



05/08/2021

Número: **0805897-25.2020.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **03/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ISAIAS DE LIMA CRUZ (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46728 022	05/08/2021 15:12	Petição	Petição
46728 026	05/08/2021 15:12	2755865_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
46728 028	05/08/2021 15:12	2755865_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 16017092





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01133/01134 - carta_02 - INVALIDEZ

00060567



Carta nº 16033471



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/08/2021 15:12:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080515125697200000044385761>

Número do documento: 21080515125697200000044385761



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 ASL: 102-851-234-16 3 - CPF da vítima: 102-851-234-16 4 - Nome completo da vítima: Ysaías de Lima Cruz

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

5 - Nome completo: Ysaías de Lima Cruz 6 - CPF: 102-851-234-16
7 - Profissão: Empregado 8 - Endereço: R. São Gabriel 9 - Número: 34 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Remédios 12 - Cidade: Cabedelo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58108354
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 94723-2644

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 (Sem juros sobre juros - unificada - Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (1) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0036 13 CONTA: 42384 1 AGÊNCIA: 0036 13 CONTA: 42384 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/compensação do Seguro DPVAT a que eu tive direito, reconhecendo e dando, desde já e somente a esta eleição, a validade e a validade 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS 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 - Último filho nome(s) e data de nascimento: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 31 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, por indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, e quando, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do 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:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5-001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (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 DIREITA 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-18h). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 045352.01.2020.0.00.704

1/2



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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

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.



Nº 045352.01.2020.0.00.704

2/2





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 ASL: 102-851-234-16 3 - CPF da vítima: 102-851-234-16 4 - Nome completo da vítima: Ysaías 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: Ysaías de Lima Cruz 6 - CPF: 102-851-234-16 7 - Profissão: Empregado 8 - Endereço: R. São Gabriel 9 - Número: 34 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Remédios 12 - Cidade: Cabedelo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58108354 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 94723-2644

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: ☒ RECUO INFORMAR ☒ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 (Sem juros sobre juros - Informe uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (1) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0036 13 CONTA: 42384 1 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/compensação do Seguro DPVAT a que eu tive direito, reconhecendo e dando, desde já e somente a esta eleição o 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 ÚNICOS 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 - Último filho nomeado(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 31 - Se tinha irmãos, informar falecidos: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, por indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, e, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira, poderá gerar a obrigação do ressarcimento do 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)

FP5-001 V002/2019





VISTO EM: 20/07/2020

FERNANDA DINIZ L. de C. Barros

N/I COBQOBM

Col. Matrícula 525.961-7

**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 AP-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,  auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


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





Automatisches 00002796138

NOME: MARIZELIA DA SILVA
CPF: 049.953.484-95
DATA DE VENCIMENTO: 03/FEV/2020
DATA DE PAGAMENTO: 02/MAR/2020
VALOR NOMINAL: 185,30
JURS: 0,00

www.singian.com.br

BY CHITRA RANI
1-554-08

533-8

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dif.
Data	Leitura	Data	Leitura			
01/01/2000	100	01/01/2000	100			
01/02/2000	105	01/02/2000	105			
01/03/2000	110	01/03/2000	110			
01/04/2000	115	01/04/2000	115			
01/05/2000	120	01/05/2000	120			
01/06/2000	125	01/06/2000	125			
01/07/2000	130	01/07/2000	130			
01/08/2000	135	01/08/2000	135			
01/09/2000	140	01/09/2000	140			
01/10/2000	145	01/10/2000	145			
01/11/2000	150	01/11/2000	150			
01/12/2000	155	01/12/2000	155			
01/01/2001	160	01/01/2001	160			
01/02/2001	165	01/02/2001	165			
01/03/2001	170	01/03/2001	170			
01/04/2001	175	01/04/2001	175			
01/05/2001	180	01/05/2001	180			
01/06/2001	185	01/06/2001	185			
01/07/2001	190	01/07/2001	190			
01/08/2001	195	01/08/2001	195			
01/09/2001	200	01/09/2001	200			
01/10/2001	205	01/10/2001	205			
01/11/2001	210	01/11/2001	210			
01/12/2001	215	01/12/2001	215			
01/01/2002	220	01/01/2002	220			
01/02/2002	225	01/02/2002	225			
01/03/2002	230	01/03/2002	230			
01/04/2002	235	01/04/2002	235			
01/05/2002	240	01/05/2002	240			
01/06/2002	245	01/06/2002	245			
01/07/2002	250	01/07/2002	250			
01/08/2002	255	01/08/2002	255			
01/09/2002	260	01/09/2002	260			
01/10/2002	265	01/10/2002	265			
01/11/2002	270	01/11/2002	270			
01/12/2002	275	01/12/2002	275			
01/01/2003	280	01/01/2003	280			
01/02/2003	285	01/02/2003	285			
01/03/2003	290	01/03/2003	290			
01/04/2003	295	01/04/2003	295			
01/05/2003	300	01/05/2003	300			
01/06/2003	305	01/06/2003	305			
01/07/2003	310	01/07/2003	310			
01/08/2003	315	01/08/2003	315			
01/09/2003	320	01/09/2003	320			
01/10/2003	325	01/10/2003	325			
01/11/2003	330	01/11/2003	330			
01/12/2003	335	01/12/2003	335			
01/01/2004	340	01/01/2004	340			
01/02/2004	345	01/02/2004	345			
01/03/2004	350	01/03/2004	350			
01/04/2004	355	01/04/2004	355			
01/05/2004	360	01/05/2004	360			
01/06/2004	365	01/06/2004	365			
01/07/2004	370	01/07/2004	370			
01/08/2004	375					

Demonstrative

	2017年12月31日	2017年12月31日	2017年12月31日	2017年12月31日	2017年12月31日	2017年12月31日	2017年12月31日
	人民币千元	人民币千元	人民币千元	人民币千元	人民币千元	人民币千元	人民币千元
流动资产	102,000	101,000	27	15,81	131,29	1,21	0.08
非流动资产	1,24	0,24	0	0.87	3,34	0,03	0.15
流动资产和非流动资产	103,24	101,24	27	16,68	134,63	1,24	0.23
流动负债	10,50	0,00	0	0.00	0,00	0,00	0.00
非流动负债	0,00	0,00	0	0.00	0,00	0,00	0.00
流动负债和非流动负债	10,50	0,00	0	0.00	0,00	0,00	0.00

Madia stricta Moench, R. & W. H.

VENCIMENTO

TOTAL AVERAGE

03/02/2020

R\$ 185,30

Histórico de Consumo (kWh)

25 SEP 1996

7c02 cb64 7092 e38a 8f13 3bbc 83dc 77fd

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
Dist. Média	4,83	0,00	
Id. Transmissão	9,57		
Id. Rede	13,14		
Id. Rede - 140kV	7,17	0,00	
Id. Rede - 140kV	4,25		
Id. Rede - 140kV	7,76		
Id. Rede - 140kV	4,44		
Id. Rede - 140kV	12,27	0,00	

Copyright © 2005 by Elsevier Inc.

Discriminação	Valor (R\$)	%
Despesas de Out. de Energia PE	24,50	19,65
Consumo de Energia	45,73	24,88
Consumo de Combustível	6,19	2,90
Consumo Industrial	5,26	2,81
Impostos, Oneros e Encargos	57,70	31,14
Outros Cargos	36,50	19,70
Total	186,30	100,00

ATENÇÃO

• **AudiO** Primeiro episódio da série **DESTINO: AMÉRICA**, apresentado durante os minutos seguintes antes a qualquer transmissão de rádio de João Paulo de Oliveira e da série de rádio de uma semana durante a qual ele não pagou.

Faturas em branco

Nov/19 204.87



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			
003 009.300.0356.000	000	Potencial	Consumo	Instalado	Exigido
		1	0	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
Y11F976599	20/03/2019	EXT LACK	LIGADO	POTENCIAL	
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA		
40	46	6	31 25/08/2020		
HIST. CONS./ANOS. 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			0,75		
ACRESCIMOS MES(ES) ANT. 05/2020			0,06		
JULROS DE MORA 05/2020					
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 2,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12					
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 USUÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONA VÍRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS E AGENCIA VIRTUAL (CAGEPA.PB.GOV.BR)



CAGEPA
COMPANHIA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E ESGOTO DE PONTA GROSSA

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 Duvidória: 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/BIBLIOTECAWEB/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
Isaias de Lima Cruz inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.851.234 - 16
do sinistro de DPVAT cobertura Unidade da Vítima Isaias 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 Guararima</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

DLRL001 V001/2017





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 palpebra 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

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





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1224873



Identificação do paciente			
ID 1104406	Nome ISAIAS DE LIMA CRUZ	Sexo Masculino	
Data de nascimento 31/08/1995	Idade 24 anos 6 meses 26 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião EVANGELICA
Mãe MARIZELIA DE LIMA CRUZ	Prontuário 121289		
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Pai JOAO LEITE DA CRUZ		
DDD Celular 83	Celular 986692901	DDD	Telefone
Tipo documento CPF	Número documento 10285123416	Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)	
Local de procedência CABEDELO	Nº Cns 704105243723750		
	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 RENASCER 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 []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA			Tempo

Imprimir



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Enviado a: **Sección de** **Administración**



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

AV. ORESTES LISBOA, 55 - 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				
Local 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 16:48:33	Número da pulseira 1000008836518	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco			Origem do paciente RODOVIA			
Local 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			
Meio de transporte SGATE - BOMBEIROS	Quem transportou					
Sinais Vitais						
X mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia [+]
Dados clínicos Pct fraturado pelo asado, fraturado no osso cabedelo, curatado.						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo

Imprimer





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 10 ML (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)

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





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: 2592262

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 RENASÇER 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. IEUOPRAXIA 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 NEUROPRAXIA 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 MAXIMA 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 da Mão
CRM: 8252/RQE 5489

Enfermeiro

TIBÉRIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sejam todos
PARAIBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - 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) 987786592
Mãe MARIZELIA DE LIMA CRUZ		CNS 704105243723750	Prontuário
Endereço SÃO 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 MENDONÇA	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, LÁBIO 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 ORBITA 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

Otávio Bruno Grisi L. Mendonça
Cirurgia e Traumatologia
Rua Manoel ...
OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONÇA
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
ISAÍAS 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

Data/Hora Entrada

23/02/2020 10:48:33

CNS

704105243723750

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 987786502

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional

6628/PB

Bairro

RENASCE III

Município

CABEDELO

Profissional

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO

Data/Hora Prescrição

23/02/2020 12:58:20

Idade

24a 5m 23d

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

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
Secretaria Municipal de Saúde



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

Senador Humberto Lucena



Sumaré
PARAIBA
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	Icade 24	Sexo Masculino	CNS 704105243723750
Tempo de Internação 24d 16h 52min		Convênio SUS	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	Plantão DIURNO
			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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/08/2021 15:12:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080515125697200000044385761>

Número do documento: 21080515125697200000044385761

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: ISAÍAS 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:

DIAGNOSTICO POS-OPERATORIO	CID
LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	CODIGO
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE COTOVELO DIREITO	

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



HEETSHI

HEETSHI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA	
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								

Dra. Mayra Costa
Médica
PRM 12/92

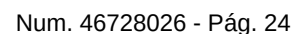
João Pessoa,

13/3/2020



RECEIVED

CIRCULANTE
1987-09-29 N° 13
1987-09-29 N° 13
1987-09-29 N° 13





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 13/02/2020

PRONTUÁRIO:

SEXO: M CORP:

IDADE: 24 anos

PACIENTE: Isaias de Lima Cruz

PRESSÃO ARTERIAL 150x90 PULSO 100 RESPIRAÇÃO MVC TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO (X) (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES: rncados

AP. RESPIRATÓRIO: espaiçao

AP. CIRCULATÓRIO: estável

AP. DIGESTIVO: jejum

ESTADO MENTAL: orientado

DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO:

DOSE/HORA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Retirada de fixação em cotovelo (D)

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO: Dr. Rodrigo Amaral

Dr. Sosen (R2)

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:30

TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:00

DURAÇÃO DA ANESTESIA: 30 min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE DROGAS:

VALORES R\$:

ANESTESISTA: Dra. Fabrezza

CPF: 000.000.000-00

CRM-RB:

ANESTESIA:

14:30 15:00

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

ANESTESIA GERAL

RAQUIDIANA

EPIDURAL

BLOC PLEO

BLOC NERVOS

OUTROS

sedação

TÉCNICA

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

N.º:

Dra. Adriana Lobato Azevedo

Médica

CRM 4572

ASSINATURA DO ANESTESISTA

FUNÇÃO DO ANESTESISTA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Dr. Tiberio

Nome: Isaías de Lima Cruz BE/Prontuário: 1224873
 Idade: 24 Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 23/02/2020
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de luxação (D) e lesão do nervo (D)
 Cirurgião: Tiberio Vanomark 1º Assistente: Carla
 2º Assistente: Rafael 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>LUXAÇÃO EXPOSTA COTOVELO (D)</u>	
<u>LESÃO NERVO ULNAR (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Limpeza cirúrgica + desbridamento</u>	
<u>Fixador externo</u>	
<u>expondo nervo ulnar (D)</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM:

Dr. Tiberio Vanomark
 CRM-PB 2253 RQE 5489

João Pessoa, 23/02/2020

F(NG).ASCIR.009-I



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em posição supina
2. Braço, antebraço, cotovelo e punho estendidos
3. Flexão do antebraço sobre o cotovelo (C)

Incisão:

4. Incisão em S 8/1 proximal + duas 2/1 distais

Achados:

5. Identificação das estruturas anatômicas correspondentes ao punho do cotovelo + avaliação da musculatura flexora do punho distal do membro (C)
6. Artéria braquial e nervo mediano bem localizados

Conduta:

7. Exatidão nervo ulnar; observado das artérias no punho distal do membro e punho do antebraço
8. Limpeza + Desbridamento da ferida
9. Monitorar fixação externa transcutânea cotovelo (C)
10. Sutura da pele + pontos
11. Sutura da pele no final do procedimento.
12. Sutura da pele

Fechamento:

Observação:

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia/Cirurgia da Mão
CRM-PB 8222/RQE 5489

23/02/2020

Médico/CRM:

João Pessoa, 1/1

F(NG).ASCIR.009-1



JULSO
 NÃO INVASIVA
 ETRICO
 RCU...
 DE...
 F...
 ...



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR UF
 2215828 SSP PB

CPF
 037.645.454-70

DATA NASCIMENTO
 05/05/1979

MUNICÍPIO
 MARIA GONCALVES DO NASCIMENTO

PERMISSAO
 03360950005

VALIDADEZ
 07/12/2020

1ª EMISSAO
 25/08/2004

CONTINUAÇÃO

Assinado p. o. SUELIO MOREIRA TORRES

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
 09/12/2015

85865286094
 PB031759670

1226718168



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
Nº 015455852675
DATA 28/09/2019
VIA 0049735519-1 00/00000000 2019
EXERCÍCIO 2019

ISAIAS DE LIMA CRUZ

10285123416 OFF1084/PB

NOVO PB 9C2HC1420DR009322

PAS/MOTONETA/NAO-APLIC GASOLINA

HONDA/BIZ 100 ES 2013 2013

2 P/97 /CI PARTIC VERMELHA

00/00/0000 1º 2º 3º
PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
PAGAMENTO / COTAS 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
PAGAMENTO / COTAS 0

SEM RESERVA DE DOMINIO OBRIGATORIO

CABEDELO-PB 15245

30/09/2019 31534

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORITADAS OU NAU - 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.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 30/09/2019

1 10285123416 OFF1084/PB

00497355191 HONDA/BIZ 100 PZ

2012 9C2HC1420DR009322

PREMIO TARIFARIO
FAS (R\$) 00/00/0000
FAS (R\$) 00/00/0000
FAS (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
PAGAMENTO / COTAS 0

SEM RESERVA DE DOMINIO OBRIGATORIO

CABEDELO-PB 15245

30/09/2019 31534



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, déficit 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. Nexa 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

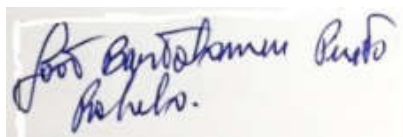
Região Corporal (Sequela):

% 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 RENASCE R 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 Maciel, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão MULATINHA, residente e domiciliado(a) à Rua Paulista do Quaxipia, nº 304, bairro Jardim Europa, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep. 583000, portador(a) do RG nº 2245828 SSP/ PB 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 23/02/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Invalidação.

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.

CABELO 02 de JULHO de 2020.



Outorgante

CPF Nº 102.851.234-16

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Tabelionato de Notas e Protestos de Paraíba
1º Ofício de Notas e Protestos de Paraíba
Rua do Brasil, 22 - Centro - CEP: 58050-000 - PARAIBA
Fone/Fax: (31) 3231-1142

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: ISAÍAS DE LIMA CRUZ

Em test. da verdade, Cabelo-PB 02/07/2020 10:52:59
Stefany Dornelas de Melo - Substituto
[2020-004944] TEMPL:R\$ 10.22 FARMEN:R\$ 0,30 FEPJ:R\$ 2,04 ISS:R\$ 0,51
SELO DIGITAL: AUC60556-EA6T
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.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

EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE CABEDELO/PB**

Processo n.º 08058972520208150731

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ISAIAS DE LIMA CRUZ**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CABEDELO, 3 de agosto de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/08/2021 15:12:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080515125774400000044385763>
Número do documento: 21080515125774400000044385763