



03/12/2020

Número: **0808704-82.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **26/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOCIMAR MENDES DA SILVA (AUTOR)		RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37410602	03/12/2020 09:20	2770342_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, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200283877

Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 08/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOCIMAR MENDES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

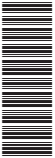
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16027281

Pag. 00563/00564 - carta_01 - INVALIDEZ

00020282





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

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200283877

Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 08/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOCIMAR MENDES DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue não permite a leitura completa das informações.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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. 01123/01124 - carta_03 - INVALIDEZ

00050562



Carta nº 16039246





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 Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200283877

Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 08/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOCIMAR MENDES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOCIMAR MENDES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000032012-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 063.679.014-26 3 - CPF da vítima: 063.679.014-26 4 - Nome completo da vítima: Jaelimar Mendes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - (Obrigatório)

5 - Nome completo: Jaelimar Mendes da Silva 6 - CPF: 063.679.014-26 7 - Profissão: Retiro 8 - Endereço: Rua NSRA das Velas 9 - Número: 09 11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - Data de nascimento: 15/08/1983 15 - E-mail: ()

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$2.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3487 ☐ CONTA: 32012 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, e apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da permanência decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

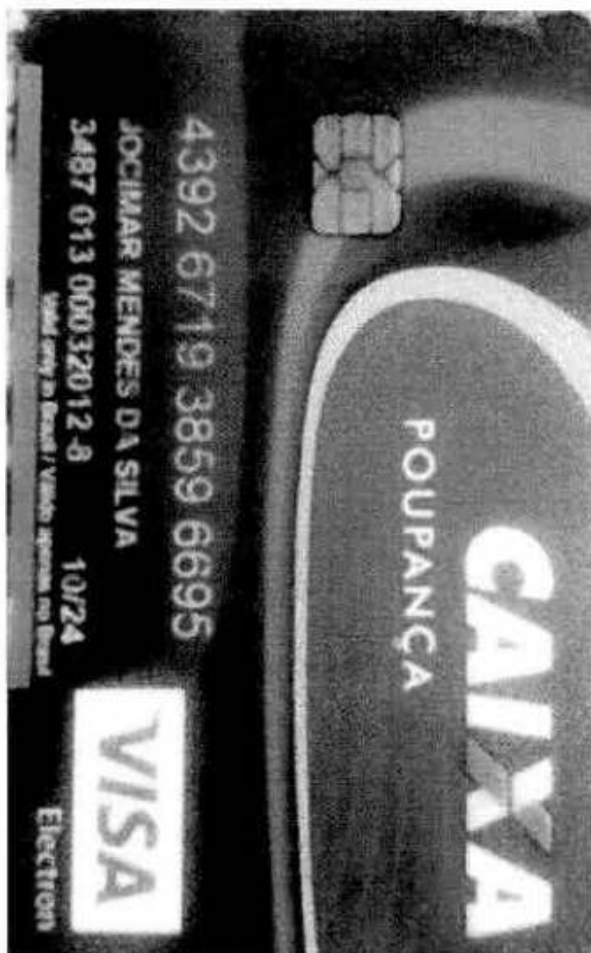
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a):
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se a esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor pago, sob a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura digital da vítima/beneficiário 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB - 06/10/2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 063.679.014-26 4 - Nome completo da vítima: Jaelmar Mendes da Silva

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

5 - Nome completo: Jaelmar Mendes da Silva 6 - CPF: 063.
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua NSRA das Neves 9 - Número: 09 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58063-132
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 183 4885-1045

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 32012 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB - 06/08/2020

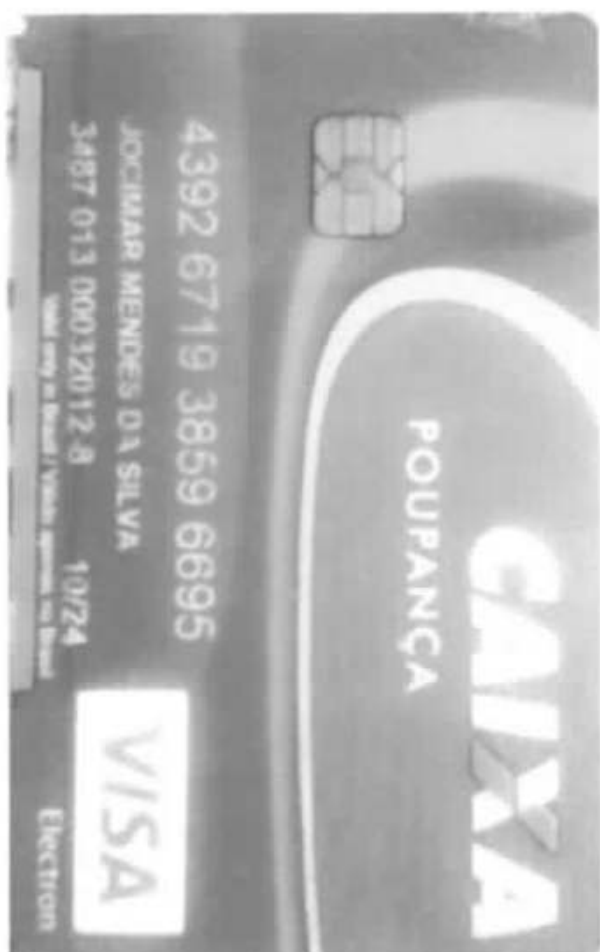
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2015







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 055667.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 055667.01.2020.0.00.704, policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passa a ser: às 16:55 min do dia 04/08/2020, na Delegacia Online, **JOCIMAR SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão DESEMPREGADO, natural de Pernambuco, nascido(a) em 01/01/1983, idade 37, estado civil Solteiro (a), de cor branca, filho de MARIA DE FÁTIMA MENDES, CPF 063.679.014-26, residente e domiciliado em Nossa Senhora das Neves, nº 9, bairro Valentina de Figueiredo, na cidade de Recife, CEP: 58063137, telefone(s) 83988551045, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 08/05/2020 15:50h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Via Aberta; Local do Fato: RUA CELITA LIRA PORTELA, BAIRRO DO VALENTINA II, JOÃO PESSOA-PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA TARDE DO DIA 08/05/2020, POR VOLTA DAS 15:50, OCHILSON DE ARAÚJO, ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO SE CONDUZIA NA MOTOCICLETA YAMAHA, MODELO FACTOR YBR 125 K, DE COR PRATA, PLACA 00000000000000000000, ANO 2008/2009 CHASSI 9C6KE122090044185, CADASTRADA EM NOME DE ADELSON MACEDO MICHELIS, QUE TRAFEGAVA NA RUA CELITA LIRA PORTELA, NO BAIRRO DO VALENTINA II, EM JOÃO PESSOA-PB, EM UM AUTOMÓVEL DE PLACAS E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, SENTIDO CONTRÁRIO, BATEU NA MOTO DO DECLARANTE, NÃO CONSEGUINDO DO MESMO EVITAR A COLISÃO, VINDO A BATER NO OMBRO DO DECLARANTE, MACHUCANDO, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA SER LEVADO EM EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, EM JOÃO PESSOA-PB, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS CABÍVEIS.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.

Nº 055667.01



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das
contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada
a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

Jocimar Mendes da Silva
JOCIMAR MENDES DA SILVA

C3809EDDFD8BB1E917B6E

Código de Con

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade é
mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@scds.p](mailto:delegaciaonline@scds.pb.gov.br)
gov.br.

Nº 055667.01





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 055667.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 055667.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:55 min do dia 04/08/2020, na Delegacia Online, **JOCIMAR MENDES DA SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão DESEMPREGADO, natural de João Pessoa, nascido(a) em 01/01/1983, idade 37, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de MARIA DE FÁTIMA MENDES, CPF 063.679.014-26, residente e domiciliado(a) no(a) Vila Nossa Senhora das Neves, nº 9, bairro Valentina de Figueiredo, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58063137, telefone(s) 83988551045, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 08/05/2020 15:50h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA CELITA LIRA PORTELA, BAIRRO DO VALENTINA II, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA TARDE DO DIA 08/05/2020, POR VOLTA DAS 15:50, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO SE CONDUZIA NA MOTOCICLETA MARCA YAMAHA, MODELO FACTOR YBR 125 K, DE COR PRATA, PLACA KLF-1794/PE, ANO 2008/2009 CHASSI 9C6KE122090044185, CADASTRADA EM NOME DE ADELSON MACEDO MICHELIS, QUE TRAFEGAVA NA RUA CELITA LIRA PORTELA, NO BAIRRO DO VALENTINA II, EM JOÃO PESSOA-PB, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACAS E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRÁRIO, BATEU NA MOTO DO DECLARANTE, NÃO DANDO TEMPO DO MESMO EVITAR A COLISÃO, VINDO A BATER NO MURO E SE MACHUCANDO, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, EM JOÃO PESSOA-PB, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS CABÍVEIS.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

Jocimar Mendes da Silva
JOCIMAR MENDES DA SILVA

C3809EDDFD8BB1E917B6BDEF9BDA772C
Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 055667.01.2020.0.00.704 2/2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 063.679.014-26 4 - Nome completo da vítima: Jaelimar Mendes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - (Obrigatório)

5 - Nome completo: Jaelimar Mendes da Silva 6 - CPF: 063.679.014-26
7 - Profissão: Retiro 8 - Endereço: Rua NSRA das Velas 9 - Número: 09
11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - Data de nascimento: 15/08/1983
15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$2.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3487 ☐ CONTA: 32012 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, e apresentando, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da permanência decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

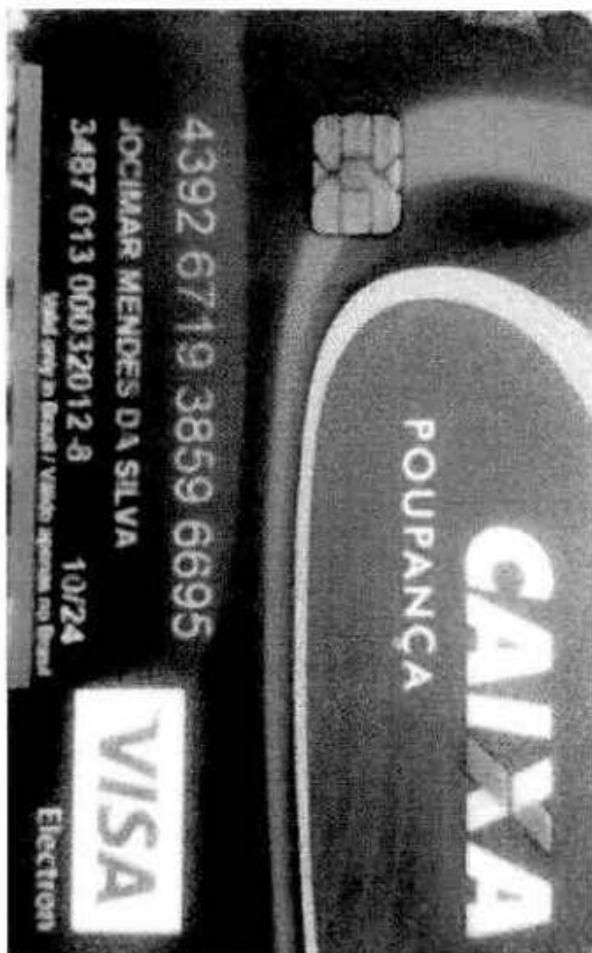
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a):
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (al nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se a esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor pago, sob a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura digitalizada do declarante 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB - 06/10/2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 063.679.014-26 4 - Nome completo da vítima: Jaelson Mendes da Silva

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

5 - Nome completo: Jaelson Mendes da Silva 6 - CPF: 063.
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua NSRA das Neves 9 - Número: 09 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58063-132
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 183 4885-1045

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 32012 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB - 06/08/2020

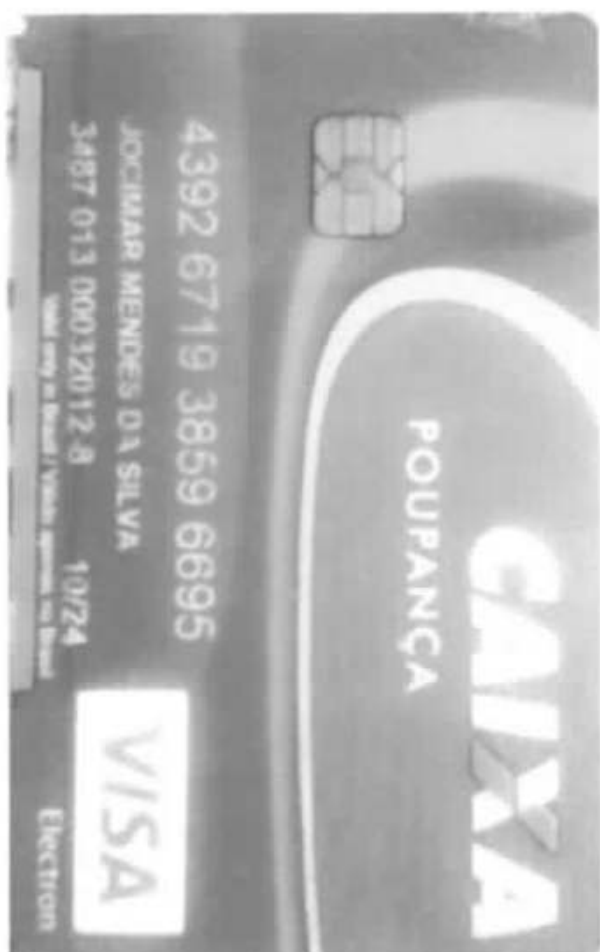
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2015





BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOCIMAR MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000032012-8

Nr. da Autenticação D9452A440987710F





 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/755252-4

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00007562834



VERIFICATO
25/05/2020

CONSUMO
177kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Apr/20	R\$47.50
Mar/20	R\$25.51
Feb/20	R\$25.26
Jan/20	R\$22.70
Dec/19	R\$42.26

DESCRITO												
C33	Describe	Quant	Tarifa Folcote	Preço Unit	Preço Total	Custo Unit	Custo Total	Diferença	Porcentagem	Preço Unit	Preço Total	Custo Unit
062	Consumo 3000W-SR	33	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
063	Consumo 3000W-SR	72	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
064	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
065	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
066	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
067	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
068	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
069	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
070	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
071	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
072	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
073	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
074	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
075	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
076	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
077	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
078	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
079	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
080	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
081	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
082	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
083	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
084	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
085	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
086	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
087	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
088	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
089	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
090	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
091	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
092	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
093	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
094	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
095	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
096	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
097	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
098	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
099	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
100	Consumo 101 x 222MM-SR	17	0,000036	0,00	0,00	27	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00

(CD) Código de Classificação do Item TOTAL 4542 137,31 57,07 137,31 148 88
 Total Títulos: A1820WH 000000 A18100WH 000000 A18320WH 000000
 RESERVADO AO FISCO 1481 0663 cc71.2572.07e8 f0c5 5168 #117

HISTÓRICO DE CONSUMO (LVA)

Mês	Consumo (LVA)
Março	130
Abril	140
Maio	140
Junho	140
Julho	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	140
Maio	140
Jun	140
Jul	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	140
Maio	140
Jun	140
Jul	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	140
Maio	140
Jun	140
Jul	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	140
Maio	140
Jun	140
Jul	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	140
Maio	140
Jun	140
Jul	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	140
Maio	140
Jun	140
Jul	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	140
Maio	140
Jun	140
Jul	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	140
Maio	140
Jun	140
Jul	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	140
Maio	140
Jun	140
Jul	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	140
Maio	140
Jun	140
Jul	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	140
Maio	140
Jun	140
Jul	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	140
Maio	140
Jun	140
Jul	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	140
Maio	140
Jun	140
Jul	140
Ago	140
Sep	140
Out	140
Nov	140
Dez	140
Jan	140
Fev	140
Mar	140
Abr	1

INDICADORES DE QUALIDADE		REFERÊNCIA (Q 2000 - Convergência Pleno)	
METRA		SEMESTRAL	ANUAL
Norma de eficiência energética - DCE	8,10	8,23	8,38
Norma de eficiência energética - FCE	3,20	3,23	3,27
Quilowatts por metro quadrado de área construída - QCM	1,24	1,23	1,22
Quilowatts por metro quadrado de área construída - QCM	1,22	1,23	1,22

ATENÇÃO

- [illegible]

ENRG SAFARAIA - DIST. R. CARACARA - SA - 8220-000 - Distrito Recreio, Jac. Petrópolis/RJ - CEP 0071-600

Non-Profit: 714-244-8888 • 244-744-888 • 244-8888 • 244-744-888

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponivel para consulta e pagamento a partir de 18/05/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE AO BANCO DO BRASIL

00190 00009 03150 244008 09883 334172 2 82660000004542

PAGADOR: DIEGO FERNANDES DE LIMA - CPF/CNPJ 333.021.334-91

FRUÂN SPA DAS NEVES, 09-VALENTINA

CAQ PERSON/PERSON 5922-001

Accesso	Nº Documento	Data de Vigência	Valor do Documento	Valor Rego
---------	--------------	------------------	--------------------	------------

3-5124-0108681324	000755252102009	35/05/2020	RS4542
-------------------	-----------------	------------	--------

0000-0001-9786-000X

© 2010 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 267: 103–111

Aspidia / Coprosia benedictiana 5084-3/2447-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:20:26

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309202646500000035695354>

Número do documento: 20120309202646500000035695354

Num. 37410602 - Pág. 17



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOCIMAR MENDES DA SILVA

DADOS DE NASCIMENTO 01/01/83

NOME DA MÃE MARIA DE FATIMA MENDES

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.236.499

Nº PRONTUÁRIO 122.545

DATA DO ATENDIMENTO 08/05/20

HORA DO ATENDIMENTO 17:38

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO D

CID 10 S 42.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, tendo batido em muro apresentando imobilização do membro superior D, refere dor em ombro + braço D e cor limitada. Relato de ingestão de bebida alcoólica. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da U

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro/escápula D - AP e Oblíquo

RX do tórax - AP

RX do braço D - AP e P

RX do cotovelo D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do úmero D ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento Dr. Carlos Alberto e Dr. Milton Barbosa da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 18/05/20

DATA DE EMISSÃO: 09/07/20

DR. EWERTON NOR
CRM: 251

Dr. Ewerton Nor
CRM: 251

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESA, TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não particip





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Seus
PARA
Governo do

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

Boletim de Atendimento: 1236499



Identificação do paciente

ID 1505575	Nome JOCIMAR MENDES DA SILVA			Sexo M.
Data de nascimento 01/01/1983	Idade 37 anos 4 meses 7 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião	Profissão
Mãe MARIA DE FATIMA MENDES	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JESSICA COSTA DOS SANTOS			
DDD Celular 83	Celular 986767028	DDD	Telefone	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO			UF PE
Idade	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

dereço

CEP 58070145	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro NOSSA SENHORA DAS NEVES
Número 89	Complemento	Bairro VARJÃO	

Admissão

Data e Hora 08/05/2020 17:38:06	Número da pulseira 1000008800045	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tratamento Não
Meio de transporte MU	Quem transportou SAMU		

Sinais Vitais

PA 90 x 60 mmHg	Pulso 80	Temperatura 36,5°C
-----------------	----------	--------------------

Exames complementares

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

Principais dados clínicos:
Paciente vítima de acidente de moto, pelo SAMU, e imobilizada em M.

Diagnóstico

Atendido por
FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL

Imprimir





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



P.
Gov

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 580310
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	B/AE	Data/Hora Entrada
JOCIMAR MENDES DA SILVA	1236499	08/05/2020 17:38:06
Data de nascimento	Idade	Sexo
01/01/1983	37a 4m 7d	Masculino
Mãe		
MARIA DE FATIMA MENDES		
Endereço	Bairro	Município
NOSSA SENHORA DAS NEVES, 09	VARJÃO	JOAO PESSOA
Acidente	Motivo	Profissional
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição
08/05/2020 17:38:06		08/05/2020 19:56:56

ANAMNESE

#ORTOPEDIA PACIENTE, 37A, TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, TENDO BATIDO A CABEÇA. CHEGA COM RELATO DE INGESTA DE BEBIDA ALCOLICA. REFERE DOR EM OMBRO. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA NAUSEAS E VOMITOS. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NE MEDICAMENTOSAS. AO EXAME FISICO: LOTE, BEG, AAA A: EGB, LOTE, AAA, EUPNEICO EM AR AMBIENT SEM DOR A PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA REGIAO CERVICAL. B: TORAX INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM C PULMONAR, SEM SINAIS DE PNEUMOTORAX. C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM SANGRAMENTO. PALPAÇÃO, DEPRESSIVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL PELVE ESTÁVEL D: GLASGOW 15. FOTORREAGENTES E: MEMBROS INFERIORES COM MOBILIDADE PRESERVADA. DOR A MOVIMENTAÇÃO. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE UMERG DIREITO CD. INTERNAÇÃO + EXAMES PRE OP+RISCO C PHILUS LONGA STAFF DR TEOFILO.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES:: PELA MAN

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

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

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

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

IV + CCGG

ECG





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lúcio



P
Go

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031-000
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada
JOCIMAR MENDES DA SILVA	1236499	08/05/2020 17:38:06
Data de nascimento	Idade	Sexo
01/01/1983	37a 4m 7d	Masculino
Mãe		CNS
MARIA DE FATIMA MENDES		
Endereço	Bairro	Município
NOSSA SENHORA DAS NEVES, 09	VARJÃO	JOAO PESSOA
Acidente	Motivo	Profissional
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANA VITORIA BORGES DE AMORIM
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição
08/05/2020 17:38:06		08/05/2020 18:10:54

ANAMNESE

-CIRURGIA GERAL- PACIENTE, 37A, TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, TEM EM USO DE CAPACETE. CHEGA COM RELATO DE INGESTA DE BEBIDA ALCOLICA. REFERE DOR EM OMÓPLATA, TER BATIDO A CABEÇA; NEGA PERDA DA CONSCIENCIA NAUSEAS E VOMITOS. NEGA OUTRAS QUEIXAS. MEDICAMENTOSAS. AO EXAME FISICO: LOTE, BEG, AAA A: EGB, LOTE, AAA, EUPNEICO EM AR AMBIENTE SEM DOR A PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA REGIAO CERVICAL. B: TÓRAX INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE PNEUMOTORAX. C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM SANGRAMENTO A PALPAÇÃO, DEPRESSIVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL Pelve estável D: GLASGOW 15 FOTORREAGENTES E: MEMBROS INFERIORES COM MOBILIDADE PRESERVADA. DOR A MOVIMENTAÇÃO. 1)SOLICITO RADIOGRAFIA DE OMBRO, BRAÇO E COTOVELO DIREITO. 2)SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA. 3)RADIOGRAFIA DE TORAX 4) REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO
RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

em observação

Enfermeiro

ANA VITORIA BORGES DE AMORIM
(CRM: 126.000.000-0)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 08/05/2020 17:38:06



EXAME LABORATORIAL

COAGULÓGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

PROCEDIMENTO

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: HEMI-J EM MSD)

CID10

S42.3 - Fratura da diáfise do úmero

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

Dr. Clementino Alexandre
Med.
CLEMENTINO ALEXANDRE DE
(CRM: 7596/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 08/05/2020 17:38:06





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PAR
Governo

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

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: CLEMENTINO AL

Nome JOCIMAR MENDES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1236499	Data/Hora Entrada 08/05/2020 17:38:06
Data de nascimento 01/01/1983	Idade 37	Sexo Masculino
Tempo de Internação 4d 9h 23min	Convênio SUS	CNS
Data de Entrada 08/05/2020 17:38:06	Data Internação 08/05/2020 20:40:37	Permanência na Unidade: 4d 12h 25min

EVOLUÇÃO MEDICA (CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO - 13/05/2020 06:01:19)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

SOT

FRATURA METADIAFISARIA DO UMEROS SEGMENTAR

DOR DE MODERADA INTENSIDADE

NEUROLÓGICO PPRESERVADO

LABORATORIO OK

AGUARDA OPME (PHILUS LONGA)

SOLICITO TROCA AXIOPALMAR POR PINÇA (SOLICITADA ONTEM E NAO REALIZADA)

P CARDIO PENDENTE

CD VPM

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO

Número



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:20:26

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309202646500000035695354>

Número do documento: 20120309202646500000035695354



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Samu
PARÁ
Governo do Estado

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
JOCIMAR MENDES DA SILVA	37A 4M 7D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1236499	08/05/2020 17:38:06	
Convênio	Leito	Clinica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência
		32min
		Permanência

Parecer médico

Especialidade

ORTOPEDIA

Profissional

Motivo da solicitação **Data da Solicitação:** 08/05/2020 18:10:35
PACIENTE, 37A, TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, TENDO BATIDO
ESTAVA EM USO DE CAPACETE. CHEGA COM RELATO DE INGESTA DE BEBIDA ALCOLICA.
OMBRO E BRAÇO DIREITO. NEGA TER BATIDO A CABEÇA, NEGA PERDA DA CONSCIENCIA
VOMITOS. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

Parecer **Data de Resposta:**

da Mória Bo...
CM...





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Nome JOCIMAR MENDES DA SILVA		Sistema de Atendimento 1236499	Data/Hora Entrada 08/05/2020 17:38:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1963	Idade 37	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 12254
Tempo de Internação 7d 13h 45min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 08/05/2020 17:38:06	Data Internação 08/05/2020 20:40:37	Permanência na Unidade 7d 16h 47min		Permanência 3d 11h

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 16/05/2020 10:25:42)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

POI DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS DIREITO REALIZADO
POR DR CARLOS ALBERTO E DR MILTON BARBOSA SEM INTERCORRENCIAS

CDT: RX DE CONTROLE

TIPOIA

VPM

STAFF DR CARLOS ALBERTO

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho

Dr. José Rogaciano Machado Couto
CRM: 22215
CPF: 020.159.453-29
Rua. Augusto Lima, 549
Tambau, Cereja, Paraíba



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: João Mendes da Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: _____
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____
 Cirurgia: Cirurgia de fratura diafragma útero direito
 Cirurgião: Dr. Carlos Alberto 1º Assistente: Dr. Milton
 2º Assistente: Dr. Rogério (R) 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Blóquio Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório

* Fratura diafragma útero direito

Procedimentos Cirúrgicos

Cirurgia de fratura diafragma do útero direito

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE		IDADE		SEXO		ENDEREÇO		CITY		STATE		COUNTRY	
JOSÉ CARLOS DA SILVA		37		M		RUA ...		...		...		...	
NOME DO PACIENTE		IDADE		SEXO		ENDEREÇO		CITY		STATE		COUNTRY	
JOSÉ CARLOS DA SILVA		37		M		RUA ...		...		...		...	
NOME DO PACIENTE		IDADE		SEXO		ENDEREÇO		CITY		STATE		COUNTRY	
JOSÉ CARLOS DA SILVA		37		M		RUA ...		...		...		...	

Maria Elvair Nogueira
Téc. da Enx.
COREN-PR



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente DDM sob Anestesia Ampla / Antimicrobiano Aplicação compressa amigdal
Incisão:	Incisão Arco / Medial Bordo Dente Direção / Amigdalotomia Amigdalotomia
Achados:	Fratura Osso / Coroa Dente
Conduta:	→ Limpar o 512,91 → Redução orotomia e posicionar de 3 pontos intramandibulares → Fixar placa (K) (10 pontos) → Contorno elástico → Sutura p. placa → Rx Controle
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

Dr. José Rogério Machado Lima
CRM: 9215
Rua. Rui A. Mendes, 199
Fátima, RJ - 20090-020

João Pessoa, 16

F(



Anexo II

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **HEETSA L**

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE: **Joelmar Mendes da Silva**

4 - NOME DO PACIENTE: _____

5 - NOME DO PACIENTE: _____

6 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____

9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____

10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **João Pessoa**

11 - Cód. BGE MUNICÍPIO: _____

12 - UF: _____

13 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): _____

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

14 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: _____

15 - Cód. DO PR: _____

16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____

17 - Cód. DO PR: _____

18 - DIAGNÓSTICO INICIAL: _____

19 - CID-10 PRINCIPAL: _____

20 - CID-10 SECUNDÁRIO: _____

21 - CID: _____

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____

23 - Cód. DO PR: _____

24 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIDADE OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTILIDADE ☐ DIÁRIA DE UTILIDADE II

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____

26 - Cód. DO PROCEDIMENTO: _____

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____

28 - Cód. DO PROCEDIMENTO: _____

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO: _____

31 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ce: 4,5 Bem mda.

01 - placa DCP estreita e 10 furos

02 - para furos anteriores n.º 26

05 - " " n.º 28

06 - " " n.º 30

07 - " " n.º 32

01 - agu. plasec

PROFISSIONAL SOLICITANTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

33 - DOCUMENTO: _____

34 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO): **Dr. Milton Barbosa**
CRM-PB 85921 CRM-PI 7337
TEOT 15203
Ortopedia e Traumatologia

AUTORIZAÇÃO

36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

37 - DOCUMENTO: _____

38 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

39 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO): _____



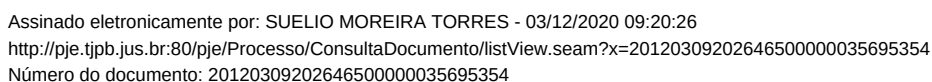


Data: 1/1/

Caixa Postal:

Caixa Pronta: _____

DISPENSACÃO - FARMÁCIA					
FONECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA	
Pfizer	Aguinha de biscoito A 50	01			





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



PARÁ
Governo do Estado

Documento de Alta

Nome: JOCIMAR MENDES DA SILVA			Número: 122545
Data de Nascimento: 01/01/1983	Sexo: Masculino	Data de Internação: 08/05/2020 20:40:37	Data de Alta: 18/05/2020
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: # ORTOPEDIA #2º DIA POS OPERATORIO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU DIREITO REALIZADO POR ALBERTO E DR MILTON BARBOSA SEM INTERCORRENCIAS CONDUTA: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÃO ANALGESIA E ANTIBIÓTICO POR DR. HEISENBERG			
Resumo da Internação: # ORTOPEDIA #2º DIA POS OPERATORIO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU DIREITO REALIZADO POR ALBERTO E DR MILTON BARBOSA SEM INTERCORRENCIAS CONDUTA: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÃO ANALGESIA E ANTIBIÓTICO POR DR. HEISENBERG			
Resultado de Exames: # ORTOPEDIA #2º DIA POS OPERATORIO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU DIREITO REALIZADO POR ALBERTO E DR MILTON BARBOSA SEM INTERCORRENCIAS CONDUTA: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÃO ANALGESIA E ANTIBIÓTICO POR DR. HEISENBERG			
Tratamento: # ORTOPEDIA #2º DIA POS OPERATORIO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU DIREITO REALIZADO POR ALBERTO E DR MILTON BARBOSA SEM INTERCORRENCIAS CONDUTA: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÃO ANALGESIA E ANTIBIÓTICO POR DR. HEISENBERG			
Diagnóstico: S42.3 - Fratura da diáfise do úmero			
Recomendações: # ORTOPEDIA #2º DIA POS OPERATORIO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU DIREITO REALIZADO POR ALBERTO E DR MILTON BARBOSA SEM INTERCORRENCIAS CONDUTA: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÃO ANALGESIA E ANTIBIÓTICO POR DR. HEISENBERG			

Data: 18/05/2020

Dr. Heisenberg
Médico

AUGUSTO
SARMENTO
CRM. 122545





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR(A):

JOCIMAR MENDES DA SILVA

RG

FOI ATENDIDO (A) POR **AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR**

DO (A) **AREA AMARELA**

NO DIA **08/05/2020 20:43:25**

NECESSITANDO DE **60** - sessenta

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S42.3**

T14.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MEDICO - ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23.01.84, E
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
(12411/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto L.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Socorro Mendes da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 13 / 05 / 2020

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Carlos Albano

DIAGNÓSTICO: Ex. de dor no abdômen D

PROCEDIMENTO: Cirurgia

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

Carimbo no verso com 15 dias
Dr. Carlos Albano. F(NG).APC.035-1



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOCIMAR MENDES DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR DE
2732875 SSP PB

CPF
063.679.014-26

DATA NASCIMENTO
01/01/1983

PRACAO
MARIA DE FÁTIMA MENDES

PERMISSÃO
ACC CACMA
AC

Nº REGISTRO
04139932850

VALIDADE
15/10/2018

1ª EMISSÃO
12/07/2007

EXERCE ATIV. REMUNERADA:

Jocimar Mendes da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/12/2013

Prochito Carneiro/ha
ASSINATURA DO EMISSOR

95614630078
PB027272819

DEBEM, PB (PATRUBA)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

881704506

PROTEÇÃO PLASTIFICAR

881704506



Informações sobre o veículo

Placa: KLF-1794

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125 K

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: PRATA

Chassi: 9C6KE122090044185

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2008/2009

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

https://www.detran.pe.gov.br/component/search_placa/



1 13300100		NOME / ENDEREÇO		51350-010	
ADELSON MACEDO MICHELIS		RUA DOUTOR GONZAGA HARANHÃO 149		CASA 1F359	
RECIFE-PE		CNPJ		PLACA	
329.631.014-53		KUF1794			
NOME ANTERIOR		NOME ANTERIOR			
MANUELA CARVALHO DE PAULA		CNPJ			
905KE122090044135		COMBUSTÍVEL		GASOLINA	
ESPÉCIE TIPO		ANO FAB.		ANO VCD	
MOTOCICLETA		2008		2009	
MOTOR		CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
YAMAHA/FACTOR VERDES K		PARTIC		PRATA	
CAR. POT. CH		OBSERVAÇÕES			
22/124CL		SEM RESERVA			
20158620		LOCAL		DATA	
		14/12/1			
RECIFE-PE		Charles Andrews Sousa Ribeiro		NOME ANTERIOR	
		NOME ANTERIOR			

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE - R\$ 13.500,00

* INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADOR

DATA _____

DATA _____

IDENTIDADE _____

NOME _____

ASSINATURA *Suelio Moreira Torres*

ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200283877 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA. P12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200283877 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA. P12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222692/20

Número do Sinistro: 3200283877

Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA

CPF: 063.679.014-26

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 08/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOCIMAR MENDES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

JOCIMAR MENDES DA SILVA : 063.679.014-26

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/08/2020
Nome: JOCIMAR MENDES DA SILVA
CPF: 063.679.014-26

JOCIMAR MENDES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222692/20

Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA

CPF: 063.679.014-26

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 08/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOCIMAR MENDES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOCIMAR MENDES DA SILVA : 063.679.014-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/08/2020
Nome: JOCIMAR MENDES DA SILVA
CPF: 063.679.014-26

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOCIMAR MENDES DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

