



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
36511687	11/11/2020 09:40	2764549_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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. 01271/01272 - 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

Pag. 00165/00166 - carta_01 - INVALIDEZ

00020083





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00591/00592 - carta_16 - INVALIDEZ

00020296



Carta nº 14403513



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 de 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 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 Gregório Andrade		Número 246	Complemento
Bairro Mangaléira	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58000-000
Email valv.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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 3484 D/V		CONTA NRO. 34926 D/V		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos): BANCO Nome: NRO:			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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 Pessoa, 18 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, 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

João Pedro Costa dos Anjos Junior

CPF da Vítima

044.585.304-90

Data do Acidente

29/09/2017

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 Pedro Costa dos Anjos Junior 18 de julho de 2018
Local e Data

João Pedro 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

DALI.001 V001/2017



VISTO EM: 26/09/18

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, (1/1/18) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JHARLESON DIEGO X. DE SOUSA
1ª TEN. MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção



**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) 3216-7979 (FAX) - E-mail: oraphbbs@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 conta de energia elétrica : Nº 008.454.584



ENERGISA PARAIÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-600
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 18.819.423-0

DADOS DO CLIENTE

JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS
RUA DR VALDEVINO GREGÓRIO ANDRADE 246
JOÃO 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

Roteiro: 13-005-534-0700

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

VENCIMENTO

26/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 159,27

MATRÍCULA

1113100-2018-06-7



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

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	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

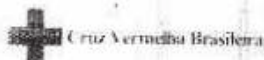
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1030859



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1102974	JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS JUNIOR	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
03/02/1992	25 anos 7 meses 25 dias	SOLTEIRO(A)
Mãe	Religião	Prontuário
SARA FERREIRA LIMA DOS ANJOS	EVANGELICA	
Escolaridade	Pai	
MÉDIO INCOMPLETO	JOSEVALDO COSTA DOS ANJOS	
DDD Móvel	Responsável (Parentesco)	
83	O MESMO - O MESMO(A)	
Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
988975381		
Tipo documento	Nº Cns	
NAO INFORMADO	700107965298612	
Local de procedência	UF	
AV DOM PEDRO II	PB	
Email	Naturalidade	
	JOAO PESSOA	

Endereço

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

Admissão

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

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
RESGATE - BOMBEIROS			

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X		

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, trouxe do pub 246 bombas, comumente o cliente do, encaminha do ao CDA

Diagnóstico

CID

Atendido por

ANA CARLA FELIXIANO DA SILVA

Imprimir



29/09/17



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
Mãe SARA FERRERA LIMA DOS ANJOS	Telefone de Contato (83) 988975391		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 7/2017 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 POERDA 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.

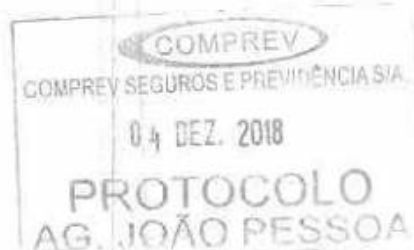
Conduta

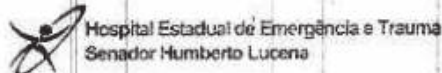
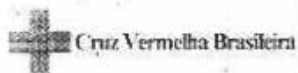
Paciente encaminhado com sucesso para a seção

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 700107965298512
Mãe SARA FERREIRA LIMA DOS ANJOS			Telefone de Contato (83) 988975391
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. Reap. 4518/PB
Data/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

Tratamento médico

Alta Hospitalar

Usuário
JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

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

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

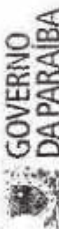
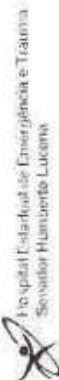
Observações

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	Apazamento
1 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100.0	MG						
	100.0	ML		E.V		AGORA	12:00	
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0							
NEUROCIRURGIA								
3 PARECER ORTO	0.0							

29 de Setembro de 2017

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR

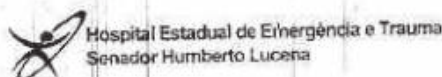
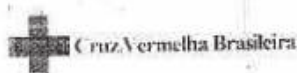
CRM: 10650

Dr. José Pires Dutra Junior

Atestado
03/09/2017

Assinatura e Carimbo do Profissional





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		
Emissão		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 MÃO ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
R52.9	Dor não especificada

Conduta

Observação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=113662&pesquisa=Sperform=impr... 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 a critério clínico.*

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



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

