reconhecimento de firma,
Inventários e Divórcios

LIVRO.: 0367



FOLHA: 182

PROCURAÇÃO PÚBLICA

QUE FAZ(EM): o Sr. MASSILON DO NASCIMENTO SILVA, na forma abaixo:

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos seis dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezoito (06.02.2018), neste TRAVASSOS - SERVICO NOTARIAL, situado na Av. Nego, 366 - Tambaú, João Pessoa - PB, foi lavrado o presente Instrumento de Procuração Pública em que, perante mim, JOÃO RICARDO CAVALCANTI TRAVASSOS - Titular, compareceu(ram) como OUTORGANTE: o Sr. MASSILON DO NASCIMENTO SILVA, brasileiro, solteiro, pedreiro, maior e capaz, portador da cédula de identidade RG nº 1.573.573 2ª Via SSDS/PB, inscrito no CPF/MF nº 840.495.024-53, residente e domiciliado na Rua Agrícola Montenegro, s/n. Miramar, João Pessoa-PB; identificado(s) como o(s) próprio(s) por mim Notário(a), à vista dos documentos de identificação apresentados, do que dou fé; perante mim por ele(s) me foi dito que constituía(m) e nomeava(m) seu(s) bastante(s) PROCURADOR: o Dr. KLEBERT MARQUES DE FRANÇA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº 11.193, inscrito no CPF/MF nº 029.774.234-51, com endereço profissional na Av. Josefa Taveira, nº 1235, Gal. Bela Vista, Sala 05, João Pessoa-PB: a quem concede(m) amplos e ilimitados para o Foro em Geral, com os da CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA JUDICIA em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo, em conjunto ou separadamente, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a)s nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando até Superior Instâncias, conferindo ainda, poderes especiais para confessar, depor, desistir, transigir, concordar, discordar, firmar compromissos ou acordos, pedir e ter vista de processos, apresentar razões de defesas, recursos e pedidos de reconsideração, solicitar, juntada e desentranhamento de documentos, apresentar e retirar documentos, assinar e requerer tudo que for necessário, interpor os recursos legais, passar recibos, receber, dar quitação, receber e assinar citações, intimações e notificações, pagar taxas, guias e impostos, defender os interesses do(a) mencionado(a) do(a)s outorgante(s) em qualquer ação em que seja(m), réu(s), autor(es), assistente(s), oponente(s) ou de qualquer forma interessado(a)s, variar de ações, nomear advogados em especial de representá-la junto a qualquer seguradora conveniada com DPVAT, onde poderá receber requerer e assinar todos os documentos que se fizerem necessários para o recebimento do DPVAT (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais de Veículos Auto Motores de via Terrestre), podendo, para tanto, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a)s nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando até Superior Instância, conferindo ainda, poderes especiais para confessar, depor, desistir, transigir, concordar, discordar, firmar compromissos ou acordos, apresentar e retirar documentos, assinar e requerer tudo que for necessário, interpor os recursos legais, passar recibos, e finalmente usar de tudo mais que se faça preciso ao inteiro e cabal desempenho deste mandato, inclusive estabelecer no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, a quem dará(ão) tudo por bom, firme e valioso. Certifico ainda que a qualificação do(a)s Outorgado(a)s e a descrição do presente mandato foram devidamente declarados pelo(a)s Outorgante(s), sendo deste(s) toda responsabilidade civil e criminal por sua inteira veracidade, devendo a prova destas declarações ser exigida diretamente pelos órgãos ou pessoas a

Travassos - 4º Tabelionato de Notas

Av. Nego, 366 - Tambaú - João Pessoa/PB - CEP: 58.039-100

Tel: (83) 3221.2478 / 3241.9439 - E-mail: cartorio.travassos.notas@hotmail.com

Scanned by CamScanner



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
15ª Vara Cível da Capital**

Processo nº 0843708-94.2017.8.15.2001

AUTOR: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

O Promovente afirma, na petição inicial, que recebeu administrativamente, a título de indenização do seguro DPVAT, o valor de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

Instado a comprovar o recebimento desses valores, o Promovente se limitou a juntar um extrato de saldo em conta-poupança, no valor de R\$ 1.697,50 (mil, seiscentos e noventa e sete reais e cinquenta centavos) (ID 12450652).

Ora, tal documento não é hábil a comprovar o recebimento administrativo do seguro DPVAT, tanto por se tratar de valor diverso do que se afirma na exordial, quanto porque não há referência a quem efetuou o depósito de tal valor na poupança do Promovente.

Assim, intime-se o Promovente, mais uma vez, por seu advogado, para comprovar o requerimento administrativo do seguro DPVAT, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

João Pessoa, 9 de maio de 2019.

Assinatura Digital



Assinado eletronicamente por: KEOPS DE VASCONCELOS AMARAL VIEIRA PIRES - 09/05/2019 13:30:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050913303812200000020473445>
Número do documento: 19050913303812200000020473445

Num. 21053245 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: KEOPS DE VASCONCELOS AMARAL VIEIRA PIRES - 09/05/2019 13:30:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050913303812200000020473445>
Número do documento: 19050913303812200000020473445

Num. 21053245 - Pág. 2

AO JUÍZO DA 15^a VARA CÍVEL DA CAPITAL

MASSILON DO NASCIMENTO SILVA, vem através do seu advogado, requerer a juntada dos documentos em anexo que comprovam o requerimento administrativo do promovente, assim como comprova o valor recebido no total de R\$ 1.687,50, restando claro que o valor descrito na exordial trata-se apenas de um equívoco.

Pede deferimento

Patos/PB, 17 de junho de 2019

THALITA PIMENTEL DE SOUSA

OAB/PB 23.687

KLEBERT MARQUES DE FRANÇA

OAB/PB 11.193



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10956985

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170246081 ASL-0168323/17

Vitima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
Data Acidente: 02/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILMA PAIVA DE MELO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta nº: 11107595

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro: 3170246081 ASL-0168323/17
Vitima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
Data Acidente: 02/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILMA PAIVA DE MELO

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: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000735

Conta: 000000043946-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta n°: 10954907

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170246081 ASL-0168323/17
Vitima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
Data Acidente: 02/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILMA PAIVA DE MELO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Pag. 00495/00496 - carta_03



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2017

Carta nº: 11033889

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro: 3170246081 ASL-0168323/17
Vítima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
Data Acidente: 02/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILMA PAIVA DE MELO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
15ª Vara Cível da Capital**

Processo nº 0843708-94.2017.8.15.2001

AUTOR: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Deixo de designar audiência de conciliação, nos termos do art. 334 do CPC, ante a natureza da demanda, que indica ser inviável o acordo entre as partes, pela experiência comum. Não se deve ocupar indevida e desnecessariamente a pauta de audiências, já repleta, com atos inócuos e que mais retardam o andamento do processo do que promovem a sua solução.

Defiro a gratuidade.

CITE-SE pela via postal, para apresentação de contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia.

João Pessoa, 15 de março de 2020.

Assinatura Digital



Assinado eletronicamente por: IVANOSKA MARIA ESPERIA DA SILVA - 17/03/2020 20:35:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031515252906900000028054921>
Número do documento: 20031515252906900000028054921

Num. 29116669 - Pág. 1