



Número: **0811263-18.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35913598	26/10/2020 15:36	2760286_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, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190530802

Vítima: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01723/01724 - carta_03 - INVALIDEZ

00010862



Carta nº 14775115





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, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190530802

Vítima: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o 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 ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: $12,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000001100**

Conta: **000007315-4**

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.

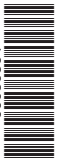
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00721/00722 - carta_15R - INVALIDEZ

00030361





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, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190530802

Vítima: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

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,

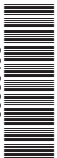
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14905011

Pag. 00991/00992 - carta_01 - INVALIDEZ

00350496



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: 0317805139 3 - CPF da vítima: 075.749.664-43 4 - Nome completo da vítima: Maria da Conceição dos Santos

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

5 - Nome completo: Maria da Conceição dos Santos 6 - CPF: 075749664-43
7 - Profissão: Informal 8 - Endereço: Rua Antonio Beneditino dos Santos 9 - Número: 346 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Graname 12 - Cidade: Jacuiz de Pedras 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58068375
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (93) 995928028

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 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)

AGÊNCIA: 4100 CONTA: 7315 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (vulgarmente)? ☐ 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

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: _____

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____



40 - Local e Data, Jacuiz de Pedras 13-09-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10580.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10580.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:13 horas do dia 12 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu **Maria da Conceição dos Santos**, nacionalidade brasileira, filho(a) de Luzia dos Santos e Francisco Geraldo dos Santos, natural de Areia/PB, nascido(a) em 02/12/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Motorista Antonio Belarmino dos Santos, Nº 346, complemento AP. 102, RESIDENCIAL IRMÃ DULCE, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Caixa D' Água, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99115-3837.

Dados do(s) Fatos:

Local: Campo dos Santos, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/05/19 08:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN, COR VERMELHA, ANO E MODELO 2012, DE PLACA OFD-9314/PB, CHASSI 9C2KC1670DR426484, DE PROPRIEDADE DO SENHOR MANOEL BELO FILHO, CPF 237.498.064-20; QUE A MOTOCICLETA ERA CONDUZIDA PELO SENHOR MARCIO FRANCISCO PEREIRA; QUE A NOTICIANTE/VÍTIMA SOFREU LESÕES, SENDO SOCORRIDA E ENCAMINHADA, PELOS BOMBEIROS, AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; QUE ESTE HOSPITAL EMITIU LAUDO MÉDICO, ASSINADO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB; QUE CONSTA NO LAUDO MÉDICO O CID 10 S42.2 + S42.3; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARECER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 12 de setembro de 2019.



Maria da Conceição dos Santos
MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 10580.01.2019.1.00.401



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0317805/139 3 - CPF da vítima: 075.749.664-43 4 - Nome completo da vítima: Maria da Conceição dos Santos

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

5 - Nome completo: Maria da Conceição dos Santos 6 - CPF: 075749664-43
7 - Profissão: Informática 8 - Endereço: Matriz de Antonio Beltrão dos Santos 9 - Número: 346 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Guararapes 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58060-375
15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): (93) 993928028

DADOS CADASTRAIS

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 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: -

AGÊNCIA: 1100 CONTA: 7315 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: - CONTA: -
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 - 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 (vários)? ☐ 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 LIDER 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.

NÃO PRELIMINAR

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
13 SET. 2019
39 - 2ª | Nome: -
CPF: -
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

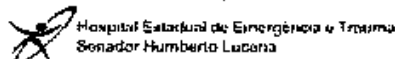
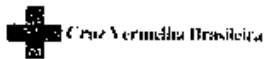
40 - Local e Data, João Pessoa 13-09-2019

Maria da Conceição dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



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

Boletim de Atendimento: 1166012



Identificação do paciente

ID 1407293	Nome MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS	Sexo Feminino
Data de nascimento 03/12/1988	Idade 30 anos 5 meses 28 dias	Estado civil Provisório
Mãe LUZIA DOS SANTOS	Paí FRANCISCO GERALDO DOS SANTOS	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARCIO FRANCISCO - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 891163837	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência COLINAS DO SUL		Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade AREIA	UF PB
		CBOR

Endereço

CEP 58068375	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS
Número 346	Complemento	Bairro GRAMAME	

Admissão

Data e Hora 29/05/2019 09:10:46	Número da pulseira 1000007557933	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente TRABALHO	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS



Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 130 x 80 mmHg	Pulso 90	Temperatura 98
------------------	----------	----------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos

Paciente admitido, trouxe pelo bombeiro, com queixa de dor no ombro direito, segue p/ hospital ex-ANA Flávia Melo

COREN-PB 416.160-ENF

Diagnóstico	CID
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO	Tempo 01min 54seg

Imprimir

29/05/2019 09:08



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:	01/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01100

CONTA: 000000007315-4

Nr. da Autenticação 4BCA84F90FE311B4



MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS
RUA MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS 40/910-71 B.C. 03 AP 1001 GRANDE BARRA D'ÁGUA
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58088276 (AG 1)

Ligação MONOFÁSICO

Car/Sbc. RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA

Roteiro: 1 - 2 - 901 - 3359

Medidor: 00008358119

Referência: Jun / 2019

Emissão: 03/06/2019

ENERGISA PARAIBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR220, Km 25 - Centro Radiante - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.193/0001-40 - Ins. Est. 18.916.920-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 025.043.411

Cód. para Débito Automático: 00015750490

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

Conta referência a	Apresentação	Data prevista da próxima fatura	CPF/CNPJ/RANI
Jun / 2019	03/06/2019	04/07/2019	076.749.664-43 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1575049-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	03/12/88
NOME DA MÃE	LUZIA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	116.027
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.166.012
DATA DO ATENDIMENTO	29/05/19
HORA DO ATENDIMENTO	09:10
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DE ÚMERO ESQUERDO
CID 10	S42.2 + S42.3



AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e limitação de movimentos do ombro direito. Presença de fratura de tuberosidade maior do úmero direito, com indicação de tratamento cirúrgico. Internação para cirurgia. Operada e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito
TC de ombro direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de úmero proximal direito(tuberosidade maior).

TRATAMENTO:

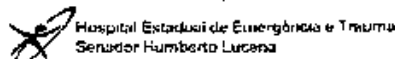
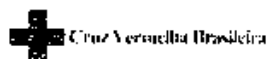
Tratamento cirúrgico para luxação de fratura de úmero proximal direito.

ALTA HOSPITALAR:	06/06/19
DATA DA EMISSÃO:	02/08/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





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

Boletim de Atendimento: 1186012



Identificação do paciente			
ID 1407293	Nome MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS	Sexo Feminino	
Data de nascimento 03/12/1988	Idade 30 anos 5 meses 28 dias	Estado civil	Religião
Mãe LUZIA DOS SANTOS	Pai FRANCISCO GERALDO DOS SANTOS		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARCIO FRANCISCO - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991153837	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência COLINAS DO SUL		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade AREIA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58068376	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS
Número 346	Complemento	Bairro GRAMAME	
Admissão			
Data e Hora 29/05/2019 09:10:46	Número da pulseira 1000007557933	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente TRABALHO		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA 130	x 80	mmHg	Pulso 90
			Temperatura 98
Exames complementares			
Rolo X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Paciente admitido, trojou pelo bombeiro, com queixa de dor no ombro, refere dor no ombro D, dor p/ mobilizar o ombro. Ana Flávia Melo COREN-PB 416.190-ENF			
Diagnóstico			CID
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO			Tempo 01min 54seg



Imprimir

29/05/2019 09:08





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS	BAE 1166012	Data/Hora Entrada 29/05/2019 09:10:46	Data Baixa
Data de nascimento 03/12/1988	Idade 30a 5m 28d	Sexo Feminino	CNS
Mãe LUIZIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 991153837
Endereço MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS, 346	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE ROGACIANO MACHADO GOUTO	Nº Cons. Regional 185222/SP
Data/Hora Classificação 29/05/2019 09:10:46		Data/Hora Prescrição 29/05/2019 15:57:53	

Anamnese

#Ortopedia#

Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando dor e limitação do ADM em ombro direito
Radiografia inconclusiva

CD: Solicito TC de ombro direito

SOLICITADO INTERNAÇÃO POS AVALIAÇÃO DA TC POR DR MURIBE

CD:INTERNAÇÃO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H

Diluir

AMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

CUIDADOS

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

10/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=602736&pesquisa=S&perform=imprimir... 1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:36:13

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615361384400000034297599

Número do documento: 20102615361384400000034297599

29/05/2019

HEESH - Primeiro Atendimento - Prontuário Eletrônico Ambulatório - TMed

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

PROCEDIMENTO

TIPOIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Internar Paciente

Boletim registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em 29/05/2019 09:12:40

MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)

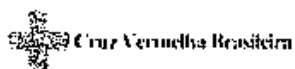


80/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&periodo=imprimir&id=662736&pesquisa=S&cerfame=imprimir... 2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:36:13
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615361384400000034297599
Número do documento: 20102615361384400000034297599

Num. 35913598 - Pág. 14



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS	BAE 1166012	Data/Hora Entrada 29/05/2019 09:10:46	Data Baixa
Data de nascimento 03/12/1988	Idade 30a 5m 26d	Sexo Feminino	CNS
Mãe LUZIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 991153837
Endereço MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS, 346	Bairro GRAMAME	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MOURIBE ARRUDA FELINTO	Nº Cons. Regional 7522/PB
Data/Hora Classificação 29/05/2019 09:10:46		Data/Hora Prescrição 29/05/2019 10:04:23	

Anamnese

#Ortopedia#

Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando dor e limitação do ADM em ombro direito

-Radiografia inconclusiva

CD: Solicito TC de ombro direito

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

Conduta

Em observação

MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

Mouribe Arruda Felinto
Ten.MED-Idt 0702099755/MO
MOURIBE ARRUDA FELINTO
(CRM: 7522/PB)



Bolletim registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em 29/05/2019 09:12:40



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:36:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615361384400000034297599>

Número do documento: 20102615361384400000034297599



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS	BAE 1166012	Data/Hora Entrada 29/05/2019 09:10:46	Data Baixa
Data de nascimento 03/12/1988	Idade 30a 5m 28d	Sexo Feminino	CNS
Mãe LUZIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 991153837
			Prontuário
Endereço MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS, 348	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 29/05/2019 09:10:46		Data/Hora Prescrição 29/05/2019 09:25:14	

Anamnese

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM QUEIXAS DE
DORES EM OMBRO D
SEM OUTRAS QUEIXAS

MEDICAÇÃO

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

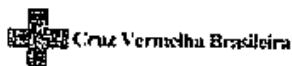
Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 3792/
038 003782

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(: 3792/PB)



Relatim registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em 29/05/2019 09:12:40





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 30/05/2019 09:48:50

Nome MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1166012	Data/Hora Entrada 28/05/2019 09:10:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/12/1988	Idade 30	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação 17h 27min	Convênio SUS	Prontuário 116027	Plantão DIURNO
Data de Entrada 28/05/2019 09:10:46	Data Internação 29/05/2019 16:21:45	Permanência na Unidade: 1d 38min	Permanência no Leito: 17h 27min

EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 30/05/2019 09:48:35)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

#FRATURA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEROS DIREITO

EXAMES OK

CD: AGUARDA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 004

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

Dr. Edson D. Tinoco
Médico Ortopedista
CRM: 7142





SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Htop

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Htop

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ex 3.5 + me - 01

PARAFUSO CANCELADO ROSA 32 N° 36-01

FIO DE KC 1.0-4

" " 1.5-2

" " 2.0-2

} Guia



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/06/19

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Moisés J. Correia da Costa BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino ☒ Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Raul 1º Assistente: Dr. Tiago
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Dr. Everton Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de osso maxilar direito</u>	
<u>(Tuberculose Maxilar)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento Cirúrgico de fratura de osso maxilar direito.</u>	

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

Biopsia de Congelamento: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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



Médico/CRM: _____

Dr. Tiago Martins Formiga
CRM 158.751/2014 CBO 36.22
Especialista em Cirurgia

João Pessoa, 04/06/19.

F(NG).ASCIR.009-1



[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- * Dorso ou decúbito dorsal sob anestesia geral
- * Anestesia: Autoneupria

Incisão:

- * Anestesia ol. Couro operatório.

Achados:

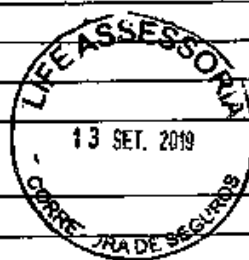
- * Lesão lateral no corno lateral transmittido
- Redução de fratura ⊕ fixação com

Conduta:

- * Lombar C6/7 25mm ⊕ Anest. do
- compun.
- * Lombar C6/7 25mm.
- * Fechamento da lase
- * Pustion cirúrg.

Fechamento:

Observação:



Médico/CRM:

Dr. Fátima Martins Formiga
Osteopata e Neuropatologia
8085 Cr. 18/12/2017 CRM-PE
1501 14030

João Pessoa, 04/06/19

F(NG).ASCIR.009-1







Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 075.749.664-43

Nome MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

Nascimento 03/12/1988

VÁLIDEM TODOO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 33433

DATA DE EXPEDIÇÃO 28 JUL 2005

NOME MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

FILIAÇÃO Francisco Geraldo dos Santos

Luzia dos Santos

Areia.PB

DATA DE NASCIMENTO 03.12.1988

NATURALIDADE

Origem Cert.Nasc.4.152.Fls.371.Liv.A

6.Cert.Dist.Mata Limpa.Areia.PB.

CPF

Elton Moreira

DIR. DEPT. D. ASSINATURA DO DIRETOR

GEN 776002200003



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAOS SEGURO DPVAT

PB Nº 013152534352 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

2017 05/05/20

23749806420 OFD9314 B

00496629355 HONDA/CG 150 VNM EBI

2012V 919C2HC1670D8A126/8310P/31

PREMIO TARIFARIO

SEGURO P A G O

13870-15-6651-40170505

04/05/20

CONTRAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

013152534352

201705000046900

13870-15-6651-40170505

000000000

MANOEL BALC FILHO

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420

23749806420



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190530802 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/05/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P1,P9 E P12).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO 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 MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-123



Marcio Francisco Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ESTADO DA PARAÍBA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.139.612

-2 VIA DATA DE
EXPEDIÇÃO

04/02/2019

NOME

MÁRCIO FRANCISCO PEREIRA

FILIAÇÃO

MARIA DA PENHA PEREIRA

NATURALIDADE

SAPÉ-PB

DATA DE NASCIMENTO

20/12/1986

DOC ORIGEM

NASC.N.25914 FLS.432 LIV.A/26

CARTORIO SAPÉ-PB

CPF

106.000.384-83



A +

LIVRO PEREIRA FLS.432/83

Cartório de Registro

Civil e Criminal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-005



ASSINATURA DO TITULAR

Suelio Moreira Torres Filho

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 673.233 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 11/05/2011

NOME MANOEL BÉLO FILHO

FILIAÇÃO MANOEL BELO DA SILVA
MARIA DA SILVA

NATURALIDADE SApÉ-PB DATA DE NASCIMENTO 08/02/1961

DOC ORIGEM CASAM N.1063 FLS.159 LIV.B-03
CARTORIO SApÉ/PB

CPF 237.498.064-20

João Pessoa - PB

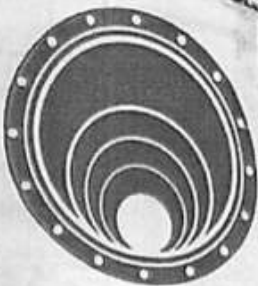
Isracl Apollano da Silva Neto
ASSINATURA DO DIRIGENTE, o Crim.

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MÚSICA DO BRASIL

LIFE ASSESSORIA
28 SET. 2011
CORPORAÇÃO DE SEGUROS





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

26436973

REFERÊNCIA

SET/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MANOEL BELO FILHO
RUA DR JOAO CASTRO PINTO, 307 - JOSE P DOS SANTOS
SAPE PB 58340-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
066.007.090.1253.000	000	1	0	0	0	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 01315253

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PRT 20170800004690-1

COD. RENAVAL 410049642065-5 00/00000000

NOME MANOEL BELO FILHO

23749806420 PLACA NOVO 9C2KC1670DR426484

PLACA ANT / UF CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NÃO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO SHONDA/CG 150 FAN ESTE 2012

CAP/MOT/CIL 2 P/149A/CIL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 0000000000 VENC. COTA ÚNICA 00/00/00001º

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 04/05/201

SEM RESERVA DE DOMÍNIO DOCUMENTO DE PARTICIPACAO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SAPE-PB LOCAL DATA 05/05/201

40886 1387

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317805/19

Vítima: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

CPF: 075.749.664-43

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS : 075.749.664-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/09/2019
Nome: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS
CPF: 075.749.664-43

MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

