
Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200280623

Vítima: ISAIAS DE LIMA CRUZ

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISAIAS DE LIMA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200280623

Vítima: ISAIAS DE LIMA CRUZ

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ISAIAS DE LIMA CRUZ

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, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200280623

Vítima: ISAIAS DE LIMA CRUZ

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISAIAS DE LIMA CRUZ

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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

Recebedor: ISAIAS DE LIMA CRUZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000072384-1

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 102-851-234-16 3 - Nome completo da vítima: João de Lima Cruz

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João de Lima Cruz 6 - CPF: 102-851-234-16
7 - Profissão: Empregador 8 - Endereço: R: São Gabriel 9 - Número: 34 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Sumaré 12 - Cidade: Lábadele 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58108354
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (03) 98723-2644

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUJO INFORMAR ☒ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Se não tiver, informar abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (13)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0036 13 CONTA: 42384 1 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização por reembolso do Seguro DPVAT a que eu tive direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE DIJOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se não deixou, informar: 30 - Se não deixou, informar: 31 - Se não deixou, informar: 32 - Se não deixou, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER não se responsabiliza pela indenização do Seguro DPVAT por morte de seus beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, quando, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 045352.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 045352.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 12:50 min do dia 12/07/2020, na Delegacia Online, **ISAIAS DE LIMA CRUZ**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Autônomo, natural de Cabedelo, nascido(a) em 31/08/1995, idade 24, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de Marizélia de Lima Cruz e João Leite da Cruz, CPF 102.851.234-16, residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Gabriel, nº 34, bairro Renascer, na cidade de Cabedelo/PB, CEP: 58108354, telefone(s) 83987666168, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 23/02/2020 11:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: BR 230 KM 09, BR 230, Cabedelo/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O CONDUTOR SEGUIA PELA RODOVIA BR-230 SENTIDO INTERMARES, PARA DEIXAR SUA ESPOSA NO TRABALHO PILOTANDO UMA MOTO BIZ, VERMELHA, ANO 2012 MODELO 2013, PLACA OFF-1084-PB, CHASSI 9C2HC1420DR009322, EM NOME PRÓPRIO DE ISAIAS DE LIMA CRUZ. QUANDO SEGUIA PELA FAIXA DA DIREITO UM CARRO EM ALTA VELOCIDADE COLIDIU EM SUA TRASEIRA O ARREMESSANDO LONGE E ACABOU CAINDO DENTRO DE UM BURACO. FOI SOLICITADO O SOCORRO NO LOCAL QUE FOI REALIZADO PELA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS QUE FEZ OS PRIMEIROS SOCORROS E O ENCAMINHOU PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA. LÁ FOI CONSTATADO UMA FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO, LESÕES GRAVES DO COMPLEXO LIGAMENTAR DA MÃO ENTRE OUTROS CORTES E ESCORIAÇÕES.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18), E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



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

Isaias de Lima Cruz

ISAIAS DE LIMA CRUZ

542DC8144DC4D80DB1100A8C47C18973

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 102-851-234-16 3 - Nome completo da vítima: João de Lima Cruz

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João de Lima Cruz 6 - CPF: 102-851-234-16
7 - Profissão: Empregador 8 - Endereço: R: São Gabriel 9 - Número: 34 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Sumaré 12 - Cidade: Lages 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58108354
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (31) 99723-2644

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUJO INFORMAR ☒ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Se não tiver, informar abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (13)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0036 13 CONTA: 42384 1 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização por reembolso do Seguro DPVAT a que eu tive direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE DIJOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se não deixou, informar: 30 - Se não deixou, informar: 31 - Se não deixou, informar: 32 - Se não deixou, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER não se responsabiliza pela indenização do Seguro DPVAT por morte de seus beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, quando, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



VISTO EM: 20/07/2020

FERNANDA Diniz L. de C. Barros

N/I 20020BM

Matrícula: 525.951-7

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

João Pessoa-PB, 20 de julho de 2020.

CERTIDÃO Nº. 0038/2020

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 23/02/2020, consta que foi socorrido por volta das 09h57min o **Sr. ISAIAS DE LIMA CRUZ, RG. 4.140.320, SSP/PB, CPF 102.851.234-16, Vítima de COLISÃO CARRO X MOTO.** Ocorrido na BR 230, Intermares, Cabedelo - PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-39, tendo como chefe o **3º SGT UIRAPURU DA SILVA FLORENCIO, Matrícula 520.061-0.** Vítima consciente, com suspeita de TCE, fratura de cotovelo direito e úmero direito, após procedimentos de estabilização e imobilização a referida guarnição o transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu Wallyson Cardoso Guedes, Mat. 525.953-3, (Assinatura) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Assinatura
JOSE ERIVAN SANTOS DE SOUZA – 2º TEN QOABM
Chefe da 3ª Seção - BAPH



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**viva
o trabalho.**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba – Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3218-7979 - E-mail: baphbm@gmail.com



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISAIAS DE LIMA CRUZ

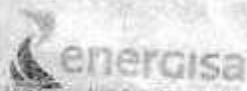
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000072384-1

Nr. da Autenticação CD5B1EF6D7BD8B65

MARIZELA DE LIMA CRUZ
RUA SAGUARAEL, 104 - FARMACIA
CABEDLO/PR - CEP: 81010-000



Endereço: Rua Saguarael, 104 - FARMACIA
CABEDLO/PR - CEP: 81010-000
Telefone: (41) 3333-3333

NOME: MARIZELA DE LIMA CRUZ
CPF: 049.353.484-95
DATA DE VENCIMENTO: 03/FEV/2020
DATA DE PAGAMENTO: 02/MAR/2020
VALOR NOMINAL: 185,30
JURD: 0,00

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Demonstrativo							
Descrição	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	Valor	Unidade
Consumo de Energia	101,00	131,00	20	30,00	1,00	0,00	kWh
Imposto de Renda	1,00	1,00	0	0,00	0,00	0,00	Reais
Imposto de Renda	1,00	1,00	0	0,00	0,00	0,00	Reais
Imposto de Renda	1,00	1,00	0	0,00	0,00	0,00	Reais
Imposto de Renda	1,00	1,00	0	0,00	0,00	0,00	Reais
Imposto de Renda	1,00	1,00	0	0,00	0,00	0,00	Reais
Imposto de Renda	1,00	1,00	0	0,00	0,00	0,00	Reais
Imposto de Renda	1,00	1,00	0	0,00	0,00	0,00	Reais

Média últimos meses (kWh): 134,00
VENCIMENTO 03/02/2020
TOTAL A PAGAR R\$ 185,30

Histórico de Consumo (kWh)
12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 173 | 150

RESERVADO AO FISCO
7c02 cb64 7092 e30a 6f13 3bbc 83de 77f0

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DESEMPENHO	9,00	9,00
DESEMPENHO	9,00	9,00
DESEMPENHO	9,00	9,00
DESEMPENHO	9,00	9,00
DESEMPENHO	9,00	9,00
DESEMPENHO	9,00	9,00
DESEMPENHO	9,00	9,00
DESEMPENHO	9,00	9,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Despesa de Despesa de Despesa	24,50	13,22
Despesa de Despesa de Despesa	45,73	24,66
Despesa de Despesa de Despesa	5,10	2,75
Despesa de Despesa de Despesa	5,25	2,83
Despesa de Despesa de Despesa	57,70	31,14
Despesa de Despesa de Despesa	36,50	19,70
Total	185,30	100,00

ATENÇÃO
Faturado em atraso
Nov/19 204,82

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS				REFERENCIA JUL/2020	
EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO RUA POLICARPO QUARESMA, SN - JARDIM EUROPA SANTA RITA PB 58300-000					
Inscrição		SMI	Quantidade de Economias		Responsável
003 009.300.0356.000		000	Residencial	Comercial	Industrial
			1	0	0
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Agua	Situação Esgoto	
Y1R976599	20/03/2019	EXT LACR LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUN DE DIAS	PROXIMA LEITURA	
40	46	6	31	25/08/2020	
HIST. CONS./ANOF. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.					
JUN/2020	2	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES			
MAI/2020	8	TURBIDEZ 0 0 0			
ABR/2020	4	CLORO 0 0 0			
MAR/2020	2	PH 0 0 0			
FEV/2020	2	COR 0 0 0			
JAN/2020	3	COL.TOTAIS 0 0 0			
MEDIA(M)	3	DADOS REFERENTES A: MAI/2020			
DATA DA IMPRESSÃO: 27/07/2020			HORA DA IMPRESSÃO: 09:44:31		
DESCRICAO		CONSUMO	TOTAL(R\$)		
ACUA					
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)					
CONSUMO DE AGUA		6 M3	37,91		
ESGOTO					
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 05/2020			0,75		
JULROS DE MORA 05/2020			0,26		
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 17.741/12					
VENCIMENTO: 07/08/2020		Total a Pagar:		R\$ 38,72	



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SENHORES USUARIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONA VIRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PUBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS E AGENCIA VIRTUAL (CAGEPA.PB.GOV.BR)



CAGEPA
Cidade de Água e Saneamento de Patos

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
88651533	JUL/2020	07/08/2020	R\$ 38,72

82660000000 2 38720010003 1 08865153301 5 07202010003 7



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Evandro Gonçalves do Nascimento
inscrito (a) no CPF/CNPJ 034.645.454 / 70, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Ysaias de Lima Cruz inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.851.234 - 16
do sinistro de DPVAT cobertura Unidade 3 da Vítima Ysaias de Lima Cruz
inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.851.234 / 16, 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>R: Politégrafo Aqueduto</u>	Número: <u>304</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Jardim Europa</u>	Cidade: <u>Santa Rita</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58300-0</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98723-2644</u>

Local e Data: João Pessoa 01 de Agosto de 2020

Evandro G. do Nascimento
Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Isaias de Lima Cruz
DATA DE NASCIMENTO 31/08/95
NOME DA MÃE Marizelia de Lima Cruz

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 121289
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1224873
DATA DO ATENDIMENTO 23/02/20
HORA DO ATENDIMENTO 10:48
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Luxação exposta de cotovelo D
CID 10 S53.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando ferimentos em fronte e mento, fratura exposta em cotovelo direito, apresenta neuropraxia do nervo ulnar direito, edema e hematoma periorbital direito, com limitação de abertura da pálpebra direita,

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, face, cervical
RX tórax, bacia, cotovelo D, braço D, mão E
Usg(fast)

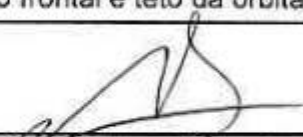
RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem patologia Neurocirúrgica, fratura de parede anterior e posterior do frontal e teto da órbita, lado direito.
RX: luxação de cotovelo D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação exposta cotovelo D com fixador externo (23/01/19), Retirada de fixador externo (13/03/19), sutura de ferimentos, tratamento conservador de fratura do frontal e teto da órbita.

ALTA HOSPITALAR: 20/03/2019
DATA DA EMISSÃO: 15/06/2020


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB



RUA PEDRO GONDIM, S/N -- CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1224873



Identificação do paciente				
ID 1104406	Nome ISAÍAS DE LIMA CRUZ			Sexo Masculino
Data de nascimento 31/08/1995	Idade 24 anos 6 meses 26 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário 121289
Mãe MARIZELIA DE LIMA CRUZ	Pai JOAO LEITE DA CRUZ			
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)			
DDD Celular 83	Celular 986692901	DDD	Telefone	
Tipo documento CPF	Número documento 10285123416	Nº Cns 764105243723750		
Local de procedência CABEDELO	Tipo MUNICIPIO			UF PB
	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro SAO GABRIEL	
Número 634	Complemento OBS SEM DOC	Bairro RENASCEM III		
Admissão				
Data e Hora 23/02/2020 10:48:33	Número da pulseira 1000008836518	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				Tempo

Imprimir



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Endereço: Rua Manoel José



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1224873



Identificação do paciente						
ID 1104408	Nome ISAÍAS DE LIMA CRUZ			Sexo Masculino		
Data de nascimento 31/08/1995	Idade 24 anos 5 meses 22 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário		
Mãe MARIZELIA DE LIMA CRUZ	Pai JOAO LEITE DA CRUZ					
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Celular 83	Celular 987786502	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento		Nº Cns 704105243723750			
Cidade de procedência CABELO	Naturalidade JOAO PESSOA		Tipo MUNICIPIO	UF PB		
		CBO/R				
Endereço						
CEP 58310000	Município de residência CABELO	UF PB	Logradouro SAO GABRIEL			
Número 634	Complemento OBS SEM DOC	Bairro RENASCER III				
Admissão						
Data e Hora 23/02/2020 10:46:33	Número da pulseira 1000008836518		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica				
Classificação de risco		Origem do paciente RCD0VIA				
Tipo de atendimento		Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte						
Uso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Como transportado SGATE - BOMBEIROS		Quem transportou				
Sinais Vitais						
X mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos: Paciente trazido pelo socorro, ferido no tórax, cabido, orientado.						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARNIELE JANAÍNA DA COSTA GAMA						Tempo

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente ISAIAS DE LIMA CRUZ	BAE 1224873	Data/Hora Entrada 23/02/2020 10:48:33	Data Baixa
Data de nascimento 31/08/1995	Idade 24a 5m 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987786502
Mãe MARIZELIA DE LIMA CRUZ		CNS 704105243723750	Prontuário
Endereço SAO GABRIEL, 634 - OBS SEM DOC	Bairro RENASCER III	Município CABEDELO	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional 6700/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2020 10:48:33		Data/Hora Prescrição 23/02/2020 10:58:08	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO VS AUTO SOCORRIDO PELOS BOMBIEROS NAO LEMBRA DO OCORRIDO APRESENTA FCC EXTENSO NA FRONTE FCC EM MENTO FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO ABDOME E TORAX APARENTEMENTE SEM LESAO ABDOME FLACIDO E INDOLOR CD: AVALIAÇÃO DA NEURO, BUCO E ORTOPEDIA TC RX ANALGESIA

EDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), DILUIR 10,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML) SOLUCAO DE IRRIGACAO PARA CURATIVOS,ESTÉRIL, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA IRRIGAÇÃO, AGORA, 0,0 (MGTSM)

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO

RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA

SUTURA DE FERIMENTO

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Urologia
CRM-PB 6700

CID10

S06.9 - Traumatismo intracraniano, não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente ISAÍAS DE LIMA CRUZ	BAE 1224873	Data/Hora Entrada 23/02/2020 10:48:33	Data Baixa
Data de nascimento 31/08/1995	Idade 24a 5m 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987786502
Mãe MARIZELIA DE LIMA CRUZ		CNS 704105243723750	Prontuário 121289
Endereço SAO GABRIEL, 634 - OBS SEM DOC	Bairro RENASCER III	Município CABEDELO	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TIBÉRIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2020 10:48:33		Data/Hora Prescrição 23/02/2020 15:05:20	

ANAMNESE

ORTOPEDIA PCT VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, ERA O PILOTO DA MOTO. REFERE QUE RECEBEU IMPACTO TRASEIRO NA MOTO POR CARRO. USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. RESGATE INFORMA QUE O PCT CAIU EM UMA VALA APÓS A COLISÃO. REFERE DOR NA CABEÇA, FACE E COTOVELO DIREITO EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO FERIMENTOS NO COURO LABELUDO E REG. DE MENTO MSD: FERIMENTO E DEFORMIDADE NO COTOVELO DIREITO. SANGRAMENTO ATIVO NO LOCAL. NEUROPAXIA SENSITIVA E MOTORA DO NERVO ULNAR DIREITO DISTAL AO COTOVELO. SEM ALTERAÇÕES DO PULSO RADIAL E ULNAR. SEM SINAIS DE COMPARTIMENTAL RX: LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO DIREITO HD: LUXAÇÃO EXPOSTA DO COTOVELO DIREITO COM NEUROPAXIA DO NERVO ULNAR CD: AO CENTRO CIRURGICO PARA LIMPEZA + DESBRIDAMENTO + FIXAÇÃO EXTERNA DO COTOVELO DIREITO EXPLICO AO PCT SOBRE A GRAVIDADE DE SUAS LESÕES

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 12/12H
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H
OMEPAZOL 40 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES:: EM JEJUM)
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEA OU VOMITO (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

EXAME DE IMAGEM

ECG
RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTROLE)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO DIREITO
CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: COTOVELO DIREITO - DIÁRIO)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)
COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)

CID10

S53.1 - Luxação do cotovelo, não especificada

Conduta

Internar Paciente

Dr. Tibério Vanomark
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 8252/RQE 5489

Enfermeiro

TIBÉRIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seamos todos
PARAIBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32155700 - CNES: 2593262

Paciente ISAIAIS DE LIMA CRUZ	BAE 1224873	Data/Hora Entrada 23/02/2020 10:48:33	Data Baixa
Data de nascimento 31/08/1995	Idade 24a 5m 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987786502
Mãe MARIZELIA DE LIMA CRUZ		CNS 704105243723750	Prontuário
Endereço SAO GABRIEL, 634 - OBS SEM DOC	Bairro RENASCER III	Município CABEDELO	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA	Nº Cons. Regional 4149/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2020 10:48:33		Data/Hora Prescrição 23/02/2020 13:40:30	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO DE MOTO X CARRO TRAZIDO PELO SAMU, CURSANDO COM TRAUMA EM FACE, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, ÊMESE E SINCOPE. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EUPNEICO, ACIANÓTICO, ORIENTADO, CONSCIENTE, VERBALIZANDO, AFEBRIL AO TOQUE. EM MACA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA FCC EM REGIÃO DO FRONTAL, MENTO, LABIO INFERIOR EXTRA E INTRA-ORAL, EDEMA E HEMATOMA PERIORBITÁRIO LADO DIREITO, ACUIDADE VISUAL PRESERVADA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA PALPEBRA LADO DIREITO DEVIDO AO EDEMA, PERFUSÃO NASAL MANTIDA, BOA ABERTURA BUCAL E OCLUSÃO ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO E DEGRAU ÓSSEO. AO EXAME DE IMAGEM APRESENTA FRATURA DA PAREDE ANTERIOR E POSTERIOR DO FRONTAL E TETO DA ÓRBITA LADO DIREITO (TTO CONSERVADOR). CD EXAME CLÍNICO SUTURA + ORIENTAÇÕES ALTA DA BMF, SEGUE AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro

OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA
Cirurgia e Traumatologia
Buenos Aires (4149/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 23/02/2020 10:48:33



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Semear todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
ISAIAS DE LIMA CRUZ

Data de nascimento
31/08/1995

Mãe
MARIZELIA DE LIMA CRUZ

Endereço
SAO GABRIEL, 634 - OBS SEM DOC

Acidente
VEICULO X MOTO

Data/Hora Classificação
23/02/2020 10:48:33

BAE
1224873
Sexo
Masculino

Bairro
RENASCER III

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
23/02/2020 10:48:33
CNS
704105243723750

Município
CABEDELO
Profissional
RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
Data/Hora Prescrição
23/02/2020 12:58:20

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 987786502
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
6628/PB

ANAMNESE

*****NEUROCIRURGIA***** ACIDENTE DE MOTO (COLISÃO ATRÁS); SEM USO DE CAPACETE; CONSCIENTE, ORIENTADO. QUADRO DE NEUROPRAXIA DO NERVO ULNAR A DIREITA; TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANAS. TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL SEM FRATURAS. NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL. CD: LIBERO DA NEUROCIRURGIA PARA ORTOPEDIA (TRATAMENTO DE LUXAÇÃO EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO); AGUARDA CURATIVO E SUTURA E FERIMENTOS EM FACE

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro

Ricardo Rodrigues de Carvalho
Neurocirurgia
CRM: 6628

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 23/02/2020 10:48:33



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Coordenador: Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Em: 20/03/2020 16:46:27

Nome ISAIAS DE LIMA CRUZ	Boletim de Atendimento 1224873	Data/Hora Entrada 23/02/2020 10:48:33	Data/Hora Saída
Data de nascimento 31/08/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 704105243723750
Tempo de Internação 26d 1h 41min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 121289
Data de Entrada 23/02/2020 10:48:33	Data Internação 23/02/2020 15:05:16	Permanência na Unidade 26d 5h 58min	Permanência no Leito 6d 22h 23min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 20/03/2020 16:46:21)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

#ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO

#23º DPO LUXAÇÃO EXPOSTA COTOVELO DIREITO + EXPLORAÇÃO N. ULNAR EVOLUI COM DESCRIÇÃO CIRÚRGICA COM LESÃO N. ULNAR, LESÃO GRAVE DO COMPLEXO LIGAMENTAR. APRESENTA PARESTESIA EM TERRITÓRIO DO ULNAR E INCAPACIDADE DE ADUÇÃO E ABDUÇÃO DOS DEDOS DA MÃO DIREITA APRESENTA HIPEREMIA AO REDOR DO FERIMENTO, PRESENÇA DE SECREÇÃO.

#5º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE COTOVELO POR DR. RODRIGO AMARAL

PARACER ## Neurocirurgia ##

- Lesão nervo ulnar traumática com inflamação/infecção ferimento.

- Aguarda tanto a resolução do processo inflamatório, quanto o tempo necessário para formação de neuroma de amputação em coto proximal para possibilitar anastomose termino-terminal futura (02 a 03 meses). Na alta hospitalar, encaminhar para seguimento ambulatorial CEREST em 02 meses - Dr. Erickson.

CD: ALTA HOSPITALAR

SEGUIR RECEITUÁRIO

ACOMPANHAMENTO CEREST

ORIENTAÇÕES

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Dr. Jose Rogaciano Machado Couto
Número Conselho: 185222



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Denatex / Hemibeta / Jucema



Sumos Tólos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO
Em: 19/03/2020 07:57:40

Nome ISAIAS DE LIMA CRUZ	Boletim de Atendimento 1224873	Data/Hora Entrada 23/02/2020 10:48:33	Data/Hora Saída
Data de nascimento 31/08/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 704105243723750
Tempo de Internação 24d 16h 52min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 121289
Data de Entrada 23/02/2020 10:48:33	Data Internação 23/02/2020 15:05:16	Permanência na Unidade 24d 21h 9min	Permanência no Leito 5d 13h 34min

EVOLUÇÃO MEDICA (CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO - 19/03/2020 07:57:35)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO

#22º DPO LUXAÇÃO EXPOSTA COTOVELO DIREITO + EXPLORAÇÃO N. ULNAR EVOLUI COM DESCRIÇÃO CIRURGICA COM LESÃO N. ULNAR, LESÃO GRAVE DO COMPLEXO LIGAMENTAR. APRESENTA PARESTESIA EM TERRITÓRIO DO ULNAR E INCAPACIDADE DE ADUÇÃO E ABDUÇÃO DOS DEDOS DA MÃO DIREITA APRESENTA HIPEREMIA AO REDOR DO FERIMENTO, PRESENÇA DE SECREÇÃO.

#4º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE COTOVELO POR DR. RODRIGO AMARAL

CD: VPM

SOLICITO RX DE COTOVELO DIREITO (Suspensão!!)
PARECER DA NEUROCIRURGIA

Seção: POSTO IA - ENF 08 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO

Número Conselho: 7596

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: ISAIAS DE LIMA CRUZ BE/PRONTUÁRIO 1224873
 IDADE: 24 SEXO: MASC COR: _____ DATA: 13/3/2020
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
 CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE COTOVELO DIREITO
 CIRURGIÃO: DR. RODRIGO AMARAL 1º ASS: MR2 JANSEN
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE COTOVELO DIREITO</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____

Dra. Thaysa Costa
 Médica
 CRM-PA 12.799

DATA: 13/3/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

Incisão:

Achados:

Conduta:

**REALIZADA DESMONTAGEM DO SISTEMA DE FIXADOR EXTERNO , RETIRANDO BARRAS E PRESILHAS
RETIRADA DE PINOS DE SCHANZ: 2 PROXIMAIS EM ÚMERO E 2 DISTAIS EM ULNA**

Fechamento:

CURATIVO LOCAL

Observação:

TALA AXILO PALMAR

Médico/CRM:

Dra. *[assinatura]* **Geaysa Costa**
Médica
CRM 12.798

João Pessoa,

13/3/2020

2226813 ENTERMARIA LETTO
15. km M 52 (Fix + Externos)
Cochugo Buisson + Jansen (K2)
Sedex
Suaris hales

14:30 15:00
CIRURGO - ANESTESIA: INICIO FIM CIRURGIA: INICIO FIM
(ANESTESIOLOGISTE)

INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

ÍNDICE DE RISCO DE CONTAMINAÇÃO					MATERIAIS CONT.		QTD.	FIO	QTD.
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 ()	GRAU DE CONTAMINAÇÃO	AC. PO. NO DPA ()	CONTAMINADA ()	DEFECTADA ()	POTENCIALMENTE CONTAMINADA				
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS					QTD.				
ALFENTANIL						JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA						JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA						JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
ARTERIAL						JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
PERIDOL						KIT SIST. DREN. TORÁCICA N°		FIO DE NYLON N°	
PROPOFOL						LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
ROFENARBITAL						LÂMINA BISTURI N°13		FIO DE NYLON N°	
ARTERIAL						LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
ARTERIAL						LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	
						LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
						LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
ISOFLURANO						SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO						MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO						AGULHA 13X4.5		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C/VASO						AGULHA 25X07		FIO POLIGLACTINA PRONE N°	
LIDOCAÍNA S/VASO						AGULHA 25X08		FIO SEDA N°	
VIDAZOLAN						AGULHA 40X12		FITA CARDÍACA	
MORFINA						AGULHA PERIDURAL N°18		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
NOBILUM						AGULHA PERIDURAL N°17		CATETER DE PIC I	
PANICURONIO						AGULHA PERIDURAL N°18		CONJUNTO CIRÚRGICO	
PERIDOL						AGULHA RAQUI N°25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PROPOFOL						AGULHA RAQUI N°26G		FIO DE KIRSCHNER N°	
RANFENTANIL						AGULHA RAQUI N°27G		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROFENARBITAL						ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEINMAN N°	
SEVOFLURANO						ATADURA DE CREPOM		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO						ATADURA GESSADA		GRANDEADOR CIRÚRGICO	
TIOPENTAL						BOLSA P/COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
MEDICAÇÕES					QTD.				
ADRENALINA						CÂMULA P/TRAQUEOSTOMIA N°		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA						CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
IPINA						CATETER EMBOLEO ARTERIAL N°		KIT. PAM	
RA						CATETER EPIDURAL N°16		PERADOR EXTERNO	
ROFENARBITAL						CATETER EPIDURAL N°17		EMPRESA	
SUXAMETÔNIO						CATETER EPIDURAL N°18		PARAFUSOS CORTICAIS	
SODIA SÓDICA						CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
DRINA						COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ENDÓCRANIO	
FUROSEMIDA						COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ENDÓCRANIO	
GLICOSE 10%						COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ENDÓCRANIO	
GLUCONATO DE CÁLCIO						DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS ENDÓCRANIO	
HIDROCORTISONA						DRENO DE SUCCÃO		PARAFUSOS ENDÓCRANIO	
LIDOCAÍNA GELÉIA						ELETRODOS		PARAFUSOS ENDÓCRANIO	
ONDASENTRONA						EQUINO MACROGOTAS		PLACA	
PLASOL						EQUINO TRANSF. SANGUE		PLACA	
PROSTIONTE						EQUINO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA						ESPONJA DE PVP		() ASPIRADOR	
TENOXICAN						ESPADRAPO		() BISTURI ELÉTRICO	
						GAZES		() CAPNOGRAFO	
						GAZES ALGODADAS		() CARDIOMONITOR	
						GEL. ELETROLÍTICO		() DESFIBRILADOR	
						JELCO N°14		() FOCO AUDIAR	
						JELCO N°18		() FOCO CENTRAL	
								() MICROSCOPIO	
								() OXÍMETRO DE PULSO	
								() P.A. INVASIVÃO INVASIVA	
								() PERFURADOR ELÉTRICO	
								() SERRA	

CIRCULANTE

09-09-2017

08:17

CR 017-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

24 de setembro

Nome: Isaías de Lima Cruz BE/Prontuário: 1224873
 Idade: 24 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 23/02/2009
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Ttcc com fixação de luxação do cotovelo (D) + lesão do nervo (D)
 Cirurgião: Tibério Vanomark 1º Assistente: Carla
 2º Assistente: Rogério 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
LUXAÇÃO EXPOSTA COTOVELO (D)	
LESÃO NERVO ULNAR (D)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Limpeza cirúrgica + desbridamento	
Fixador externo	
Exploração nervo ulnar (D)	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Tibério Vanomark
 Especialista em Cirurgia da Mão
 CRM-PB 225.340-9 RQE 5489

João Pessoa, 23/02/2009

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em posição supina
2. Anestesia, antisséptico, colocação de curativos
3. Ferimentos externos nos antebraços e cotovelo

Incisão:

4. Realização de incisão 8/1 proximal + 10x5 2/2 laterais

Achados:

5. Identificação das de toda estrutura anatômica
6. Alteração na forma e volume da articulação

Conduta:

7. Exatidão na realização, observando as alterações na
8. Limpeza + Desbridamento da ferida
9. Monitorização da ferida externa transcorrida cotovelo
10. Sutura de pele + curativo
11. Realização do fechamento
12. Realização do fechamento

Fechamento:

Observação:

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia/Cirurgia da Mão
CRM-PB 8252/RQE 5453

23/02/2020

Médico/CRM:

João Pessoa, 1/1

HFE 1581

[illegible]



FICHA DE ANESTESIA

PRONTUÁRIO: 1224873

NOME: Isaias de Lima Gley
 SEXO:
 COR:
 IDADE: 24

ESTADO GERAL						RISCO CIRÚRGICO					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
BOM		REGULAR	MAU	PÉSSIMO		BOM		REGULAR	MAU	PÉSSIMO	

NAMES COMPLEMENTARIES L.P.A.

P. RESPIRATORIO AT PONTANA AP. CIRCULATORIO

P. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL	DROGAS EM USO
--------------	---------------	---------------

ANESTESICO	1 Vial	1	1	ESTADO LIBRE ASSA
------------	--------	---	---	-------------------

15 THORA
CÓ ÁSTICO HOÉ OVER TÓN

AGNOSTICO PRE-OPERATORIO: WILLIS WILLIS
 DATA REALIZADA: 10/01/2014 14:00

RECARGO REALIZADA 122 10/11/2015 10:11:15

URGIAO	18:03	TERMINO DA ANESTESIA	17:00	DURACAO DA ANESTESIA
--------	-------	----------------------	-------	----------------------

ICIO DA ANESTESIA	15,00	TERMINO DA ANESTESIA	17,00	VALORES DE
		QUANTIDADE DE		VALORES DE

CODIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALOR
8.10.16	500	500,00

TESTESISTA Dr. W. B. Coulter

27	2014	15.00
----	------	-------

Dr. José Ribamar Lezario
Médico Anestesiologista
CRM-PB 5194

Handwriting sample showing cursive letters 'w' and 'n' on a grid. A vertical scale on the left indicates measurements from 80 to 220. The letters are written in two rows, with the top row containing 'w' and the bottom row containing 'n'.

RS	RS	RS	RS	RS
1000	500	100	100	

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RADIOLÓGICA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQUEO ☐ BLOQUEIO DE NERVOS ☐ OUTROS

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico

1	2000	2000	11
2	2000	2000	12
3	2000	2000	13
4	2000	2000	14
5	2000	2000	15
6	2000	2000	16
7	2000	2000	17
8	2000	2000	18
9	2000	2000	19
10	2000	2000	20

① Pré-visualização, 50+ W-8,0 anexado
Mantendo VCU, estouro Hemodin

ASSIGNED TO: DO NOT WRITE

Dr. José Ribamar Lezario
Médico Anestesiologista
CRM-PB 8194

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1226718168

1226718168

EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO



DOC CONTINUED / ONE PAGE OF
221582R

DOC CONTINUED / ONE PAGE OF
221582R

— C19

037.645.454-70

— DISEASE PREVENTION
01/01/1980

ПРИЛОЖЕНИЕ

MARIA GONCALVES DO
NASCIMENTO

— **PSN Member**

1999

CALLING

02/12/2020

02/12/2020

1ª EMISSÃO
26/08/2004

1ª EMISSÃO
26/08/2004

CASEY, JAMES

Drummond, p. 66, remarks

REPORTING ON THE FUTURE

JOAO PESSOA, PE

JOAO PESSOA, PE

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

09/12/2015

85865286094
P8031759670

85865286094
P8031759670

MOULDING PLASTIC

1226718168

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
Nº 015455852675
VIA 1 0049735519-1 00/00000000 2019
ISAIAS DE LIMA CRUZ

10285123416

NOVO PB 9C2HC1420DR009322

PAS/MOTONETA/NAO-APLIC

HONDA/BIZ 100 ES

2 P/97 /CI PARTIC VERMELHA

00/00/0000

SEGURO PAGO 27/09/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO

CABEDELO-PB 30/09/2019

15245 31534

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015455852675 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORAIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 30/09/2019

1 10285123416

0497355191 HONDA/BIZ 100 ES

2012 9 9C2HC1420DR009322

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO

27/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

31534-1352044-28190930



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200280623 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS DE LIMA CRUZ **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação exposta do cotovelo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no cotovelo direito, limitação moderada da extensão do cotovelo, hipotrofia muscular do braço, deficit de força motora em grau médio do cotovelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico de urgência com limpeza cirúrgica, desbridamento, colocação de fixador externo trans-articular no cotovelo direito.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/08/2020

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200280623**

Nome do(a) Examinado(a): **ISAIAS DE LIMA CRUZ**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua São Gabriel, 34 - Cabedelo - PB - CEP 58108-354**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **4140320**

Data e local do acidente: [**23/02/2020**] **BR 230, KM 09 MUNICÍPIO DE CABEDELLO-PB**

Data e local do exame: [**17/08/2020**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Luxação exposta do cotovelo direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no cotovelo direito, limitação de 50% da extensão do cotovelo, hipotrofia muscular do braço, déficit de força motora em grau médio do cotovelo direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

Realizado tratamento cirúrgico de urgência com limpeza cirúrgica, desbridamento, colocação de fixador externo trans-articular no cotovelo direito.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Apresenta hipotrofia muscular do braço, limitação de mobilidade do cotovelo direito, déficit de força motora em grau médio do referido cotovelo.

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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Cotovelo Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

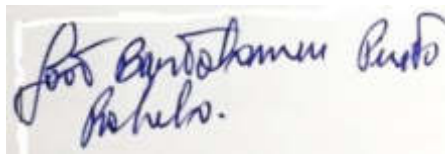
Região Corporal (Sequela):

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

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 a valoração do dano corporal.



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB

PROCURAÇÃO

Outorgante: ISAÍAS DE LIMA CRUZ, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão PROMOTOR DE VENDAS, residente e domiciliado à Rua SÃO GABRIEL, nº 634, bairro RENASCER III, Município de CABEDELO, Estado de(o) PARAIBA, Cep: 58.108-354, portador(a) do Rg nº 4.140-320, SSP/ e CPF nº 102.851.234-16.

Outorgado: Evandro g. de Noroiment, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão MILITANTE, residente e domiciliado(a) à Rua P. da L. M. Quaresma, nº 304, bairro Jardim Europa, Município de Santa Rita, Estado de (o) P.B., Cep. 583000, portador (a) do RG nº 2215.828 SSP/ P.B. e CPF nº 034.645.454-40.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ISAÍAS DE LIMA CRUZ, ocorrido em 23.1.02.2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza INVESTIGAÇÃO.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

CABEDELO 02, de JULHO de 2020.



Outorgante

CPF Nº 102.851.234-16

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Figueirêdo Dornelas Serviço Notarial e Tabelionato
1º Ofício de Notas e Protestos de Recibo e Cédulas
Rua Central-Parque 02 - Centro - CEP: 58100-000 - PARAIBA

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de
ISAÍAS DE LIMA CRUZ
Em test. da verdade, Cabedelo-PB 02/07/2020 10:52:59
Stefany Dornelas de Melo - Substituta
[2020-004944] EMBL:R\$ 10,22 FARPEN:R\$ 0,39 FEPJ:R\$ 2,04 ISS:R\$ 0,01
SELO DIGITAL: ARC60556-EA67
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.jus.br>

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220240/20

Vítima: ISAIAS DE LIMA CRUZ

CPF: 102.851.234-16

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 23/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISAIAS DE LIMA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO : 037.645.454-70

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ISAIAS DE LIMA CRUZ : 102.851.234-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/08/2020
Nome: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO
CPF: 037.645.454-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO