

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180571013**

**Vítima: JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR**

**Data do Acidente: 29/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR**

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

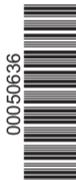
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR

**Nº Sinistro:** 3180571013

**Vítima:** JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR

**Data do Acidente:** 29/09/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180571013**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180571013**

**Vítima: JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR**

**Data do Acidente: 29/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

099.585.104-90

Nome completo da vítima

Jeoválio Costa dos Anjos Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL					
Nome completo	Jeoválio Costa dos Anjos Junior	CPF titular da conta	099.585.104-90	Profissão	Taxista
Endereço	Rua Dr. Valdemiro Gregorio Andrade	Número	246	Complemento	
Bairro	Mangabeira	Cidade	João Pessoa	Estado	P.B
Email	jeolu.dpvat@gmail.com	CEP	58000-000	Telefone (DDD)	(83) 99100-0607

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3487		31926	0
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor Indenizado.

Jeoválio Costa dos Anjos Junior  
 Local e Data

Jeoválio Costa dos Anjos Junior  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01292.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01292.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:05 horas do dia 11 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR**, CPF nº 094.585.104-90, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Taxista, filho(a) de Sara Ferreira Lima dos Anjos e Josevaldo Costa dos Anjos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/02/1992 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Doutor Valdevino Gregório de Andrade, Nº 246, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Parque Cowboy, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98643-8909.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Dom Pedro II, Perto da Base da Polícia Florestal, Sentido Centro/ufpb, João Pessoa/PB, bairro Castelo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/09/17 11:05h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS, PRETA, 2016/2016, PLACA QFM4366/PB, CHASSI 9C2KD1000GR021907, registrada em nome de JOSIVALDO GOMES, pela faixa do meio da Av. Dom Pedro II quando ao tentar mudar para faixa esquerda colidiu na lateral de um CARRO HONDA CITY, GRAFITE ESCURO, PLACA NÃO IDENTIFICADA, vindo o noticiante a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 14.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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 fé.

João Pessoa/PB, 11 de julho de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR

Noticiante



Procedimento Policial: 01292.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Joaílde Costa dos Anjos Júnior

CPF da Vítima

044.585.104-90

Data do Acidente

09/09/2014

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

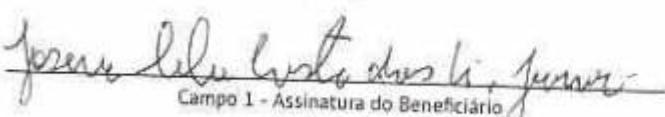
**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.


 João Pessoa, 18 de julho de 2018  
 Local e Data


 Joaílde Costa dos Anjos Júnior  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 DEZ. 2018

 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



VISTO EM: 26/10/2018

Comandante do BAPH

Katty Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. QOBM-521.280 4

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

João Pessoa-PB, 20 de dezembro de 2017.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N.º 497/2017**

Certifico que, revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 29/09/2017, conforme requerimento nº 462/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 11h05min o/a Sr.(a) **JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR**, CPF: 094.585.104-90, vítima de acidente de trânsito (colisão (carro x moto)), ocorrido na AV. Pedro Segundo, Castelo Branco – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47 tendo como chefe o/a **CABO BM FERNANDO DE CARVALHO FERREIRA**, Matrícula: 521.872.1. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com escoriações nos membros superiores, inferiores, tórax e contusão no cotovelos direito. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - GB BM Mat. 523.518-9, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

**JYHARISON DIEGO A. DE SOUSA**

7 TEM - MAT. 527.341-2

**Chefe da 3ª Seção**

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
04 DEZ. 2018

**PROTOCOLO**  
AC 1060 PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segundavida de conta.  
Bônus para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica.: NF 008.454.584



EMERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 235, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.095.183/0001-48 - Inscrição 18.815.423-6

## DADOS DO CLIENTE

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS  
RUA DR VALDEVINO GREGORIO ANDRADE 248  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1113100-0

REFERÊNCIA

JUN/2018

APRESENTAÇÃO

22/06/2018

CONSUMO

185

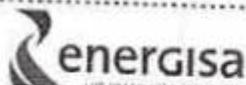
VENCIMENTO

26/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 159,27

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



ESTAMPE AQUI

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS

Rotelro: 13-005-534-0700

63600000001-0 59270149000-1 11131002018-0 00700005019-4



VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA

26/07/2018

R\$ 159,27

1113100-2218-0647

(83) 99300-5607  
(83) 99811-5088





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR
DATA DE NASCIMENTO	03/02/92
NOME DA MÃE	SARA FERREIRA LIMA DOS ANJOS

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.030.859
TA DO ATENDIMENTO	29/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	11:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE FALANGE DISTAL DO POLEGAR ESQUERDO
CID 10	S62.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com relato de perda da consciência, nega dor cervical, consciente, orientado, Glasgow 15, pupilas fotorreagentes, com trauma na mão esquerda e no joelho esquerdo. RX mostra fratura da falange distal do polegar esquerdo.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crâneo
Ultrassonografia FAST
RX de torax
: de joelho esquerdo
RX de mão esquerda

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura da falange distal do polegar esquerdo.

### TRATAMENTO:

Tala joelheira + tala luva.

ALTA HOSPITALAR:	29/09/17
DATA DA EMISSÃO:	14/03/18

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 COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

04 DEZ. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. CRESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1030859



## Identificação do paciente

ID 1102974	Nome JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR			Sexo: Masculino
Data de nascimento 03/02/1992	Idade 25 anos 7 meses 26 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário
Mãe SARA FERREIRA LIMA DOS ANJOS				Pal JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS
Escolaridade MÉDIO INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988975391			DDD Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO		Número documento		Nº Crm 700107965298612
Local de procedência AV. DOM PEDRO II				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			UF PB
Cidade JOAO PESSOA				

## Endereço

CEP 58063480	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOUTOR VALDEVINO GREGÓRIO DE ANDRADE
Número 246	Complemento	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	

## Admissão

Data e Hora 29/09/2017 11:54:38	Número da pulseira <b>1000005987374</b>	Convênio SUS
------------------------------------	--	-----------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA	
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
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

## Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

29/09/17 Paciente deu entrada neste setor vítima de acidente de moto, trazido pelos bombeiros, comunente e orientado, encaminhado ao CDL

## Diagnóstico

CID

Atendido por  
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA

Imprimir





**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR		BAE 1030859	Data/Hora Entrada 29/09/2017 11:54:38	Data Baixa
Data de nascimento 03/02/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 700107965298612	Telefone de Contato (83) 988975391
Mãe SARA FERREIRA LIMA DOS ANJOS				Prontuário
Endereço DOUTOR VALDEVINO GREGÓRIO DE ANDRADE, 246		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEÍCULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	Nº Cons. Regional 6028/PB
Data/Hora Classificação 29/09/2017 11:54:38		Data/Hora Prescrição 29/09/2017 13:46:33		
Centro de Saúde SUS	Nº Matrícula			

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X AUTO, EM USO DE CAPACETE, COM RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA, DESORIENTAÇÃO E NAUSEAS. NEGA CERVICALGIA.

EF: CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA.

TC DE CRÂNIO: SEM LESÕES NEUROCIRÚRGICAS.

CD: ALTA NCR + ORIENTAÇÕES.

### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

LEONARDO P. C. Matias  
 Neurocirurgião  
 CRM-PB 6623

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS  
 (6028/PB)

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



## HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

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

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR</b>		BAE 1030859	Data/Hora Entrada 29/09/2017 11:54:38	Data Baixa 2017-09-29 14:15:32,0
Data de nascimento 03/02/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 700107965298512	Telefone de Contato (83) 988975391
Mae <b>SARA FERREIRA LIMA DOS ANJOS</b>				Prontuário
Endereço <b>DOUTOR VALDEVINO GREGÓRIO DE ANDRADE, 246</b>		Bairro <b>VALENTINA DE FIGUEIREDO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO</b>		Nº Cons. Rel. 4518/PB
a/Hora Classificação 09/2017 11:54:38		Data/Hora Prescrição 29/09/2017 14:15:37		
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha

**Anamnese**

PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA MÃO ESQUERDA E JOELHO ESQUERDO, RAIOS-X MOSTRA FRATURA DA FALANGE DISTAL DO POLEGAR ESQUERDO. CONDUTA TALA JOELHEIRA E TALA LUVA ENVOLVENDO O POLEGAR.

**PROCEDIMENTO**

JOELHEIRA TALA

TALA LUVA, (OBSERVAÇÕES: ENVOLVENDO O POLEGAR)

**Conduta**

a médica

**Alta Hospitalar**

 Usuário  
**JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO**

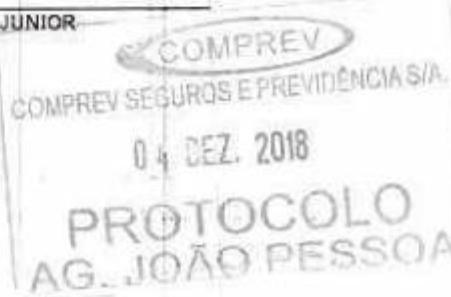
 Data e Hora  
**29/09/2017 14:15:32**

 Motivo de Alta  
**ALTA HOSPITALAR**

Observações

 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO  
 (4518/PB)

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR



RUA ORESTES LISBOA, 515 - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

<b>Nome</b> JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR	<b>Data de</b> 03/02/1992	<b>Idade</b> 25	<b>Sexo</b> MASCULINO	<b>Nº</b> 1030859	<b>Data Prescrição</b> 29/09/2017 12:08:09
<b>Motivo do Atendimento</b> ACIDENTE DE MOTOCICLETA	<b>Setor</b>	<b>Posto de Trabalho</b>	<b>Leito</b>	<b>Prescrição válida a</b> 29/09/2017 12:08:09	

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

<b>Nome do medicamento</b>	<b>Dose</b>	<b>U.M.</b>	<b>V.L.</b>	<b>Via de</b>	<b>Veloc. Inf.</b>	<b>Posologia</b>	<b>Orientação de Uso</b>	<b>Aprazamento</b>
1 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100,0	MG			E.V	AGORA	12/09	
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100,0	ML						
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0,0							
NEUROCIRURGIA								
3 PARECER ORTO	0,0							

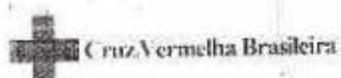
29 de Setembro de 2017

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR  
CRM: 10650

Dr. José Pires Dutra Júnior  
Médico  
CRM-PB 10650

Assinatura e Carimbo do Profissional

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
04 DEZ. 2018  
**PROTÓCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR</b>	BAE <b>1030859</b>	Data/Hora Entrada <b>29/09/2017 11:54:38</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>03/02/1992</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700107965298612</b> Telefone de Contato <b>(83) 988975391</b>
Mae <b>SARA FERREIRA LIMA DOS ANJOS</b>			Prontuário
Endereço <b>DOUTOR VALDEVINO GREGÓRIO DE ANDRADE, 246</b>	Bairro <b>VALENTINA DE FIGUEIREDO</b>	Município <b>JOÃO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE PIRES DUTRA JUNIOR</b>	Nº Cons. R <b>10650/PE</b>
Data/Hora Classificação <b>29/09/2017 11:54:38</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/09/2017 12:08:09</b>	
Ênio	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15, VITIMA DE COLISÃO MOTO-POSTE, EM USO DE CAPACETE, COM RELATO DE DESORIENTAÇÃO E NAUSEAS. AUSÊNCIA DE DESCONFORTO RESPIRATÓRIO E IRRITAÇÃO PERITONEAL. PRESENÇA DE DOR E DIFICULDADE DE MOVIMENTAÇÃO EM MÃO ESQUERDA E AMBOS JOELHOS.

CD: SOLICITO EXAMES + AVALIAÇÃO DA ORTO E NRC. ALTA DA GERAL

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

AMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

CID10

Código	Descrição
R52.9	Dor não especificada

### Conduta

Em observação

Dr. José Pires Dutra (m.d.)  
Médico  
2018-PB-17506



Atendimento: 000000813025

Idade: 25 anos

Paciente: JOSEVALDO COSTA ANJOS JUNIOR

Data: 29/09/2017

## **ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST**

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

\* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.



Este laudo foi liberado em 29/09/2017 12:47.

**Dr. Phydius L. F. de Carvalho**  
**CRM 6933 - PB**



## Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000813025

Idade: 25 anos

Paciente: JOSEVALDO COSTA ANJOS JUNIOR

Data: 29/09/2017

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

#### Técnica:

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

#### Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

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

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Estrutura óssea anatômica.

Material amorfo, com densidade de partes moles nas cavidades paranasais, sugestivo de secreção.

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



Este laudo foi liberado em 29/09/2017 13:24

Dr. Phydias L. F. de Carvalho  
CRM 6933 - PB

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DAÑOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

L DEBRAN - PB		Nº 013221666917	
A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		DATA EMISSÃO	
C	PLACA	PRF	20170000241862
R	0109018490-5	00/00000000	2017
B			

JOSIVALDO R. GOMES

01257475436		QFM4366/PB	
PLACA ANTO/ M. (Chassi)		PRF 9C2KD1000GR021907	
NOVO		COMBUSTÍVEL	
HONDA/NKR-160-BROS		GASOLINA	
2016		ANO FAB.	
2016		ANO FAB.	
HONDA/NKR-160-BROS		CATEGORIA	
2 P/162 /C1		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA LARCA	
P		00/00/0000	
FADA/PLVX		PAGAMENTO / COTAS	
V		1º 2º 3º	
A		***** 0	

P		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
V		PAGAMENTO / COTAS	
A		***** 0	

P		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
V		PAGAMENTO / COTAS	
A		***** 0	

P		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
V		PAGAMENTO / COTAS	
A		***** 0	

P		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
V		PAGAMENTO / COTAS	
A		***** 0	

PEB N° 013221666917 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](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2017		13/07/2017	
PLACA		QFM4366/PB	
MARCA / MODELO		HONDA/NKR 160 BROS	
RENAVAM		01090186905	
ANO/FAB.		2016	
CATEGORIA		9	
CÓD. IDENT.		9C2KD1000GR021907	
PRÉMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
FIS (R\$)		*****	
DEPARTAMENTO		*****	
SEGURADOR		PAULO ALVES	
PAGAMENTO		PARCELA	
COTA ÚNICA		434,00/2017	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.300.000/0001-04

1306-344

876682-1115599-20170713



DEBTRAN

CONTBRN

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



41947

13/07/2017

876682

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438774/18

**Vítima:** JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR

**CPF:** 094.585.104-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/09/2017

**Titular do CPF:** JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR : 094.585.104-90**

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](http://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: 04/12/2018  
Nome: JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR  
CPF: 094.585.104-90

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR

MARCELA DO CARMO DE LIMA