

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JAILSON SABINO**

Nº Sinistro: **3180521425**
Vítima: **JAILSON SABINO**
Data do Acidente: **23/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE ALVES PESSOA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180521425**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13572888



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180521425

Vítima: JAILSON SABINO

Data do Acidente: 23/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ALVES PESSOA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAILSON SABINO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180521425

Vítima: JAILSON SABINO

Data do Acidente: 23/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ALVES PESSOA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON SABINO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: JAILSON SABINO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000003449-5

Conta: 000000366-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





República Federativa do Brasil
Cartório do Único Ofício de Notas
Tabelião: **Antônio Martins de Sousa**
Escrevente: **Avanira Fernandes Matias Nobre**
Praça Barão do Rio Branco, nº 36
CEP 58.233-000 - Araruna/Paraíba
Fone: (083) 373-1270

Traslado: 1º

Livro: 109

Folhas: 190

Procuração bastante que faz Jailson Sabino a José Alves Pessoa, para os fins abaixo:

Saibam quantos este público Instrumento de Procuração virem, que no Ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo, de dois mil e dezoito (2018), aos dezessete (17) dias do mês de Outubro, nesta cidade de Araruna/PB, perante mim Escrevente, compareceu como outorgante: **JAILSON SABINO**, CPF nº 067.302.894-14, RG nº 2910538-SSP/PB, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente na Rua Projetada, s/n, Morada da Serra, Araruna/PB.

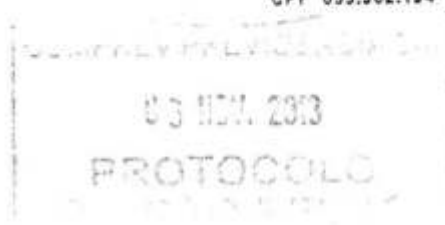
Reconhecido como o próprio por mim Escrevente, do que dou fé; por ele me foi dito que por este instrumento público, nomeava e constituía seu bastante procurador: **JOSE ALVES PESSOA**, brasileiro, casado, agricultor, RG nº 2511611-SSP/PB, CPF nº 037.201.024-59, residente na Rua José Felipe Neri, 50, na cidade de Araruna/PB, a quem confere poderes para junto a qualquer SEGURADORA, requerer Seguro Obrigatório DPVAT em do outorgante vítima de acidente automobilístico, podendo, dito procurador, assinar requerimentos, preencher e assinar qualquer formulário/documento de autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT; podendo, ainda apresentar documentos exigidos, assinar termos declarações, guias, dar e aceitar quitações, formulários em geral, receber correspondências, comparecer perante qualquer Repartição Pública, praticando e assinando tudo mais que for necessário ao fiel cumprimento do presente mandato, podendo ainda, dito procurador representar o outorgante junto ao BANCO BRADESCO: 237, Agência 3449, conta corrente nº 0366-2, na cidade de Araruna/PB, com a finalidade de resolver assuntos de interesse do outorgante. Fica devidamente esclarecido que o outorgante na qualidade de vítima autoriza que seja efetuado o crédito que o mesmo tem direito na conta corrente acima citada. FICANDO ESCLARECIDO QUE NO MUNICIPIO ONDE O OUTORGANTE RESIDE NÃO HÁ ESTABELECIMENTO DE IML COM O OBJETIVO DE PERMITIR O EXAME DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE CAUSADA DIRETAMENTE POR VEICULO AUTOMOTOR DE VIAS TERRESTRES. Os dados constantes na presente procuração foram fornecidos pelo outorgante, que responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer. E de como assim disse do que dou fé, lavrei este instrumento, que sendo-lhe lido, aceitou e assina Amanda Targino de Sousa Benevides a rogo do outorgante não alfabetizado que deixa impressão digital, independente de testemunhas instrumentárias de acordo com o provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral de Justiça do estado, comigo Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente que digitei. E eu, Antônio Ataulfo Targino de Sousa, Tabelião Substituto, subscrevo, dou fé, dato e assino com o sinal do meu uso. Araruna, 17 de Outubro de 2018. Em test.º (sinal) da verdade. O Tabelião Substituto: Antônio Ataulfo Targino de Sousa. (a) Amanda Targino de Sousa Benevides. Está conforme o original. Eu, Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente, digitei dato e assino.

Araruna, 17 de Outubro de 2018

Avanira Fernandes M. Nobre

SELO DIGITAL
AHQ37901-HGS3
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Avanira Fernandes M. Nobre
ESCREVENTE AUTORIZADA
CPF 639.962.194-15



CASA DO MARCEIRO-SCOPUS
IVANDA MARIA GOMES C
RUA PROFESSOR MORREIRA
CENTRO ARARUNA PB

V18.3 17/10/2018 18:36
TERM 000001 LOJA 000010413500001

AUTE 34517
DATA:17/10/2018 HORA DE BRASILIA:18:36

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO
BANCO : 237
AGENCIA: 03449 - ARARUNA
CONTA : 000000000366-2
NOME : JAILSON SABINO

DEPOSITANTE : O PROPRIO
FAVORECIDO
VALOR EM DINHEIRO : 00000
VALOR EM CHEQUE : 0000
VALOR TOTAL : 00000

AG.BRADESCO : 3449 - ARARUNA
CORRESP.BANC.:066 - CASA DO MARCEIRO
NSU: 029946720355 AUTENTICACAO: 074996

O CASA DO MARCEIRO ATUA COMO
CORRESPONDENTE BANCARIO DO BANCO
BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OUIDORIA BRADESCO
0000 727 9933

VIA DO CLIENTE

CASA DO MARCEIRO-SCOPUS
IVANDA MARIA GOMES C
RUA PROFESSOR MORREIRA
CENTRO ARARUNA PB

V18.3 17/10/2018 18:36
TERM 000001 LOJA 000010413500001

AUTE 34517
DATA:17/10/2018 HORA DE BRASILIA:18:36

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO
BANCO : 237
AGENCIA: 03449 - ARARUNA
CONTA : 000000000366-2
NOME : JAILSON SABINO

DEPOSITANTE : O PROPRIO
FAVORECIDO
VALOR EM DINHEIRO : 00000
VALOR EM CHEQUE : 0000
VALOR TOTAL : 00000

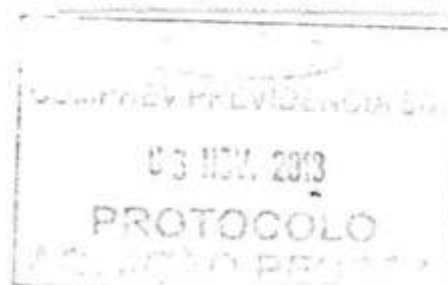
AG.BRADESCO : 3449 - ARARUNA
CORRESP.BANC.:066 - CASA DO MARCEIRO
NSU: 029946720355 AUTENTICACAO: 074996

O CASA DO MARCEIRO ATUA COMO
CORRESPONDENTE BANCARIO DO BANCO
BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OUIDORIA BRADESCO
0000 727 9933

VIA DO CLIENTE



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180521425
Nome do(a) Examinado(a): Jailson Sabino
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Projetada, S/N
Morada da Serra Araruna PB CEP: 58233-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2910536
Data local do acidente: [23/02/2018]
Data local do exame: [30/08/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PERICIANDO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA DIREITA, QUE RESULTOU EM FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA EM JOÃO PESSOA, OSTEOSSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA PORÉM HOUVE INFECÇÃO E SOLTURA DE PARAFUSOS, TENDO SIDO SUBMETIDO A NOVA CIRURGIA PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE NO DIA 03/04/2019. NÃO REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Complicações: INFECÇÃO E SOLTURA DE MATERIAL DE SÍNTESE QUE FOI NECESSÁRIO CIRURGIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE.

Data da Alta: 30/05/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NA REGIÃO MEDIAL E LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DORSAL ACENTUADA E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DORSAL ACENTUADA E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):


% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

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

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2018

Ocorrência nº. 292/2018

Aos DEZESEIS dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ARARUNA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOACIL DE LIMA MOREIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:45min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JAILSON SABINO, conhecido(a) por JAILSON, Identidade nº 2910536-SSP/PB, CPF nº 067.302.894-14, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Jorge Sabino Conceição, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 12/10/1982 (35 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Bernardo, Rua projetada, tendo como ponto de referência: Antiga alpargatas, na cidade de Araruna/PB, fone(s) para contato: 99947-9100.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 23 de fevereiro de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 20h:0min;
- 4) **Local do fato:** Sítio Bernardo;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** NÃO;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** ;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?**
- 6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

Francisco Railton- Sítio Mata Velha, Araruna/PB
Jorge Sabino-Sítio Bernardo, Araruna/PB

8) Breve resumo do fato:

QUE no dia 23 de fevereiro de 2018 por volta das 20 horas o noticiante caminhava nas imediações da loja de peças PMP; QUE atravessar a pista indo em direção a sua casa no endereço supracitado foi atropelado por uma motocicleta; QUE da batida foi lançado há alguns metros de distância; QUE o motociclista evadiu-se do local dificultando a identificação da motocicleta; QUE o noticiante foi socorrido pelo SAMU de Araruna e encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; QUE o noticiante sofreu fraturas de acordo com o laudo em anexo; QUE procurou esta DP para registrar o fato.

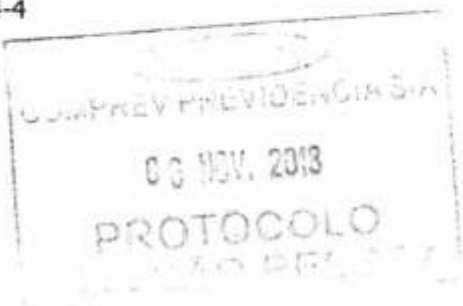
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

JAILSON SABINO

Comunicante

Escrevã(o)/Agente

Matrícula nº 168.474-4





República Federativa do Brasil
Cartório do Único Ofício de Notas
Tabelião: **Antônio Martins de Sousa**
Escrevente: **Avanira Fernandes Matias Nobre**
Praça Barão do Rio Branco, nº 36
CEP 58.233-000 - Araruna/Paraíba
Fone: (083) 373-1270

Traslado: 1º

Livro: 109

Folhas: 190

Procuração bastante que faz Jailson Sabino a José Alves Pessoa, para os fins abaixo:

Saibam quantos este público Instrumento de Procuração virem, que no Ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo, de dois mil e dezoito (2018), aos dezessete (17) dias do mês de Outubro, nesta cidade de Araruna/PB, perante mim Escrevente, compareceu como outorgante: **JAILSON SABINO**, CPF nº 067.302.894-14, RG nº 2910538-SSP/PB, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente na Rua Projetada, s/n, Morada da Serra, Araruna/PB.

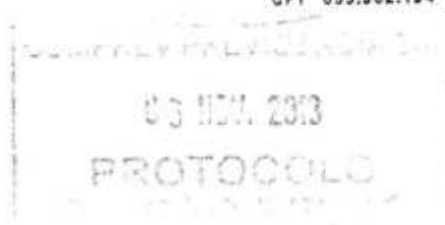
Reconhecido como o próprio por mim Escrevente, do que dou fé; por ele me foi dito que por este instrumento público, nomeava e constituía seu bastante procurador: **JOSE ALVES PESSOA**, brasileiro, casado, agricultor, RG nº 2511611-SSP/PB, CPF nº 037.201.024-59, residente na Rua José Felipe Neri, 50, na cidade de Araruna/PB, a quem confere poderes para junto a qualquer SEGURADORA, requerer Seguro Obrigatório DPVAT em do outorgante vítima de acidente automobilístico, podendo, dito procurador, assinar requerimentos, preencher e assinar qualquer formulário/documento de autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT; podendo, ainda apresentar documentos exigidos, assinar termos declarações, guias, dar e aceitar quitações, formulários em geral, receber correspondências, comparecer perante qualquer Repartição Pública, praticando e assinando tudo mais que for necessário ao fiel cumprimento do presente mandato, podendo ainda, dito procurador representar o outorgante junto ao BANCO BRADESCO: 237, Agência 3449, conta corrente nº 0366-2, na cidade de Araruna/PB, com a finalidade de resolver assuntos de interesse do outorgante. Fica devidamente esclarecido que o outorgante na qualidade de vítima autoriza que seja efetuado o crédito que o mesmo tem direito na conta corrente acima citada. FICANDO ESCLARECIDO QUE NO MUNICIPIO ONDE O OUTORGANTE RESIDE NÃO HÁ ESTABELECIMENTO DE IML COM O OBJETIVO DE PERMITIR O EXAME DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE CAUSADA DIRETAMENTE POR VEICULO AUTOMOTOR DE VIAS TERRESTRES. Os dados constantes na presente procuração foram fornecidos pelo outorgante, que responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer. E de como assim disse do que dou fé, lavrei este instrumento, que sendo-lhe lido, aceitou e assina Amanda Targino de Sousa Benevides a rogo do outorgante não alfabetizado que deixa impressão digital, independente de testemunhas instrumentárias de acordo com o provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral de Justiça do estado, comigo Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente que digitei. E eu, Antônio Ataulfo Targino de Sousa, Tabelião Substituto, subscrevo, dou fé, dato e assino com o sinal do meu uso. Araruna, 17 de Outubro de 2018. Em test.º (sinal) da verdade. O Tabelião Substituto: Antônio Ataulfo Targino de Sousa. (a) Amanda Targino de Sousa Benevides. Está conforme o original. Eu, Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente, digitei dato e assino.

Araruna, 17 de Outubro de 2018

Avanira Fernandes M. Nobre

SELO DIGITAL
AHQ37901-HGS3
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Avanira Fernandes M. Nobre
ESCREVENTE AUTORIZADA
CPF 639.962.194-15





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DECLARACAO

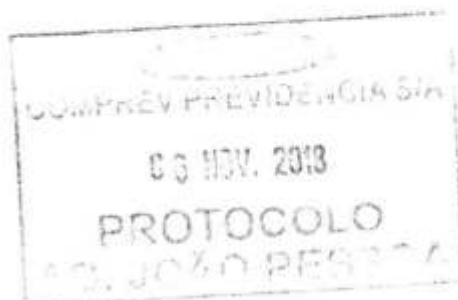
Declaro para os fins de direito que o paciente o Sr.(a) Jailson Salino, portador do RG n° 2930536, inscrito no CPF n° 067.302.894-14, com Cartão Nacional de Saúde (CNS) n° —, residente na rua Explotada Morada da Serra, n° 511, no município de Araruna, foi atendido por esse serviço de saúde (Serviço Atendimento Móvel de Urgência SAMU/Araruna/PB), no dia 23 / 02 / 18 as 2000, pela equipe composta pelo médico o sr(a) —, Enfermeira a Sr(a) Lucia, técnica de enfermagem a Sr(a) Trinaxa e condutor o Sr(a) Amiriz; vítima de atropelamento

Desde já agradecemos a atenção e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimento, se necessário.

Araruna/PB 17 / 10 / 18;

Thais Laureana da Silva Ferrelra
Coordenadora Administrativa
SAMU-ARARUNA
MAT: 10939

Diretor Administrativo



BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	21/11/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON SABINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03449-5

CONTA: 000000000366-2

Nr. Autenticação

BRABESCO2111201805000000000023703449000000000366168750 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON SABINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03449-5

CONTA: 000000000366-2

Nr. Autenticação

BRADESCO040920190500000000002370344900000000036684375 PAGO

VALDECIR MARA DA CONCEICAO SABINO
RUA PROJETADA, S/N / LCT MORADA DA SERRA - ARARUNA
ARARUNA / PB CEP 58233000 (A9 82)

Emissão: 21/09/2018 Referência: Set / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Bx200, Km 25 - Cnelo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
Roteiro: 13 - 82 - 183 - 1855 Nº medidor: D000E907335

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ: 08.086.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 12.813.772
Cód. para Dts. Automático: 00019484933

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI

Set / 2018 21/09/2018 23/10/2018 033.862.634-46

UC (Unidade Consumidora): Insc. Est. 5/1549469-3

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
23/09/18	526	21/09/18	591	28
Demonstrativo				
CC Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. ICMS(R\$) Base Calc. Pot(R\$) ICMS(R\$)	Par(R\$) ICMS(R\$)
0601 Consumo em kWh	68.000	0,798170	54,54 52,54 25 13,13 52,54 0,42 1,85	
0601 Adic. B. Vermeil			4,88 4,88 25 1,17 4,88 0,04 0,17	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0607 CONTRIB. LUM. PÚBLICA			1,81 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 58,83 57,22 14,30 57,22 0,46 2,12

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
58 28/09/2018 R\$ 58,83

Histórico de Consumo (kWh)

55 | 30 | 30 | 21 | 41 | 41 | 40 | 59 | 71 | 81 | 71 | 72
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVAÇÃO DO PÉDIO

298b.e73d.614b.bb67.c4fe.33ff.967a.0eae

Indicadores de Qualidade 7/2018 - Atual

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
D.C. MENSAL	11,84	0,00	NOMINAL 220
D.C. TRIMESTRAL	23,69		
D.C. ANUAL	47,39		
F.C. MENSAL	7,74	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
F.C. TRIMESTRAL	15,49		
F.C. ANUAL	30,98		
DMC	8,59	0,00	
DICI	16,60		

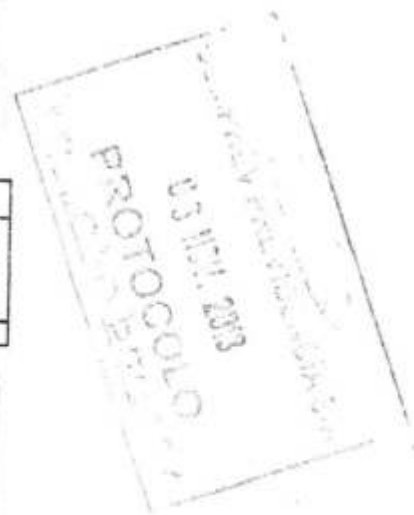
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Cat. da Energisa/PB	13,18	22,37
Compra de Energia	22,02	37,43
Serviço de Transmissão	2,05	3,48
Encargos Setoriais	3,11	5,29
Impostos Diretos e Encargos	18,48	31,43
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	58,83	100,00

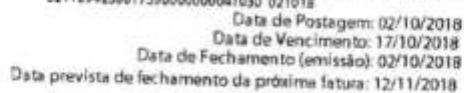
Valor de EUSD (Ref. 7/2018) R\$ 18,81

ATENÇÃO

Requisito Tensão - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Baixa Tensão 18,41% Médio
Requisito Tensão - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Alta Tensão 18,76% Médio
- Leitura confirmada

Faturas em atraso





PROTOCOLLO

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE ALVES PESSOA inscrito (a) no CPF 037.201.024 / 59,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JAILSON SABINO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 067.302.894 / 14, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JAILSON SABINO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.302.894 / 14, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOSE FELIPE NERI</u>		Número <u>50</u>	Complemento <u>1º ANDAR</u>
Bairro <u>DO IPES</u>	Cidade <u>ARARUNA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58233-000</u>
Email <u>ZEZINHO DPVAT@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>83.939479100</u>

ARARUNA-PB, 01 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

Jose Alves Pessoa
Assinatura do Declarante





CERTIDÃO

Nº. 0678/2018

Atendendo solicitação de **JAILSON SABINO** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº105734, e Prontuário de Nº 2018.02.003517 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 24/02/2018 às 23H28min, apresentando trauma em perna direita.

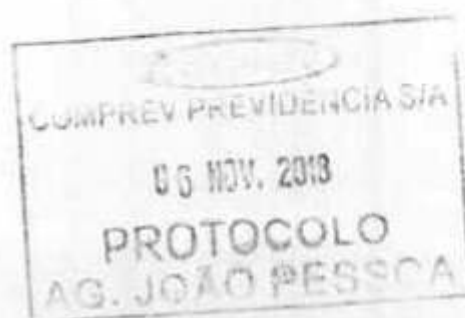
Submetido á avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de pilão tibial direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 07/03/2018 com alta médica dia 10/03/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de maio de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 distal de osso da perna direita e face lateral de tornozelo direito

Dissecção por planos

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de foco de fratura da tibia e fibula distal

Conduta:

Realizada manobra de redução sob uso de intensificador de imagem

Aposição de 01 placa em trevo Ø 4.5mm

Aposição de 02 parafusos esponjosos Ø 4.5mm

Aposição de 04 parafusos corticais Ø 4.5mm

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Aposição de 01 placa em 1/3 tubular Ø 3.5mm

Aposição de 03 parafusos corticais Ø 3.5mm proximais ao foco

Aposição de 03 parafusos corticais Ø 3.5mm distais ao foco

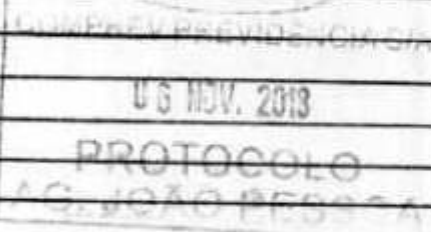
Fechamento:

Fechamento de planos

Curativo

Tala bota gessada

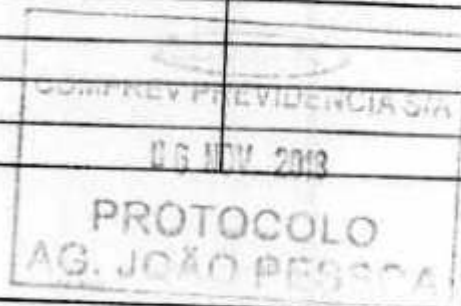
OBS:



Data: 07/03/18

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 128.880-3
MÉDICO/CRM

Nome: <i>Jailson Sabino</i>				Registro:	
Idade: <i>35 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>07/03/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Enéas Bessa (R1)</i>		
3º Assistente: <i>Aníbal</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do Pílo Tibial Direito</i>					<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura do Pílo Tibial e Fíbula</i>					
<p>Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não</p> <p>Descreva:</p>					
<p>Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não</p> <p>Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:</p> <p>1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico</p>					



Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome JAILSON SABINO				CNS 162361727580005		Prontuário	
Data de Nascimento 12/10/1982	Idade 35A 4M 12D	Sexo Masculino	Raça / Cor PAROA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO				Nome da Pai JORGE SABINO			
Endereço MATA VELHA				Bairro ZONA RURAL		Cep 58233000	
Município ARARUNA - PB				Telefone Residencial		Telefone Celular (83) 900000000	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262		Telefone (83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Resultado de exames complementares		
CID M79.6	Data de encaminhamento 24/02/2018 09:24:51	Assinatura e carimbo do profissional

João Henrique Pontes
Oftalmologista
CRM 47.201 TEOT 13274

Assinatura e carimbo do profissional



OTALMOLOGIA : 18:00 - 24/02/18

Obs: Paciente já recebeu alta no prontuário eletrônico.
Vítima de atropelamento, apresentando edema + equimose importante em pálpebra superior. globo ocular íntegro: Ectoscopia (avaliado na maca): conjuntiva calma, córnea transparente pupila regular e fotoreagentes, CAB.
Versões normais

Nega BAV. AVL SK CD.

Ed: Alta da Oftalmologia d orientações (Compressas gela Retorno se notar Baixa da acuidade visual. Obs

CONVÊNIO PREVIDÊNCIA SIN
06 NOV. 2013
PROTOCOLO
AO. JOAO PESSOA

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa []HTF

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

mmHg

FC = _____

FR = _____

TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fratura piloro gástrica

Conduta: _____

Indicada

Dr. Adson D. Tinoco
Otorrinolaringologista
CRM 10.123/4567
CNPJ 08.987.654/0001-90



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: FRANSON LARINO Data da Admissão: 25/02/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Fratura Piloro Tibial D.

HDA: Encomendado de
paciente com fratura
piloro tibial direito.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 105734 Atd: Nao Reg
Data: 24/02/2018
Hora: 23:28:44
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZE
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JAILSON SABINO

Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: M

CARTAO SUS: 162361727580005

Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB

Data Nasc.: 12/10/1982

Id: 35 ano(s)

End.: SITIO/ MATA VELHA, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: ARARUNA UF: PB

Mae: VALDECI MARIA DA CONCEICAO

Pai: NAO INFORMADO

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JAILSON SABINO

Tel/Doc. Responsavel: 0 / CARTAO SUS: 162361727580005

Procedência: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACTUACAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Enunciado do Exame por
Fisico dos Oculos do Exame. (Fechado)
CD: Intermediário e subagudo

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
06 NOV. 2013
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Dr. Edson D. Tinoco
CRM: 10.100 / R. 10.100 / R. 10.100
CRM: 10.100 / R. 10.100 / R. 10.100

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Jailson Sabino			PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 35 anos	SEXO Mas	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.
DATA DE ADMISSÃO 24/02/2018		DATA DE ALTA 10/03/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA 14 dias
DIAGNÓSTICO INICIAL				GD
Fratura do Píleo Tibial Direito				S82.3
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
O mesmo				
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES				
Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da tíbia e fíbula distal				
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
CONDIÇÕES DE ALTA				
(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()				
ÓBITO				

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do píleo tibial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

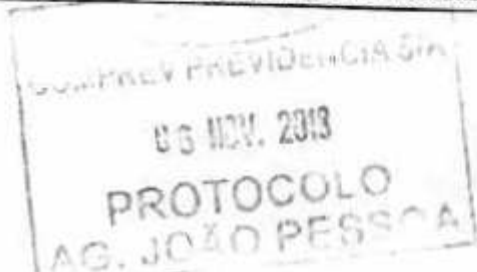
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

<p>10/03/18</p> <p>DATA</p>	<p>Dr. Alexandre Galvão</p> <p>Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM 9128 SBO 9603</p> <p>ASS. MÉDICO / C.R.M</p>
<p>Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO</p>	





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



LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1064774

PACIENTE: JAILSON SABINO

DATA DE NASCIMENTO: 12.10.82

Data e Hora do Atendimento: 23.02.18

Horário: 23:14h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital procedente de Araruna vítima de atropelamento por motocicleta sendo projetado a distancia levando a TCE, trauma de face, blefarodema severo do lado direito com oclusão palpebral total e abrasão na região frontal direita, hematoma periocular direito, perda do nível de consciência e posteriormente vômitos. Atendido pelo Dr. Eduardo Jorge Dore Soares CRM 6181, Dra. Camila Lacerda CRM 8032, Dr. Ricardo R. Carvalho CRM 6628, Dr. Roberto Santos CRM 1590, Dr. Leonardo Paiva CRM 4550.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA PIREITA + FRATURA DA PAREDE LATERAL DA ORBITA DIREITA CID 10 S 82 9 e S 02 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, da traumatologia, da neurocirurgia, da oftalmologia, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da coluna cervical, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da perna direita AP e Perfil, Rx do joelho direito AP e Perfil e colocação da tala gessada e encaminhamento para o ORTOTRAUMA conforme pactuação.

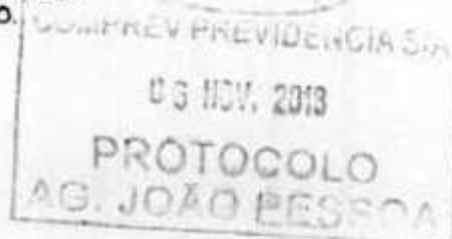
ALTA HOSPITALAR: Encaminhado para outro serviço em 24.02.18 às 8:44h.

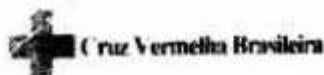
Data da Emissão: 24.09.18

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat: 29.031-9/ CRM- 3920

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Guia de Encaminhamento Externo

1064774

Dados do paciente

Nome JAILSON SABINO				CNS 162361727580005		Prontuário	
Data de Nascimento 12/10/1982	Idade 35A 4M 12D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO				Nome da Pai JORGE SABINO			
Endereço MATA VELHA				Bairro ZONA RURAL			Cep 58233000
Município ARARUNA - PB				Telefone Residencial		Telefone Celular (83) 900000000	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262		Telefone (83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA MEDICA		
Resultado de exames complementares		
CID M79.6	Data de encaminhamento 24/02/2018 09:24:51	Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

OFTALMOLOGIA : 18:00 - 24/02/18

Obs: Paciente já recebeu alta no prontuário eletrônico.
Vítima de atropelamento, apresentando edema + equimose importante em pálpebra superior. globo ocular íntegro:
Ectopexia (avaliado na marca): conjuntiva calma, cámea transparente, pupila regular e fotoreagente, CR.
Versões normais.

Nega BAV. AVL SX OD.

Ed: Alta da Oftalmologia com orientações (compressas geladas).
Retorno no setor Baixa da acuidade visual. da.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831139241

Data Nasc: 12/10/1982 - 35 anos

Paciente: JAILSON SABINO

Data Exame: 23/02/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

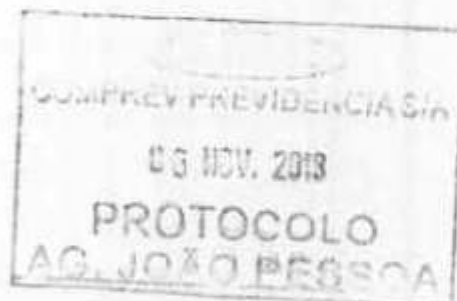
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Sinais de fraturas nas paredes do seio maxilar direito e assoalho da órbita, com leve desalinhamento dos fragmentos ósseos. Associadamente, observa-se conteúdo hipodenso no interior deste seio, provavelmente relacionado a hemossinus.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 24/02/2018 01:58.

Dra. Danielle C.S. Pereira
CRM: 6088 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831139241

Data Nasc: 12/10/1982 - 35 anos

Paciente: JAILSON SABINO

Data Exame: 23/02/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interfacetárias e uncovertebrais de aspecto habitual.

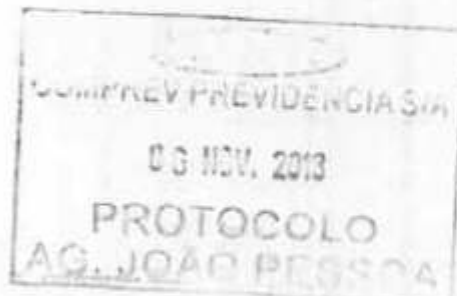
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Nota: Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 24/02/2018 02:01.

Dra. Danielle C.S. Pereira
CRM: 6088 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831139241

Data Nasc: 12/10/1982 - 35 anos

Paciente: JAILSON SABINO

Data Exame: 23/02/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

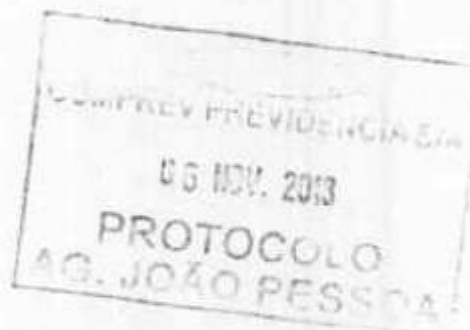
Técnica

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise

Sinais de fraturas nas paredes do seio maxilar direito e assoalho da órbita, com leve desalinhamento dos fragmentos ósseos. Associadamente, observa-se conteúdo hipodenso no interior deste seio, provavelmente relacionado a hemossinus.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 24/02/2018 02:00.

Dra. Danielle C.S. Pereira
CRM: 6088 - PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		JAILSON SABINO		Data de Nascimento		12/10/1982		Idade		35		Sexo		MASCULINO		Nº		1064774		Nº Prontuário		Data Prescrição		23/02/2018 23:27:24	
Motivo do Atendimento				Enfermaria / Leito																					
Convenio		SUS																							
Nome do medicamento		Dose		U.M.		Orientação de Uso		Via de		Veloc. Int.		Pos		Aptaxamento											
1 DIPPONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)		2.0		ML				E.V.				AGORA													
2 CETOPROFENO 100 MG		100.0		MG				E.V.				AGORA													
3 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)		1000.0		ML				E.V.				AGORA													
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER		0.0										AGORA													
5 PARECER ORTO		0.0																							
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROQUIRURGIA		0.0																							
7 CURATIVO		0.0																							
8 HGT AGORA		0.0																							

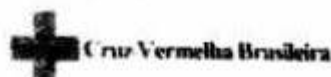
EDUARDO JORGE DORE SOARES
CRM:

Assinatura e Carimbo do Profissional

23 de Fevereiro de 2018



Data: 23/02/18 23:27
Usuário: EDUARDO JORGE
Bodilm 1064774

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JAILSON SABINO	BAE 1064774	Data/Hora Entrada 23/02/2018 23:14:09	Data Baixa
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 162361727580005
Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO	Telefone de Contato (83) 900000000		Prontuário
Endereço MATA VELHA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional EDUARDO JORGE DORE SOARES	Nº Cons. Regional /
Data/Hora Classificação 23/02/2018 23:14:09	Data/Hora Prescrição 23/02/2018 23:27:24		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

#Cirurgia Geral #

Paciente provindo de Araruna, vítima de atropelamento por moto, sendo projetado a distância levando a um TCE e trauma de Face com perda do nível de consciência e posteriormente vômito. Atendido pela SAMU que realizou a imobilização completa e transporte para este hospital, com relato que o paciente fez ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica.

Ao exame Glasgow 14, apresenta de hematoma peri-orbicular direito, Tórax + Abdome + Pelve sem alterações. Apresenta provável fratura em M I D (pé e tornozelo).

Conduta: Medicação

Radiografia + avaliação da Ortopedia
TC + parecer da Neuro e buco

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

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

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO ✓

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA ✓

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA ✓

CURATIVO

HGT AGORA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

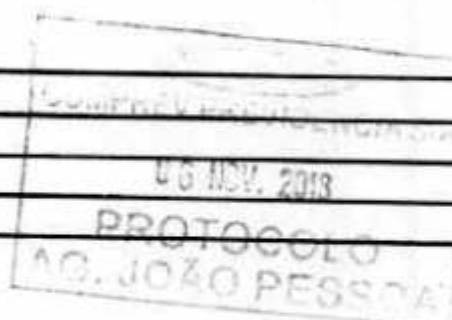
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

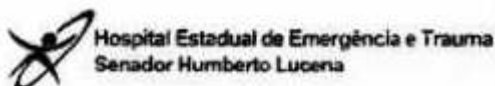
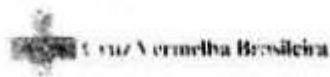
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
BOLIM REGISTRADO POR THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 23/02/2018 23:14:50	



**AREA LARANJA UDC**

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JAILSON SABINO	BAE 1064774	Data/Hora Entrada 23/02/2018 23:14:09	Data Baixa
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 162361727580005
Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 900000000
			Prontuário
Endereço MATA VELHA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2018 23:14:09		Data/Hora Prescrição 24/02/2018 00:48:51	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

AnamneseVÍTIMA DE ATROPELAMENTO ADMITIDO AS 23:14 PROVENIENTE DE ALHANDRA
GLASGOW 15

DOR EM PERNA DIREITA

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANA

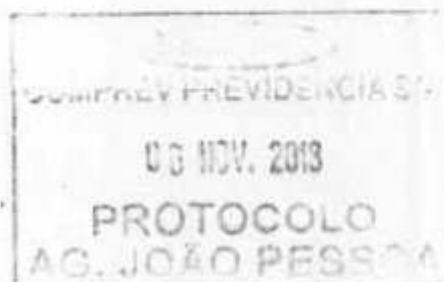
SINAIS DE FRATURA DE FÍBULA EM RADIOGRAFIA DA PERNA

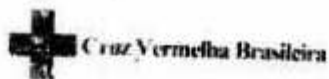
CD. TRATAMENTO CONSERVADOR PELA NEUROCIRURGIA; LIBERO PARA PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?**Conduta**

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JAILSON SABINO

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

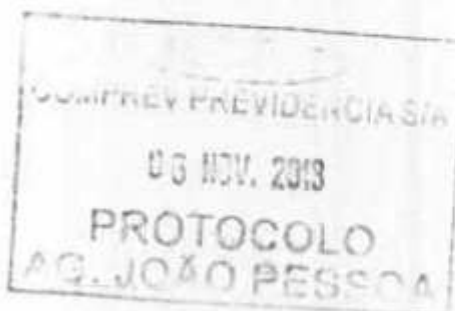
Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JAILSON SABINO		BAE 1064774	Data/Hora Entrada 23/02/2018 23:14:09	Data Baixa
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 162361727580005	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO				Prontuário
Endereço MATA VELHA, S/N		Beiró ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE		Motivo ATROPELAMENTO	Profissional ROBERTO ANTONIO DOS SANTOS	Nº Cons. Regional 1590/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2018 23:14:09		Data/Hora Prescrição 24/02/2018 03:07:50		
Convênio SUS		Nº Matrícula		Serha
<p>Anamnese</p> <p>paciente vítima de acidente de moto apresenta ao exame de rx fratura dos ossos da perna direita. após liberação das outras clínicas. deverá paciente ser transferido para hospital ortotrauma. conforme pactuação.</p>				
<p>Conduta</p> <p>Em observação <i>7 ale fene de joão</i></p>				

JAILSON SABINO

ROBERTO ANTONIO DOS SANTOS
(: 1590/PB)





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JAILSON SABINO	BAE 1064774	Data/Hora Entrada 23/02/2018 23:14:09	Data Baixa
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 162361727580005
Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO	Telefone de Contato (83) 900000000		Prontuário
Endereço MATA VELHA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA	Nº Cons. Regional 4550/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2018 23:14:09	Data/Hora Prescrição 24/02/2018 08:44:33		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

Vítima de atropelamento, sic

Consciente, orientado, no momento.

Apresentando, em face, blefarodema severo lado D com oclusão palpebral total + abrasão em região frontal, lado D.

Fratura da parede lateral de órbita D, sem deslocamento/rotação. Tratamento conservador.

CD

1 - Alta da BMF

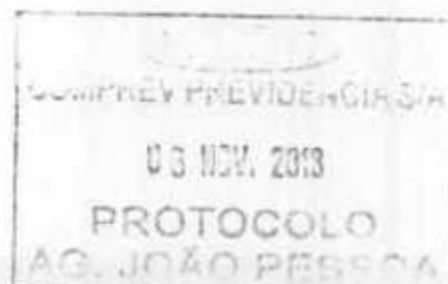
2 - Parecer da Oftalmologia.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

(Assinatura)
 DR. LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA
 CRM: 4550/PB

JAILSON SABINO

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA
(: 4550/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1064774



Identificação do paciente				
D 1284390	Nome JAILSON SABINO			Sexo Masculino
Data de nascimento 12/10/1982	Idade 35 anos 4 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe VALDECI MARIA DA CONCEICAO	Pai JORGE SABINO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JORGE SABINO - PAI			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2910638	Nº Cns 162361727580005		
Local de procedência ARARUNA	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade ARARUNA	CBOR		
Endereço				
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA	
Número S/N	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 23/02/2018 23:14:09	Número da pulseira 1000006167898	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veto de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos 23/02/18 Paciente deu entrada neste setor vítima de atropelamento sufocante a bordo de ambulância. Comumente é ou em to de encaminhado ao UCT				
Diagnóstico				GID
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO				Tempo 41seg

Imprimir PREV PREVIDENCIA S/A

06 NOV. 2013

PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P 919

NAO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2910538

DATA 27 JUL 2004

NOBRE JAILSON SABINO

FILIAÇÃO Jorge Sabino

Valdeci Maria da Conceição

Araruna-PB

12.10.1982

Cert. Nasc. 0.468, fls. 23, liv. A-9.

Assinatura do Titular

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 067.302.894-14

Nome JAILSON SABINO

Nascimento 12/10/1982

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

03 NOV. 2013

PROTOCOLO

ACQUARO PESSOAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180521425 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON SABINO **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG. 1/2.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONDUTA MANTIDA. PÁG. 1/2.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180521425 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON SABINO **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180521425

Cidade: Araruna

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAILSON SABINO

Data do acidente: 23/02/2018

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NA REGIÃO MEDIAL E LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DORSAL ACENTUADA E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO PILÃO TIBIAL, PORÉM DEVIDO INFECÇÃO FOI NECESSÁRIO NOVA CIRURGIA PARA RETIRADA DE PLACAS E PARAFUSOS, RESULTANDO EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR COM LIMITAÇÃO GRAVE DA DORSEFLEXÃO DO TORNOZELO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO MODERADA DO TORNOZELO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO TORNOZELO DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



República Federativa do Brasil
Cartório do Único Ofício de Notas
Tabelião: **Antônio Martins de Sousa**
Escrevente: **Avanira Fernandes Matias Nobre**
Praça Barão do Rio Branco, nº 36
CEP 58.233-000 - Araruna/Paraíba
Fone: (083) 373-1270

Traslado: 1º

Livro: 109

Folhas: 190

Procuração bastante que faz Jailson Sabino a José Alves Pessoa, para os fins abaixo:

Saibam quantos este público Instrumento de Procuração virem, que no Ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo, de dois mil e dezoito (2018), aos dezessete (17) dias do mês de Outubro, nesta cidade de Araruna/PB, perante mim Escrevente, compareceu como outorgante: **JAILSON SABINO**, CPF nº 067.302.894-14, RG nº 2910538-SSP/PB, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente na Rua Projetada, s/n, Morada da Serra, Araruna/PB.

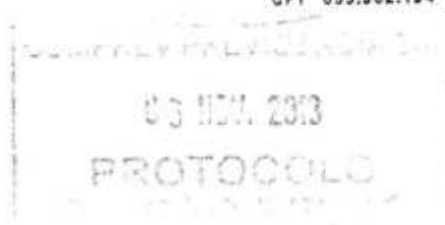
Reconhecido como o próprio por mim Escrevente, do que dou fé; por ele me foi dito que por este instrumento público, nomeava e constituía seu bastante procurador: **JOSE ALVES PESSOA**, brasileiro, casado, agricultor, RG nº 2511611-SSP/PB, CPF nº 037.201.024-59, residente na Rua José Felipe Neri, 50, na cidade de Araruna/PB, a quem confere poderes para junto a qualquer SEGURADORA, requerer Seguro Obrigatório DPVAT em do outorgante vítima de acidente automobilístico, podendo, dito procurador, assinar requerimentos, preencher e assinar qualquer formulário/documento de autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT; podendo, ainda apresentar documentos exigidos, assinar termos declarações, guias, dar e aceitar quitações, formulários em geral, receber correspondências, comparecer perante qualquer Repartição Pública, praticando e assinando tudo mais que for necessário ao fiel cumprimento do presente mandato, podendo ainda, dito procurador representar o outorgante junto ao BANCO BRADESCO: 237, Agência 3449, conta corrente nº 0366-2, na cidade de Araruna/PB, com a finalidade de resolver assuntos de interesse do outorgante. Fica devidamente esclarecido que o outorgante na qualidade de vítima autoriza que seja efetuado o crédito que o mesmo tem direito na conta corrente acima citada. FICANDO ESCLARECIDO QUE NO MUNICIPIO ONDE O OUTORGANTE RESIDE NÃO HÁ ESTABELECIMENTO DE IML COM O OBJETIVO DE PERMITIR O EXAME DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE CAUSADA DIRETAMENTE POR VEICULO AUTOMOTOR DE VIAS TERRESTRES. Os dados constantes na presente procuração foram fornecidos pelo outorgante, que responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer. E de como assim disse do que dou fé, lavrei este instrumento, que sendo-lhe lido, aceitou e assina Amanda Targino de Sousa Benevides a rogo do outorgante não alfabetizado que deixa impressão digital, independente de testemunhas instrumentárias de acordo com o provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral de Justiça do estado, comigo Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente que digitei. E eu, Antônio Ataulfo Targino de Sousa, Tabelião Substituto, subscrevo, dou fé, dato e assino com o sinal do meu uso. Araruna, 17 de Outubro de 2018. Em test.º (sinal) da verdade. O Tabelião Substituto: Antônio Ataulfo Targino de Sousa. (a) Amanda Targino de Sousa Benevides. Está conforme o original. Eu, Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente, digitei dato e assino.

Araruna, 17 de Outubro de 2018

Avanira Fernandes M. Nobre

SELO DIGITAL
AHQ37901-HGS3
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Avanira Fernandes M. Nobre
ESCREVENTE AUTORIZADA
CPF 639.962.194-15



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403030/18

Número do Sinistro: 3180521425

Vítima: JAILSON SABINO

CPF: 067.302.894-14

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 23/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILSON SABINO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/08/2019
Nome: JOSE ALVES PESSOA
CPF: 037.201.024-59

JOSE ALVES PESSOA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO