

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
Vítima: 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;

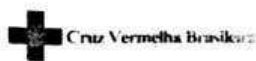
Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Scanned by CamScanner





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)	Religião NAO INFORMADA
Mãe ANATILDE DO NASCIMENTO SILVA	Pai JOAO SEVERINO DA SILVA		
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) JESSICA NASCIMENTO - SOBRINHO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986044876	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência MANAIRA		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade ALAGOA GRANDE	CBO/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	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGÊNCIA	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	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TST []
Labor [] ECG [] Ultrasonografia []			
Dados clínicos			
Diagnóstico			
CID			
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA			
Tempo 06min 20seg			

Handwritten notes:
11/01/12
US
PC
PA
JA

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. 2

FICHA DE ANESTESIA

HEETSHL

DATA: 13/12/16 PRONTUÁRIO: 964963

PACIENTE: MARCILON DO NASCIMENTO SILVA SEXO: M COR: P IDADE: 44 anos

PULSO: 82 bpm RESPIRAÇÃO: 20 TEMPERATURA: 36,5°C PESO: 70 kg GRUPO SANGÜÍNEO: A

ESTADO GERAL: ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: ☐ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: AP. RESPIRATÓRIO: ☒ AP. DIGESTIVO: ☒ AP. CIRCULATÓRIO: ☒

PRÉ-ANESTÉSICO: DOMAGRID LONG IV na 50 DOSE/HORA: ESTADO MENTAL: Consciente DROGAS EM USO: VPM ESTADO FÍSICO (ASA): ASA I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de platô tibial CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial CIRURGIÃO: Dr. Rafael L. R. AUXILIARES: Dr. Carlos

INÍCIO DA ANESTESIA: 9:30h TÉRMINO DA ANESTESIA: 11:30h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2 horas

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RS CRM-PB: 4229

ANESTESISTA: Dr. Fernando M. J. F. CPF: 690.882.174-91

ANESTESIOLOGISTA: Mariana de Lourdes Melo Ferreira do Vale CRM: 4229

SENTENÇA: 9:30 11:30

LIQUIDOS VENOSOS: 220 180 140 100 80 60 40 20 0

ANESTESIA: ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA: L3-L4, agulha 26G, LCR OK, injeção de AL + do epidural

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATQ ANESTÉSICO

LIQUIDOS	QUANTIDADE	11
1 DORMONTID - 2mg - IV	11	
2 NEOCAINA 0,5% ISOBARICA (20.0g) + DIMORI (0,08mg) RAQUI	12	
3 CEFALOXINA - 2g - IV	13	
4 DEXAMETASONA - 10mg - IV	14	
5 NAUSEIDRON - 8mg - IV	15	
6 CETOPROFENO - 100mg - IV	16	
7 DIPIRONA - 2amp - IV	17	
8	18	
9	19	
10	20	

DESTINO DO PACIENTE: ☐ APT ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDENCIA ☒ OUTROS: LRPA

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Fernando M. J. F. Anestesiologista CRM: 4229



Nota de Sala Cirúrgica

HFT/TEL

Nome do Paciente: Hamilton do Nascimento Silva
Idade: 44 BC 964963 ENFERMARIA 16 LEITO 05
Cirurgia: Trat. Fratura de Talo Tibial (E)
Cirurgião: Dr. Vitor R. Raposo Dr. Carlos
Anestesia: Equi
Anestesiologista: Dr. Roberto Dr. Diego
Instrumentador: Cremilho
Data: 13/12/16 Tempo Cirúrgico - Anestesia Início: FIM Cirurgia Início: FIM 3:09:40 T: 11:30

Índice de Risco de Cirurgia - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
Grau de Contaminação () Limpa () Contaminada () Infectada () Potencialmente Contaminada

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1 SFO, 9%	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE ACO Nº	
CETAMINA	8 RI	JELCO Nº24		FIO DE ACO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	3-0
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	OK	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	1 F
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	1 F
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	3-0 E
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº7,0	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº7,5	OK	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM	OK	LUVAS ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA 0,2mg	1	LUVAS ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NMBIUM		MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMFENTANIL		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STERNMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STERNMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	500	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
BEXTRA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	1	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	1	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIPIRONA SÓDICA	1	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEPRINA		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELEIA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PROSTIGMINE				EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA				() ASPIRADOR	
TENOXICAN				() BISTURI ELÉTRICO	
				() CAPNOGRAFO	
				() CARDIOMONITOR	
				() DESFIBRILADOR	
				() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() PA INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() RY	
				CIRCULANTE	

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=1709041307396220000009330424
Número do documento: 1709041307396220000009330424

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<p>Posição e Preparo:</p> <p>1) PT em ORT, SOB anestesia</p> <p>2) anti-séptica e asséptica de M.I. (2)</p> <p>3) Posição de membros inferiores</p>
<p>Incisão:</p> <p>1) Via posterior-medial em linha mediana (6)</p> <p>2) Via anterior-lateral em linha mediana (6)</p> <p>3) Divisão por planos até plano ósseo</p>
<p>Achados:</p> <p>1) Identificação do polo de fratura</p> <p>2) Afundamento articular</p>
<p>Conduta:</p> <p>1) Redução aberta + fixação de platô medial com placa em "L"</p> <p>3 x 5 furos + 5 parafusos corticais</p> <p>2) Redução aberta + fixação de platô lateral com 2 parafusos</p> <p>parafusos (os com ranhura) + placa 1 os furos 5 furos + parafusos</p> <p>corticais 3</p> <p>11) Limpeza com SF 99%</p> <p>12) Fechamento por planos</p> <p>13) Sutura de pele</p> <p>14) Cateteres urinários</p> <p>15) PE os cateteres</p>
<p>Fechamento:</p>
<p>Observação:</p> <p>1) Viso os interstícios (curva)</p>

Médico/CRM:

João Pessoa, 13/12/16

F(NG).ASCIR.009-1

Scanned by CamScanner



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Miguel de Assis Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: (x) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 /
Clínica/Setor: ORtopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fx de Puro Rabin (u)
Cirurgião: Dr. Rafael um 1º Assistente: Dr. Carlos Augusto
2º Assistente: Dr. Marcos (R) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Rogério
Tipo de Anestesia: mon Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>0 Fx de Puro Rabin</u> (u)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>0 Tre amarelado de fratura com placa + parafusos</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 13 / 12 / 16

F(NG).ASCIR.009-1


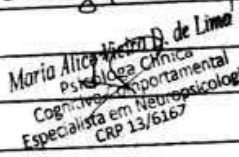
Scanned by CamScanner



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Wasselson do Nascimento Silva

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
03/12/16		Serviço Social
		Realizado orientações, anexado leito de admissões, solicitados exames de sangue e xerox dos documentos
		 Klebert Marques de Franca Assistente Social CRESS 4398-120 Região/PA
12/12/16	15:00	Psicologia
		Paciente no momento consciente, orientado, estado emocional estável, humor estável, contatando bem. Realizado após psico- logia.
		 Maria Alice de Lima Psicóloga Clínica Cognitivo-Comportamental Especialista em Neuropsicologia CRP 13/6167

F(NG).ENF.018-1

Scanned by CamScanner





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:

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 fíbula esquerda. Internação para cirurgia. Operado e evoluiu bem.

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





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Marcelo de U. Sil</u>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>02.12.16</u>			Data da alta: <u>16.12.16</u>		
Diagnóstico inicial: <u>Fator pleural + tuberculose</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
<u>PAPI e co 4.3</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriológico:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:					
<u>At. tuberculose - febre cíclica de 13.12.16</u>					
<u>Dr. R. Petrol de</u>					
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 operatória: 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.					
João Pessoa: <u>16</u> de <u>12</u> de <u>16</u> _____					
Ass. Médico / CRM _____					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

Scanned by CamScanner





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

BPTran



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

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Flávio Ribeiro Coutinho 13,50metros

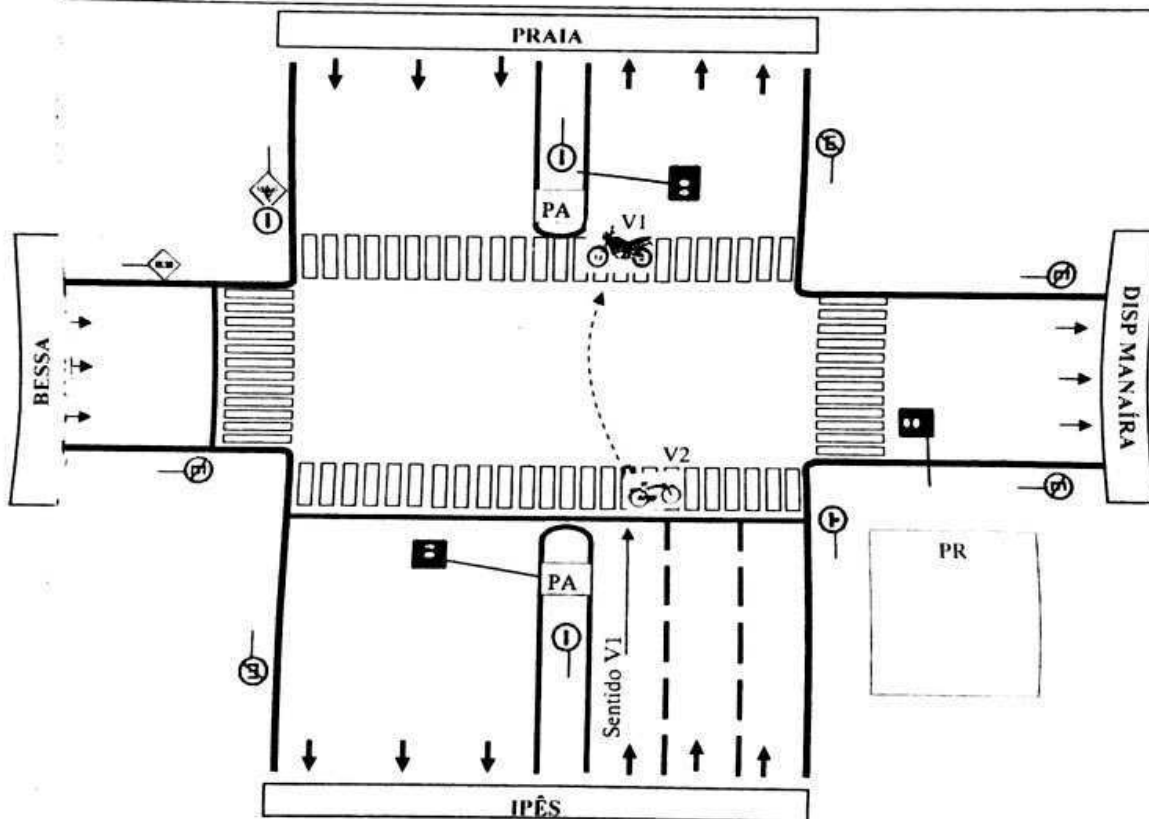
VIA "B" - Rua Manoel Arruda Cavalcanti 08,20metros

PR (Ponto de Referência) Manaíra Shopping

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 00.10 e Traseiro Esquerdo 00.15 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Esquerdo 05.60 e Traseiro Esquerdo 05.80 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO ORIENTA ESCALA

AVARIAS



V1



V2

Ignivaldo Brandão Gonzaga Filho
Ignivaldo 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



POLÍCIA 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 Flavio 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 Abaloamento	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, Apto.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	Espécie Motocicleta	Placa NPU-8258	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Juberlando Martins da Silva					
Seguradora DPVAT	Bilhete 1º 012030798403	Renavan N° 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 Ipês/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. Agrícola 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 Bicicleta	Espécie Bicicleta	Placa	Categoria	Município	U.F.
Nome do Proprietário					
Seguradora DPVAT	Bilhete N°	Renavan N°	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.





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

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Medson do U. J. L.

DATA DO ATENDIMENTO: 1/1/1

Nº PRONTUÁRIO: 1

MÉDICO (CARIMBO): FICHA: 1

DIAGNÓSTICO: trauma pleural b. t. b. n.

PROCEDIMENTO: RAP

E

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
23/12	Refeição		
16/01/2017	Unidade	01:00	
06.01.17	15:00		
16/01/2017	07:00		
30.01	20:00		
27/03/17	de 14:00 a 17:00		
05/06/17	de 14:00 a 17:00		

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



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

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 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 5ª 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

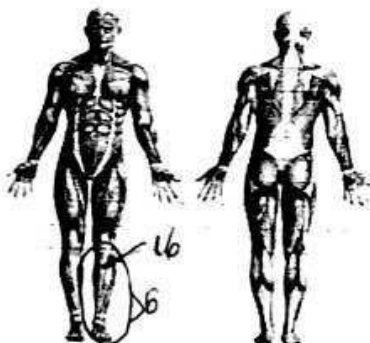


EXAME SECUNDÁRIO

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

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☐ Radiografias ☐ Lavado peritonial
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1 @ Repreção 1st AO U 3850		
2 @ Ceto pr jaw 1002-1004 1-11 3150		
3		
4		
5		
6 @ 1000 de te 2		
7		
8		
9		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

- DATA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____
- ☐ Centro cirúrgico ☐ Tranferencia (unidade de saúde) _____
☐ Internado (setor) _____
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A revalia ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JIML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG).CC.001-1



1000004061978 BE: 964963
MARCILON DO NASCIMENTO SILVA
DT. NASC.: 29/02/1972
MRE: MARILDE DO NASCIMENTO SILVA

CRUZ VERMELHA
BRASILIANA

PRIMEIRO

NOME DO P

IDADE: 44

DT. ENTRADA:

END.: RUA ICOLA MONTENEGRO
N. 58 - MIRAMAR
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 906844876

Primeiro Atendimento Médico

B.E.

IDADE:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente intimo de queda de bicicleta. Agor
apresenta trauma / contusões / queimadura de 1º e 2º graus
e dor em MTE

JAME PRIMARIO

VIAS ☒ Perivas ☐ Obstruídas
AÉREAS ☐ Cervical IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☒ Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE: ☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2- RUÍDOS

HTD: ☐ Sim ☒ Não
Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

FR: _____ Imp _____ SaO₂ _____ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		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
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

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

SOPRO

BE OU B4

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

ECG:

ABDOMEN:



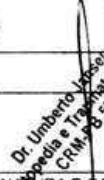
NDN

F(NG).CC.003-1

Scanned by CamScanner



7

	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
	NOME: <u>MASSILON DO NASCIMENTO</u> Nº. BE: _____ SEXO: M () F () NASCIDO EM: <u>1 / 1</u> ENF. / LEITO: _____ CLÍNICA: _____ DADOS CLÍNICOS: _____ MATERIAL: _____ EXAMES SOLICITADOS: <ul style="list-style-type: none"> () HEMOGRAMA COMPLETO () COAGULOGRAMA () GLICEMIA DE JEJUM () URÉIA () CREATININA () SÓDIO / POTÁSSIO () GASOMETRIA () SUMÁRIO DE URINA (EAS) 			
OBS: _____				
DATA E HORA - SOLICITAÇÃO: _____	ASSINATURA E CARIMBO - MÉDICO:  Dr. Umberto Lucena Medicina e Toxicologia CRM-PA 5169	DATA E HORA - COLETA: _____	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO COLETADOR: _____	



	<p><i>Massilon.</i></p> <p>SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA</p>		<p>REQUISIÇÃO DE EXAMES</p>	
	<p>NOME: <i>MASSILON DA NASCIMENTO</i></p>		<p>Nº. BE: _____</p>	
<p>SEXO: M () F () NASCIDO EM: <i>1 / 1</i></p>		<p>ENF. / LEITO: _____</p>		<p>CLÍNICA: _____</p>
<p>DADOS CLÍNICOS:</p>				
<p>MATERIAL:</p>				
<p>EXAMES SOLICITADOS:</p> <p>() HEMOGRAMA COMPLETO () COAGULOGRAMA () GLICEMIA DE JEJUM () URÉIA () CREATININA () SÓDIO / POTÁSSIO () GASOMETRIA () SUMÁRIO DE URINA (EAS)</p>		<p>OUTROS:</p> <p><i>R de DC2 HD + PERNA <u>Pe</u></i></p>		
<p>OBS:</p>				
<p>DATA E HORA - SOLICITAÇÃO</p>		<p>ASSINATURA E CARIMBO - MÉDICO</p>		<p>DATA E HORA - COLETA</p>
<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO CO</p>				

Scanned by CamScanner



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-016824-1
Vítima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
CPF: 840.495.024-53

3170246087

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 trânsito
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 : 075.370.814-35

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
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

Data: 03/05/2017
Nome: WILMA PAIVA DE MELO
CPF/CNPJ: 075.370.814-35

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



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
Vítima: 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 início 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: MASSILAU DO NASCIMENTO SILVA
brasileiro(a), Estado Civil: SOLTEIRO, profissão: PEÇEIRO
RG: 1.533.533 SSP/PB CPF: 840.495.024-53
Endereço: R. AGRÍCOLA MOUTENEGRO S/N MIRAMAR, JOÃO
PESSOA, CEP: 58.032-910, TEL: 98746-7160

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 iudicia", 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 a cargo do(a) Outorgante. Válido como contrato entre as partes.

JOÃO (PB), 24 de JULHO de 2017



OUTORGANTE

X TESTEMUNHA: Francisco de M. G. Silva

Rakel Wayane Paixão Vieira
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 MONTEVEGRO, S/B, 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: Marcelo da Silva Gomes
CPF: 030.249.224.07

Rafael Bayane Paixão Vieira
CPF: 082.854.804-88

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1.573.573 - 2ª 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 B. Lacerda
DIRETOR

Chefe de Mesa de

Nº 01.7.016 DE 29/08/83

CC-0 - CADA DE UNIDADE DO PÓLIS

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=1709041307298990000009330419>

Número do documento: 1709041307298990000009330419

Num. 9536971 - Pág. 4

JOSEFA ALVES DA SILVA
RUA AGRICOLA MONTENEGRO, S/N - MIRAMAR
JOAO PESSOA/PB CEP: 58032210 (AG 1)

energisa
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 141 15
Código para Débito Automático: 0001614829-8

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO 8/230, kWh
Roteiro: 2 - B - 88 - 8730 Referência: Out./2016
Nº medidor: 00008372815 Emissão: 08/10/2016

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1614829-8**

Out./2016 **Canal de contato**

Apresentação - Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002

06/10/2016

Data prevista da próxima leitura

07/11/2016

CPF/CNPJ/RANI

4744652417
Insc. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 08/09/16 Leitura: 6574	Data: 08/10/16 Leitura: 6710	1	136	28

Faturas em atraso

15/09/2016 81,63

Histórico de Consumo (kWh)

Ser/16	153
Ago/16	153
Jul/16	142
Jun/16	148
Maio/16	133
Abr/16	127
Mar/16	145
Fev/16	134
Jan/16	127
Dez/15	101
Nov/15	111
Out/15	110

Média dos últimos meses: 133 kWh

RESERVADO AO FISCO

8e9b.ee7f.8ca7.4566.2c02.24d8.3e75.3890.

Indicadores de Qualidade 8/2016 - Tambau

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,07	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	10,15		220
DIC ANUAL	20,30		
FIC MENSAL	3,23	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	6,47		202
FIC ANUAL	12,95		231
CMC	2,86	0,00	
DICR	12,22		

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	13,88	19,85
Compra de Energia	18,24	23,34
Serviço de Transmissão	0,85	1,27
Encargos Setoriais	6,45	7,83
Impostos Diretos e Encargos	33,05	47,61
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	69,57	100,00

Valor do EUSD (Ref. 6/2016) R\$ 21,75

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 21/10/2016. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 23,35.





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 procuração, outorgada em favor do advogado do Promovente, por ser este analfabeto, bem como para comprovar o pagamento da indenização, administrativamente, no valor de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), conforme se afirma na exordial.

Defiro a gratuidade judicial.

João Pessoa, 04 de dezembro de 2017.

Assinatura Digital



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 15 º VARA DA CÍVEL 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





SUÍTO-ATENDIMENTO - PRATA DE TAMBÁU

DATA: 01/06/2017

HORA: 19:41:39

TERMINAL: 0735101

CONTROLE: 073510120501

AGENCIA: 0735 - PRATA DE TAMBÁU

CONTA : 013.00043946-9

CLIENTE: MASSILION DO NASCIMENTO SILVA

SALDO PARA SIMILES CONFERENCIA

SALDOS DE POUPOANÇA POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/17

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA

VALOR

03/05

10,00

RESUMO EM 31/05

SALDO

1.697,50

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

0,00

SALDO DISPONIVEL

1.697,50

SALDO TOTAL

1.697,50

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 de Atendimento CAIXA: 0800 726 7474

www.caixa.gov.br

Scanned by CamScanner





LIVRO.: 0367

FOLHA.: 182V

Rodrigo Octávio Gusmão Serres da Silva
(Escrevente)

quem este Instrumento Público interessar. Recolhidas as Taxas FEPI - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 5,14, FARPEN - 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 lida, 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** (9), 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 (9) 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



Rodrigo Octávio Gusmão Serres da Silva
(Escrevente)



Escrituras, 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 - SERVIÇO 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 substabelecer 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: cartoriotravassosnotas@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





AO JUÍZO DA 15ª 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 início 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

Pag. 01639/01640 - carta_01



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

Pag. 00099/00100 - carta_15R



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
Vítima: 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

Pag. 00495/00496 - carta_03



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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00277/00278 - carta_02

00050139





**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

