



Número: **0856897-71.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR (AUTOR)	FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36511 687	11/11/2020 09:40	<a href="#"><u>2764549_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



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

Pag. 01/27/01/01272 - carta\_03 - INVALIDEZ



00050636

Carta nº 13679822



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:40:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109401085100000034855412>  
Número do documento: 20111109401085100000034855412

Num. 36511687 - Pág. 1

---

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





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 e 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

Pag. 00591/00592 - carta\_16 - INVALIDEZ



Carta nº 14403513



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:40:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109401085100000034855412>  
Número do documento: 20111109401085100000034855412

Num. 36511687 - Pág. 3



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

094.585.104-90

Nome completo da vítima

Jeanilda Costa dos Anjos junior

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jeanilda Costa dos Anjos junior	CPF/titular da conta	094.585.104-90	Profissão	Taxista	
Endereço	Rua Dr Valdeimiro Gregorio Andrade	Número	246	Complemento		
Bairro	Mangabeira	Cidade	João pessoa	Estado	CEP	58000-000
Email	suelu.pjnat@gmail.com			Telefone (DDD)	83199100-0607	

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 N.º:	D/V	CONTA N.º:	D/V
3487		31936	0
(Informar digito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO	Nome	N.R.	
AGÊNCIA N.º:	D/V	CONTA N.º:	D/V
(Informar digito 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.

Assassinatura de Jeanilda Costa dos Anjos junior  
Local e Data

Jeanilda Costa dos Anjos junior  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
2018

**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, telefones(s) para contato (83) 98643-8909.

**Dados do(s) Fatos:**

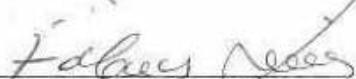
Local: Av. Dom Pedro II, Perto da Base da Polícia Florestal, Sentido Centro/ufpb, João Pessoa/PB, bairro Castelo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/09/17 11:05h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

**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

1/1



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

*Joãoaldo Costa dos Anjos Junior*

CPF da Vítima

*094.585.364-90*

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 atende 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 Lider 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 Moreira* , 18 de *julho* de *2018*  
Local e Data

*Suelio Costa dos Anjos Junior*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

*04 DEZ. 2018*  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

DALI.001 V001/2017





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.

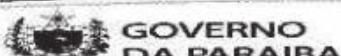
**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 497/2017**

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 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.

  
ANDRÉ VIEIRA DE SOUZA  
Z TEM - MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção



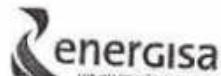
Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: crapb@bombeiros.pb.gov.br



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal-titula de energia elétrica.: NF 008.454.584



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 236, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50071-040  
CNPJ 08.0295.183/5001-48 - INSC. Est. 18.019.423-0

## DADOS DO CLIENTE

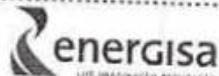
JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS  
RUA DR VALDEVINO GREGORIO ANDRADE 246  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1113100-0

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2018	22/06/2018	185	26/07/2018	R\$ 159,27

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



ESTAMPE AQUI

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS

Rotelro: 13-005-524-0700

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



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/07/2018	R\$ 159,27	1113100-2018-06-7

(83) 991300-5607  
(83) 99811-5080





## 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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 DEZ. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





| Cruz Vermelha Brasileira



## Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1030859



## Identificação do paciente

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 MEDIO INCOMPLETO			Responsável (Parensco): O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988975391	DDD Fixo:	Fone Fixo:	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Crs 700107965298612		
Local de procedência AV DOM PEDRO II		Tipo: BAIRRO	UF: PB	
Email:	Naturalidade IDAO PESSOA	CBD/R		

## Endereço

CEP 58063480	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradoiro: 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 <b>SUS</b>
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente <b>RESIDENCIA</b>
Caráter de atendimento:	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	
<b>Sinais Vitais</b>			
PA	P脉	Temperatura	

1000-1000

## Exames complementares

DRAFT M63

Datos adicionales

29/09/17 Paciente daqui entrado neste setor vítima de acidente de moto, troço do pub 120mhs, comuns e ouvidos, encaminhado ao CDL 02

## Diagnóstico

C:D

### Atendido por

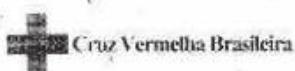
Assinado por:

Impression



29 (1971)





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 <b>JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR</b>	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 <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 <b>PB</b>
Acidente <b>VÍCULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS</b>	Nº Cons. Regional <b>6028/PB</b>
Data/Hora Classificação - 1/2017 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 PONERDA 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.

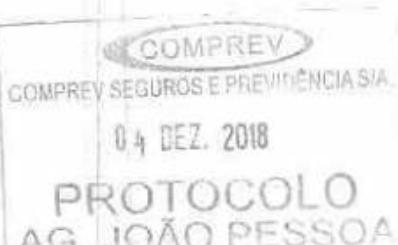
### Conduta

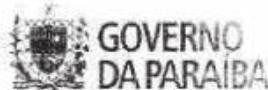
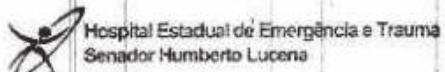
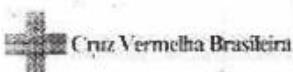
Paciente encaminhado com sucesso para a seção

LEONARDO P. A. C. Matias  
Neuroc. C. U. G. 150  
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 700107965298512
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. Reg. 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

Conduta médica

### Alta Hospitalar

Usuário  
JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

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

Motivo de Alta  
ALTA HOSPITALAR

Observações

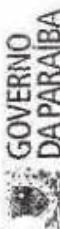
JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO  
(4518/PB)

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR





Conselho Nacional de Medicina  
Fazenda Pública da União  
Sociedade Humanitária Lucas



RUA ORESTES LISBOA, SIN - PEDRO GONDIM - JOÃO 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	Setor	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.	Posologa	Orientação de Uso	Apresentamento
1 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100,0	MG				AGORA		120
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100,0	ML						
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0,0							
NEUROCIRURGIA								
3 PARECER ORTO	0,0							

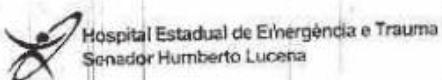
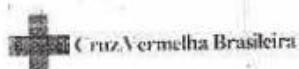
29 de Setembro de 2017

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR  
CRM: 10650

Assinatura e Carimbo do Profissional

Dr. José Pires Dutra Júnior  
Médico  
CRM-PB 10650





**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
Data de nascimento 03/02/1992	Idade 25	Sexo Masculino	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 <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. 10650/PB
Data/Hora Classificação 29/09/2017 11:54:38		Data/Hora Prescrição 29/09/2017 12:08:09	
ônio	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15, VITIMA DE COLISÃO MOTO-POSTE, EM USO DE CAPACETE, COM RELATO DE DESORIENTAÇÃO E NAUSEAS. AUSENCIA 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 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 MAO ESQUERDA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

### CID10

04 DF7. 2018

Código	Descrição	PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA
R52.9	Dor não especificada	

### Conduta

Observação

Dr. José Pires Dutra (jpd)  
Médico  
29/09/2017

29/09/2017 172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=113662&pesquisa=S&perform=imprimir 1/2



**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 e critério clínico.



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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:40:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109401085100000034855412>  
Número do documento: 20111109401085100000034855412

Num. 36511687 - Pág. 15



**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 amorfó, 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**





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:40:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109401085100000034855412>  
Número do documento: 20111109401085100000034855412

Núm. 36511687 - Pág. 17

CONTABIL  
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](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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:40:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109401085100000034855412>  
Número do documento: 20111109401085100000034855412

Num. 36511687 - Pág. 18