



Número: **0843936-64.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36202898	03/11/2020 18:47	2759781_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 27 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200155160

Vítima: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

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, contatos 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,

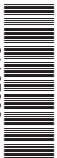
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15726220

Pag. 00225/00226 - carta_01 - INVALIDEZ

00020113





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 Maio de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200155160**

Vítima: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

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 tornozelo 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: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000041779-8

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:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

032.840.254-05 Severino Franceline de Souza

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

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\$1.000,00 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0922

CONTA: 41779

AGÊNCIA:

CONTA:

(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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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 tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura do segurado ou do beneficiário

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)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:47:24

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318472314900000034567931

Número do documento: 20110318472314900000034567931

loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

048-713229474-2

17/FEV/2020

HORA DE 15:23:16

LOT. 13.017058-3

TERM 055922

LOCALIDADE: SAPE

AG. VINCULADA: 0922

CONTROLE: 48402657

COMPROVANTE DE ABERTURA DE EQUIP CAIXA FACIL

NOME: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

AGENCIA: 0922

OPERACAO: 013

CONTA-CV: 000.000.041.729-8

DATA DA ABERTURA: 17/02/2020

LOTerias CAIXA

048-713229474-2

CA VIA

loterias CAIXA

loterias CAIXA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07347.01.2019.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07347.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:06 horas do dia 05 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Lídia Costa Veloso, matrícula 1560760, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Severino Francelino de Souza**, RG nº 329724206, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro (a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria de Lourdes Francelino, natural de Camaragibe/PE, nascido(a) em 12/08/1976 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Comendador Renato Ribeiro Coutinho, Nº 116, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Sapé/PB, telefone(s) para contato (83) 99641-0141.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Travessa Abílio Costa, Rua Nova, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/05/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 26/05/2019, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFM-6464/PB, CHASSI 9C2KD1000HR014915, REGISTRADA EM NOME DE ALINE BATISTA DOS SANTOS, NA RUA TRAVESSA ABILIO COSTA, RUA NOVA, SAPÉ/PB, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA NO MOMENTO EM QUE UM CACHORRO PASSOU A SAU FRENTE; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL SÁ ANDRADE, E APÓS ISSO TRANSFERIDO EM UMA AMBULÂNCIA AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 04/06/2019, CONFORME CERTIDÃO 1446/2019 ASSINADA PELA MÉDICA FABIANA FERNANDES DE ARAUJO.

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

João Pessoa/PB, 05 de outubro de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA
Noticiante

Procedimento Policial: 07347.01.2019.1.00.402



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: 3 - CPF da vítima: 032.840.254-05 4 - Nome completo da vítima: Severino Franceline de Souza

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

5 - Nome completo: Severino Franceline de Souza 6 - CPF: 032.840.254-05
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Comendador Renato R. Gentilino 336
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Sapé 13 - Estado: PA 14 - CEP: 58340-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

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\$1.000,00 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 41779 8 AGÊNCIA: CONTA:
(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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver 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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou do beneficiário não alfabetizado

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)

FPS.001 V002/2019



loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

048-713229474-2

17/FEV/2020

HORA DE 15:23:16

LOT. 13.017058-3

TERM 055922

LOCALIDADE: SAPE

AG. VINCULADA: 0922

CONTROLE: 48402657

COMPROVANTE DE ABERTURA DE EQUIP CAIXA FACIL

NOME: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

AGENCIA: 0922

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.041.729-8

DATA DA ABERTURA: 17/02/2020

LOTerias CAIXA

048-713229474-2

CA VIA

loterias CAIXA

loterias CAIXA





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Guilherme Francisco de Souza Data: 26/05/19
End.: _____
Bairro: _____ Cidade: João Pessoa
Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

Paciente vem do Hospital pelo qual vem de quadro de um caso, apresentando sintomas de instabilidade do HED, com sintomas de Tirotoide (desfalecimento), com um dos sintomas no hospital. Encaminhado, com melhor avaliação de saúde e da doença e com o diagnóstico de PA 100x80 de 23 FR 19 HST 176 SpO2 99, Bg 15.

CO: Admissão de 24h

Medicamento Administrado

Referenciado para: _____

Contra referência

Motivo: _____

Contra referência para: _____

Dr. Alysson Silva
MÉDICO

Assinatura e Carimbo Médico





PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 DE SAPE



PREFEITURA
MUNICIPAL DE SAPE
O FINEC 50 102 29.910

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	ID da Ocorrência	☐ USB ☒ USA	Nº / Equipe	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base	Hora de Chegada no Local
16/05/19	2459213		47		16:14 Hs	16:20 Hs
Paciente / Usuário				Idade	Sexo: ☒ Masc ☐ Fem	Telefone:
Severino Francisco de Souza				42		
Local da Ocorrência: ☒ Sape ☐ Mari ☐ Sobrado ☐ Riachão ☐ Outro:						
Logradouro				Bairro	Médico Regulador	
Travessa, Altiús Costa				Rua Nova	Fabrício	
Quantidade de vítimas no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USF ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ SMTRANS ☐ CPTRAN ☐ Outro:						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:						

Documento de identificação do paciente:

RG: : CPF: : CNS:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS	VALORES
Abertura ocular	Exponha-se A uma A uma Resposta
Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras incoerentes Palavras ininteligíveis Silêncio
Resposta motora	Obediência comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Não responde
TOTAL MAXIMO	15
TOTAL MINIMO	3
INTERPRETAÇÃO	II

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

☒ TRAUMA

Motivo:

Queda de moto

TIPO DE AGRAVO

☐ Acidente de Trânsito	☐ Pediatrico
☐ Agressão Física	☐ Psiquiátrico
☐ Desabamento / soterramento	☐ Caso clínico
☐ Eletrocussão	☐ Quase afogamento/ afogamento
☐ F.A.B	☐ Queda metros
☐ F.A.F (P.A.F)	☐ Queimaduras
☐ Gineco - obstétrico	☒ Outros: queda de moto
☐ Lesões térmicas	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ Doença mental
☒ Alcoolismo	☐ Doença renal
☐ AVE	☐ Drogas
☐ Cirurgias Realizadas	☐ Hipertensão arterial
☐ Convulsão	☐ Internamentos Anteriores
☐ Diabetes	☐ Medicamentos
☐ Doença Cardíaca	☐ Problemas respiratórios
☐ Doença Infecto - contagiosa	☐ Outros

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico: Hospital SA Andrade Responsável: x

Dr. Alysson Silva
MÉDICO
CRM 10105-PB

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de maior complexidade ☐ transferência simples ☐ outro:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: Responsável: Função:

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

☐ agitação ☐ alergia ☐ Ausência de pulso (central) ☐ Cianose ☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dificuldade respiratória ☐ dor local
☐ febre ☐ Inconsciente/ desmaio ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ outros:

1. DADOS VITAIS:

PA, Sistólica 110 PA diastólica 80 Pulso: FC: 73 FR: 19 TEMP: °C Glicemia: 176 SPO₂: 94 Glasgow: 15

2. VIA AÉREA

☒ Livre ☐ obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs:

VENTILAÇÃO

☒ Espontânea ☐ Parada respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular

EXPANSIBILIDADE

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

ACHADOS

☐ Crepitação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☒ Hálito etílico ☐ Outro:

3 - CIRCULAÇÃO

☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros:

EDEMA

Mayara de Andrade Silva
Coordenadora Geral
SAMU 192-PB



☒ Ausente () Palpebral () Membros Superiores () Membros Inferiores () Anasarca

PERFUSÃO

☒ Normal () Retardada (> 2 seg) () Ausente

PULSO

() Regular () Irregular () Fino ☒ Cheio () Ausente

ECG

() Normal () Alterado ☒ Não realizado

4- EXAME NEUROLÓGICO

() Agitação () Sonolência () Coma () Convulsão () Otorrágia () Rigidez () Midriase (normal)

5- EXAME GINECO - OBSTÉTRICO

() Abortamento () Hemorragia vaginal () Normal _____ Semana () Trabalho de parto () outros: _____

6- DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO MÉDICA:

7- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

() Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal Prejudicada () Confusão prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autonômica ☒
() Hipotermia () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada ☒ Medo () Intolerância prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Perfusão tissular cerebral ineficaz () Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de Perfusão tissular renal ineficaz () Termorregulação ineficaz () Tensão arterial prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos excessivo () Náusea () Social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação () Outros: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO/ INTERCORRÊNCIAS:

8- EVOLUÇÃO/ INTERCORRÊNCIAS MÉDICAS:

9- PROCEDIMENTOS

() Desobstrução vias aéreas () Intubação naso/orotraqueal () Cânula Orofaringea () Ventilação mecânica (man) () Inalação de oxigênio (O₂) () Drenagem torácica () Massagem cardíaca externa () Desfibrilação/ cardioversão () Curativo () Puncção venosa () Sonda gástrica ☒ Sonda vesical () Sedação ☒ Imobilização de membros ☒ Colar cervical () Outros: medicação

10- MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM):

ENCAMINHAMENTO

() Liberdade após atendimento () Recusa o atendimento () Óbito no local () Óbito durante o atendimento () Óbito durante o transporte

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☒ Decúbito dorsal () Decúbito lateral () Decúbito ventral () Sentado () Elevação de cabeceira (cabeça)

RECUSO

Nome: _____

Assinatura: _____

R.G: _____

Maya: _____

C: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: Paulo César A. de Souza

Enfermeiro(a): Paula Regal

Téc. de Enfermagem: _____

Condutor: Jamalyell

CRM: 77.304

COREN: 324076

COREN: _____

MAT: _____

MAT: _____

MAT: _____

MAT: _____

PERTECERES DA VÍTIMA

☒ NÃO

☐ SIM

Objetos: _____



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: 05/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000041779-8

Nr. da Autenticação 11623812BE7A1EE8

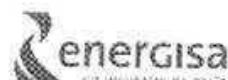


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da data de vencimento da energia elétrica Nº 039.055.051



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-000
CNPJ 03.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
MARIA DE LOURDES FRANCELINO AV COMENDADOR RENATO RIBEIRO COUTINHO 116 SAPE		5/175649-3		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2020	17/02/2020	91	26/02/2020	R\$ 37,09

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.812008 12211.965178 9 817700000003709				
Pagador: MARIA DE LOURDES FRANCELINO CNPJ/CPF: 854.974.104-30				
AV COMENDADOR RENATO RIBEIRO COUTINHO 116 - CENTRO - SAPE / PB - CEP 00000-000 58340 000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120012211965	000175649202002	26/02/2020	R\$ 37,09	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para ser usado para pagamento de uma ou mais contas de energia elétrica. Nº 037.641.380



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-4

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOÃO PESSOA		5/1698281-1		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	20/01/2020	227	27/01/2020	R\$ 193,47

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradonalider.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 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 88 | 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/618107EC4WEB/DUORIGINA.LASFX7TIPO-1&CODIGO-19636>

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 da Segura DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURADO. 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 Alexandrina Cesar Duarte
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Severina Franceline de Souza inscrito (a) no CPF sob o nº 032.840.254 05
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez na Vítima Severina Franceline de Souza
inscrito (a) no CPF sob o nº 032.840.254 / 05 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 de comprovante de residência do endereço informado. Este cliente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Lugar e Data:

João Pessoa - PB 20/03/2020

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





CERTIDÃO

Nº. 1446/2019

E V

Atendendo solicitação de MARIA CITHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº232653 e Prontuário Nº 2019.05.3159 pertencentes ao paciente **SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA** foi atendido dia 26/05/2019 às 19H45min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membros inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 04/06/2019. Com alta médica dia 05/06/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de agosto 2019


Dra. Fabiana F. de Araújo
Médica CRM PB 4516
CRM/PB 4516



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 232653

Atd: Nao Regulad

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI

Data: 26/05/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 19:45:27

58056-324 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERF

Clinica: ORTOPEdia

CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

Num. Prontuario: 2019.05.003159

CNS: 731430659057939 Sexo: M IDENTIDADE: 359724206 Fone: 996410141

Natural: CAMARAGIBE/PE Data Nasc.: 12/08/1976 Id: 42 ano(s)

End.: AVENIDA COMENDADOR RENATO RIBEIRO COUTINHO, 116

Barro: CENTRO Cidade: SAPE UF: PB

Pai: NAO DECLARADO

Mãe: MARIA DE LOUDES FRANCELINO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Reço.: MAE

Te/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL SA ANDRADE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vit. de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 17:00/SAPE

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

RE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Grado de Classificação de Risco: AMARELO

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ Aparentemente Bem | ☐ Grave |
| ☐ Politraumatizado | ☐ Convulsao |
| ☐ Hemorragia | ☐ Dispneia |
| ☐ Diarreia | ☐ Agitado |
| ☐ Regular | ☐ Chocado |
| ☐ Vomito | |

Observacao

PAV: FR:
EC: TI:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: Q2%:

La Principal

TRAUMA EM MLD, PROCEDENTE DE SAPE.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima queda de moto por uso de capacete, não sendo de consciência, presença de lesão contusiva em região parietal. Rigor de abdômen, presença de lesão (ferida) em membro inferior direito. Condição radiográfica para

com conduta cirúrgica pela cirurgia geral no momento. Solicitar avaliação neurológica.

Horario da medicacao

Marcelo Igor L. Gualberto
Cirurgião Geral
CRM/RB 12327

26/05/19 - 09:45h

CTBMF

Paciente, refere ter sido vítima
de acidente, moto colatada, sem uso
de capacete. Refere dor, náusea e vômito
e diarreia.

Data e Hora: PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

As exames de fezes obtiveram T-
em frontal.

Sem fraturas nos membros.

Respostas positivas, lesões dentárias
e ingestão de substâncias.

① Sutura

② Alteração CTBMF

cf. evolução, sem

Qtds	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Dr. Patrício Oliv
Cirurgião Buco-Maxilo
CRO/PB - 440

Reservado p/ Liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Opção: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

1. Maria da Glória Travassos

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Med





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Suane André de Souza Data da Admissão: 24/05/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
QPD: Pré e pós-operatório
HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

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

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

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

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HTF

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Dr. André Luís Siqueira
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 62300/3-0000071001 11/17

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Suelio Francisco</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>4/6/19</u>	Cirurgião: <u>T. Coelho</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>FX tíbia distal</u> (D)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>- Redução cruenta</u>					
<u>- F. fech. interna com</u>					
<u>placa 2/ tíbia distal</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- DDH sob magnificação
- Anestesia e Antissepsis
- Alargação do canal

Incisão:

Achados:

Conduta:

- ① Redução cruenta
- ② Fixação interna com Placa em "T" Pl. Titânio distal + Parafusos
- ③ 02 Parafusos intrafragmentares
- ④ Fechamento por planos
- ⑤ Revisão da neurolisia
- ⑥ Curativos
- ⑦ RX de controle
- ⑧ Tala gipsa

Fechamento:

OBS:

Data:

04/06/19

Dr. Aurélio de Sá Pinto
CRM 9743/PB

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangaheira II, João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:47:24

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318472314900000034567931>

Número do documento: 20110318472314900000034567931



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
PARTIDO NACIONAL DE HIGIENIZAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

ROD. IDENTIFICAÇÃO / CIVIL ENFERM. Nº
262773R SSP PS

CPF
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO
21/08/1982

PERIÓDO
ALEXANDRE DE ARAÚJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERIÓDO
ACC. DATA
16/01/2013 29/06/2001

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
894056231

PROBIBI PLASTIFICAR
894056231

DESTINAÇÃO

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
17/01/2014

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:47:24



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200155160 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 06 E 07.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200155160 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 06 E 07.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200155160 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 06 E 07.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: Severino Francelino de Souza, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão mecânico, residente e domiciliado à Rua Recomendados R. A. Coutinho nº 116, bairro centro, Município de Sape, Estado de(o) PB, Cep: 58340-000, portador(a) do RG nº 4.906.992, SSP/ e CPF nº 032.840.254-05.

Outorgado: Alexandria Fieber Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agem R. F. Silva nº 157, bairro Marabá, Município de Sape, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 2627218, SSP/ e CPF nº 046.502.754-14.

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) Severino Francelino de Souza, ocorrido em 26/05/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza im validade.

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.

Sape, 18 de deverio de 2020.



Severino Francelino de Souza

Outorgante

CPF Nº 032.840.254-05

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Feliciano da Silva
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Centro - Sape
Pósto: CEP 58340-000 - PB - 58340-000
Severino Francelino de Souza

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA
Em test. da verdade. Sape-PB 18/02/2020 15:53:32
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
(2020-001533) ENL:R# 10122 FAREN:R# 0130 FEP:R# 3.04
A: ADV16725-1111
Autenticidade em <https://selodnotarial.tpb.tus.br>

CARTÓRIO ÚNICO
Severino Francelino de Souza
Tabelião Substituto
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente
Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fone: (83) 3283-2341/943-3163
CPF 58340-000-Sape-PB



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120758/20

Vítima: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

CPF: 032.840.254-05

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 26/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA : 032.840.254-05

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: 23/04/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

