
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

Carta nº 13681520



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

Nome completo da vítima

094.585.104-90

João Paulo Costa dos Anjos Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo João Paulo Costa dos Anjos Junior		CPF titular da conta 094.585.104-90	Profissão Taxista
Endereço Rua Dr. Valdemir de Gregório Andrade		Número 246	Complemento
Bairro Mangalém	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58000-000
Email wdui.dpvat@gmail.com		Telefone (DDD) (83) 99100-5607	

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

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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. 3487	D/V 0	CONTA NRO. 31926	D/V 0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
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.

João Paulo Costa dos Anjos Junior de julho de 2018
Local e Data

João Paulo 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, excepo 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

João Paulo Costa dos Anjos Junior

CPF da Vítima

094.585.104-90

Data do Acidente

29/09/2014

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 Paulo Costa dos Anjos Junior, 18 de julho de 2018
Local e Data

João Paulo Costa dos Anjos Junior
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

04 DEZ. 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



VISTO EM: 26/04/18

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 Nº. 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 cotovelo 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** - CB BM Mat. 523.518-9, (*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.

JHARLESSON DIEGO A. DE SOUSA
2ª TEN - MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
04 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AC-1040 PESSOA



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphbbs@bombeiros.pb.gov.br

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica : Nº 008.454.584



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 234, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Inscrição: 16.819.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS
RUA DR VALDEVINO GREGORIO ANDRADE 240
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



DESTAQUE AQUI

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS

Rotelro: 13-005-534-0700

83600000001-9 59270149000-1 11131002018-0 86700005019-4

VENCIMENTO

26/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 159,27

MATRÍCULA

1113100-2018-067



(83) 99300-5607
(83) 99833-5088

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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 crânio
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

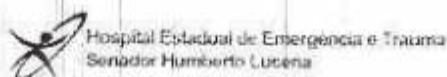
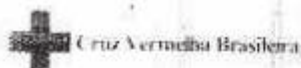
Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



AV. ORESTES 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 25 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe SARA FERREIRA LIMA DOS ANJOS	Religião EVANGELICA	Prontuário
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO	Paí JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988975381	DDD Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Numero documento	Nº Cns 700107955298612
Local de procedência AV DOM PEDRO II	UF PB	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

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

Admissão

Data e Hora 29/09/2017 11:54:38	Numero da pulseira 1000005987374	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente RESIDENCIA
Classificação de risco		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

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	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

29/09/17 Paciente deu entrada neste setor vítima de acidente de moto, trazido pelo bombeiro, comumente e conhecido, encaminha do ao CDA

Diagnóstico

CID

Atendido por
ANA CARLA FELIX IANO DA SILVA

Imprimir

COMPREV
Tempo 01min
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA 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	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	VEICULO 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				
Convênio	SUS			Nº Matrícula					Senha	

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 6028

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(6028/PB)

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR



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 2017-09-29 14:15:32.0
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 VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	Nº Cons. R. 4518/PB
Data/Hora Classificação 09/2017 11:54:38			Data/Hora Prescrição 29/09/2017 14:15:37	
Convênio SUS	Nº Matrícula			Serha

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

la médica

Alta Hospitalar

Usuário
JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Data e Hora
29/09/2017 14:16:32

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Observações

JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
(4518/PB)

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR

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

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100.0	MG						
Diluir em Solução Fisiológica 0.9%	100.0	ML		E.V		AGORA	12.00	
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0							
3 PARECER ORTO	0.0							

29 de Setembro de 2017

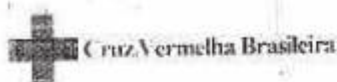
JOSE PIRES DUTRA JUNIOR

CRM: 10650

Dr. José Pires Dutra Junior

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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 VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE PIRES DUTRA JUNIOR	Nº Cons. R. 10650/PE
Data/Hora Classificação 29/09/2017 11:54:38		Data/Hora Prescrição 29/09/2017 12:08:09		
Séni		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 RESPIRATORIO 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 FISIOLÓGICA 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-LORDOTICA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
R52.9	Dor não especificada

Conduta

Em observação

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. José Pires Dutra Junior
Médico
CRM-PB 10650



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

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 a critério clínico.*

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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



Dr. Phydias 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 CIDADIAS

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013221666917
DATA 20170000241862-3
VIA 1 0109018490-5 00/00000000 2017

JOSIVALDO JOMES
01257475436
PLACA 01257475436
NOVO PR 9C2KD1000GR021907
COMBUSTÍVEL GASOLINA

PAS/MOTOCICLETA/AO APLIC
HONDA/NBR 160 BROS
CATEGORIA PARTIC
2 P/162 /CI
VENO: COTA ÚNICA 00/00/0000
PRETAR

PREMIO TARIFÁRIO 00/00/0000
FAVIA LPVA 0
FAVIA LPVA 0
FAVIA LPVA 0

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO 13/07/2017

A.F. BV FINANCEIRA S.A.
DOCUMENTOS PARA TRANSFERÊNCIA 0
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA 0

JOAO PESSOA RE
41947
13/07/2017
876682

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

PB Nº 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/07/2017

VIA 01257475436
CPF / CNPJ 01257475436

RENAVAM 01090186905
HONDA/NBR 160 BROS

ANOS 2016 9
9C2KD1000GR021907

PRÊMIO TARIFÁRIO
R\$ (R\$) *****
DENOMINAR (R\$) *****
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO BILHETE (R\$) *****
COTA ÚNICA S
PAGAMENTO PARCELADO
SEGURO
DATA DE VENCIMENTO 13/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.062.450/0001-04

876682-1115599-20170713



CONTRAN

DETRAN

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

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 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

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELA DO CARMO DE LIMA