



Número: **0801148-32.2019.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **08/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANNYEL AVELINO DE LUNA (AUTOR)		ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38367 655	13/01/2021 15:28	2774949_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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596170

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANNYEL AVELINO DE LUNA

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, contatos 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 15005318





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, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596170

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANNYEL AVELINO DE LUNA

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 inferiores 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: **JANNYEL AVELINO DE LUNA**

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

Banco: **237**

Agência: **000002655-7**

Conta: **000000200114-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 078.920.954-38 Nome completo da vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

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

Nome completo: JANNYEL AVELINO DE LUNA

CPF: 078.920.954-38

Profissão: AUTONOMO

Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO

Número: 62

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: ALAGOA NOVA

Estado: PB

CEP: 58125.000

E-mail: israelariasadv@gmail.com

Tel.(DDD): (83)

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco(237)

☐ Itaú(341)

☐ Banco do Brasil(001)

☐ Caixa Econômica Federal(104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

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.

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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 ciente, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, Alagoa Nova - PB - 23/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

/001/2018



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - PB 53101-633 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000242/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000242/19 registrada em 17/10/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezessete dias do mês de outubro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:57 horas, compareceu o Sr. JANNYEL AVELINO DE LUNA, com 31 anos de idade, filho de JOSÉ AVELINO DE LUNA e MARIA JOSÉ DE LUNA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, União Estável, escolaridade Medio Incompleto, profissão AUTONOMO, portador da Cédula de Identidade Nº 3.363.711, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 07892095438, residindo à rua ALMEIDA CASTRO, 62, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB, celular 9-9404.4585.

Declarou que:

Informa o comunicante, que na noite do dia 07.06.2019, estava se deslocando da cidade de Alagoa Nova em direção a cidade de Lagoa Seca/PB, trafegando pela Rodovia PB 079, conduzindo a motocicleta HONDA/CG150 FAN ESDI, ano/modelo 2011/2011, cor vermelha, chassi nº 9C2KC1680BR530720, de placa OEWT-7026/PB, licenciada em nome de Luiz Paulo Soares da Silva, quando nas proximidades da ponte do Sítio Floriano foi "fechado" por outra motocicleta marca HONDA, de cor preta, placa e demais características não identificadas, inclusive o condutor, que evadiu-se do local, tendo o comunicante efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar a colisão e acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário medico hospitalar em anexo; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom e com via seca, entretanto não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motocilista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 17 de Outubro de 2019

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

JANNYEL AVELINO DE LUNA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 078.920.954-38 Nome completo da vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

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

Nome completo: JANNYEL AVELINO DE LUNA

CPF: 078.920.954-38

Profissão: AUTONOMO

Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO

Número: 62

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: ALAGOA NOVA

Estado: PB

CEP: 58125.000

E-mail: israelariasadv@gmail.com

Tel.(DDD): (83)

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco(237)

☐ Itaú(341)

☐ BancodoBrasil(001)

☐ Caixa Econômica Federal(104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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.

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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 ciente, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, Alagoa Nova - PB - 23/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

/001/2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29


http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148

Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 5

Data da internação: 07/06/2019 Hora: 22:39:57



 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUD PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE JANNYEL AVELINO DE LUNA				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1915892	
7 - CARTÃO DO SUS 708506369562179		8 - DATA DE NASCIMENTO 18/07/1988		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOSE D LUNA				11 - TELEFONE DE CONTATO 83 994044585	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA ALMEIDA CASTRO, 62, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Nova		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250040		15 - UF PB	
				16 - CEP 58125000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente de auto com dor, desconforto e ferimento na parte direita					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de cirurgia					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame físico + Rax - x					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura exposta de tíbia @		21 - CID 10 PRINCIPAL S802		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Int. Cirurgias Int. Físio		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050500			
26 - CLÍNICA 02		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016296973832	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296973832					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE RENNA GOMES DA SILVA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/06/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANNYEL AVELINO DE LUNA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02655-7

CONTA: 000000200114-4

Nr. Autenticação

BRADESCO0511201905000000000023702655000000200114236250 PAGO



JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC RIBEIRO OLHO D'ÁGUA, 78 - L3 NABREVO, REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA
ALAGOA NOVA/PB CEP: 58135-000 (INO: 71)

energisa

Ligação MONOFÁSICA
CD/SEC. RES MTC E1/ RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Ribeiro 7 - 77 - 814 - 250
Medidor: 00026746550
Referência: Jul/2019
Emissão: 10/07/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-220, Km 25 - Canto Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-480
CNPJ: 06.956.192/0001-40 ENE 548 15016 (22.2)

Nota Fiscal: Contas de Energia ENE027 741 279
Cód. para Deb. Automático: 0001221914

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2019	10/07/2019	09/08/2019	003.010.004-00 Ene 548

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VOTAR BRASIL. Saiba mais em globe.gov.br/votadores.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
07/06/19	4420	10/07/19	4220	1	20	33

Demonstrativo

Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base	Outr. Tar.	Alta	Outr. RE	Base Calc.	RE	RE	Outr. RE
Tratado Especial: (CMR) RE: (CMR)											
0001 Consumo em kWh		77.200	0.000515	39.39	40.66	35	1.87	43.38	3.58	3.18	
0001 Abc. S. Antares				0.92	0.62	25	6.13	7.52	0.60	0.00	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0007 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA				1.88	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
0004 JUROS DE MORR. 05/2019				0.31	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
0005 MULTA 05/2019				2.98	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	

CC: Cálculo de Classificação de Risco - TOTAL 68.39 64.43 18.13 64.43 0.00 0.31
Tarifa Total: 68.39

Média Últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
180	11/08/2019	R\$ 68,39

Histórico de Consumo (kWh)

112	105	114	130	140	151	179	125	122	143	124	114
Jul 18	ago 18	set 18	out 18	nov 18	dez 18	jan 19	fev 19	mar 19	abr 19	mai 19	jun 19

RESERVADO AO FISCO

b5c2 3d2d 9b81 cce9 164e 301e aba1 3422

Indicadores de Qualidade 7/2019 - Ano

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
Q1 ANUAL	9.27	0.37	NORMAL 220
Q2 TRIMESTRAL	12.84		
Q3 ANUAL	27.33		
Q4 TRIMESTRAL	6.22	1.00	
Q1 ANUAL	11.22		TENSÃO TÁLATA LIMITE INFERIOR 220
Q2 TRIMESTRAL	15.44		
Q3 ANUAL	18.01	0.35	
Q4 TRIMESTRAL	12.42		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Servico de Dist. de Energia PB	10.25	22.47
Contribuição Energia	22.12	22.47
Serviço de Transmissão	7.59	3.49
Serviço de Distribuição	33.99	65.10
Outros Serviços	0.50	0.00
Total	68.39	100.00

Verbas ENEO (Ref. 5/2019) ENE 119

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Laudo de Instalação

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 000009 02624 912008 03656 289173 6 797800000006839

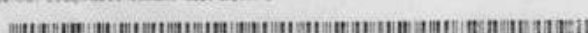
PAGADOR: JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 003.010.004-00

LOC RIBEIRO OLHO D'ÁGUA, 78 - L3 NABREVO, REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA - ALAGOA NOVA/PB CEP: 58135-000

Valor Br.	Doc. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
28.948.120.000.000.000	00132151301907	11/08/2019	R\$ 68,39	

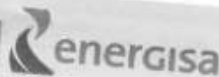
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 06.956.192/0001-40
B-220, Km 25 - Canto Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-480

Agência / Código de atendimento: 1084-3/3447-8



JOSE AVELINO DE LUNA
RUA ALMEIDA CASTRO, 83 - CENTRO
ALAGOA NOVA/PE CEP: 57050-000 (AQ: 71)

Ligação: MONOFÁSICO
Cid/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5-77-815-8720
Medidor: 00000153340
Referência: Ago / 2019
Emissão: 09/08/2019



ENERGISA PARÁIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, Km 25 - Creta Rodoviária - João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Insc. Est: 18.016.329-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 029.226.726
Cód. para Dtb. Automático: 90002410412

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2019 09/08/2019 10/09/2019 633.994.157-53

UC (Unidade Consumidora): 5/241541-2

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em:
saude.gov.br/vacina-brasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
19/07/18	48645	08/08/19	48954			
Demonstrativo						
CO	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alug.	Consumo
				Valor Base Calc. (R\$)	Alug. (R\$)	Consumo (kWh)
0801	Consumo em kWh	215,000	0,954400	187,11	187,11	215
0801	Adic. B. Amarala	3,42	3,42	27	3,42	0,17
0801	Adic. B. Vermeira	3,94	3,94	27	3,94	0,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA	3,31	0,00	0	0,00	0,00
0809	BÔNUS ITAPU LEI 10438/2002 07/2019	-7,28	0,00	0	0,00	0,00
TOTAL						
TOTAL				197,43	197,43	215

COI Código de Classificação de Rem. TOTAL
Tempo Tribut. 0,571776

Média últimos meses (kWh)
277

VENCIMENTO
01/09/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 197,43

Histórico de Consumo (kWh)

243 | 224 | 224 | 223 | 220 | 247 | 227 | 185 | 250 | 232 | 222 | 250
Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 | Mai/19 | Jun/19 | Jul/19

RESERVADO AO FISCO

d720.d546.c80b.305a.ae74.d30f.6c94.8ed1

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,47	NOMINAL
PC TRIMESTRAL	11,94	
DIC ANUAL	25,95	CONTRATADA
PC MENSAL	5,47	
PC TRIMESTRAL	8,95	UNITE SUPERIOR
PC ANUAL	13,70	
DMC	3,95	
DICR	7,22	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	43,18	21,80
Compra de Energia	70,05	35,10
Serviço de Transmissão	8,72	4,37
Impostos Divulga e Encargos	10,20	5,11
Outros Serviços	69,52	34,82
Total	199,68	100,00

Valores EUI/ED (Ref. 6/2019) R\$ 70,14

ATENÇÃO

Faturas em atraso





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JANNYEL AVELINO DE LUNA inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.920.954 / 38

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JANNYEL AVELINO DE LUNA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.920.954 / 38, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO

Número: 62

Complemento: —

Bairro: CENTRO

Cidade: ALAGOA NOVA

Estado: PB

CEP: 58125.000

E-mail: israelfariasadv@gmail.com

Tel.(DDD): (83) 98116-7741
(83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 21/10/2019

Assinatura do Declarante



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>

Número do documento: 21011315282896200000036590148

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, LUIZ PAULO SOARES DA SILVA
RG nº 333.9291, data de expedição 12/03/2008
Órgão _____, portador do CPF nº 076.985.494.02,
com domicílio na cidade de ALAGOA NOVA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
JOSÉ ANTONIO FRUTUOSO, nº 82,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Jammyel Acelino de Luna, cujo o condutor era
Jammyel Acelino de Luna. Veículo:
motocicleta Modelo: Honda/CG 150 FAN ESDI Ano: 2011/2011
Placa: DET7026/PB Chassi: 9C2 KC3680 BR530720
Data do Acidente: 07/06/2019


Local e Data: Alagoa Nova - PB 08/09/2019

LUIZ PAULO SOARES DA SILVA

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 **CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"** Antonio Marcos Botelho de Melo
TABELIÃO PÚBLICO

reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

LUIZ PAULO SOARES DA SILVA

ou fé. Alagoa Nova/PB - 09/09/2019

escrivente: ANTONIO GERALDO DE ATAÍDE NETO

do Digital: AJC55614-13CC

insulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

nol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepj R\$ 1,82




CARTÓRIO "ALÍPIO BEZERRA"
ALAGOA NOVA-PB.
Antonio Geraldo de A. Neto
ESCRIVENTE



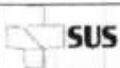
Data da internação: 07/06/2019 Hora: 22:39:57



 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUD PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE JANNYEL AVELINO DE LUNA				6 - N° DO PRONTUÁRIO 1915892	
7 - CARTÃO DO SUS 708506369562179		8 - DATA DE NASCIMENTO 18/07/1988		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOSE D LUNA				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE 994044585	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) RUA ALMEIDA CASTRO, 62, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Nova		14 - CDD INSE MUNICÍPIO 250040		15 - UF PB	
				16 - CEP 58125000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente de auto com dor, deprimível e ferimento na perna direita					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de cirurgia					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame físico + Raio - x					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura exposta de tíbia @		21 - CID 10 PRINCIPAL S802		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Inst. Cirurgico Inst. fixa		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050500			
26 - CLÍNICA 02		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016296973832	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296973832					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE RENNA GOMES DA SILVA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/06/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			



Data da internação: 07/06/2019 Hora: 22:39:57

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUD# PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE JANNYEL AVELINO DE LUNA				6 - N° DO PRONTUÁRIO 1915892	
7 - CARTÃO DO SUS 708506369562179		8 - DATA DE NASCIMENTO 18/07/1988		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOSE D LUNA				11 - TELEFONE DE CONTATO DD 83 994044585	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) RUA ALMEIDA CASTRO, 62, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Nova		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250040		15 - UF PB	
				16 - CEP 58125000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente de auto com dor, deformidade e ferimento na perna direita					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de cirurgia					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame físico + Raio - x					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura Exposta de Tibia D.		21 - CID 10 PRINCIPAL S802		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Joint Crural Tibia				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 00050500	
26 - CLÍNICA 02		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016296973832	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE RENNA GOMES DA SILVA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/06/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) JOSE RENNA GOMES	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			







08/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 08/06/2019

Horas: 02:47:07

Médico (a) Diarista : Ywry De Paiva Camara

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1915892 Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA Idade: 030

Nome da Mãe: MARIA JOSE D LUNA Data de Nascimento: 18/07/1988 Sexo: M

Clínica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 31 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA

DIA 08/06/2019

MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	06 12 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 3AMPOLA, 0D/2D Diluir em 50 ML SF 24/24H	06 06 24 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	06 12 06 24 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	06 12 06
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	06 14 06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	06 14 06
9	DECUBITO MUDANCA 2/2H	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06
11	CURATIVOS 1X POR DIA	06

POI

Paciente submetido a procedimentos cirúrgicos ortopédicos de urgência sem intercorrências.
No momento em UAPA.

cd. upm + rx controle.

Ywry de Paiva Camara
OR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

08/06/19:

Bebê, estável, si intercorrências, mas g=110.
To suave, bom coarctado, si suave.

Col: APTA Hospitalar e controle de refluxo sub-torácico
+ ATB + AINE + APTA pl cm + controle de

18/projetohctg/enviarprescri.php?datasai=2019-06-08&contar=1915892

di não pisa Ywry de Paiva Camara

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907 1/1



08/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Ywry De Paiva Camara

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 08/06/2019



GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 143927

DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

Número do Atendimento: 1915892 Clín: AREA VERMELHA / Enf: AREA VERMELHA / Lei: 31

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data da Internação: 07/06/2019

Atendimento: 1915892

Diagnostico Pré-Operatório: *Fx exposta ossas da perna (D)*

Diagnostico Pós-Operatório: *o mesmo*

Cirurgia: *lmc* Data da Cirurgia: *08/06/19*
+ osteossíntese

Equipe:

Cirurgião: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2: *S*

Aux 3: *S*

Instrumentador: ~~ANDRE DE PAIVA CAMARA~~

Anestesista: THIAGO AUGUSTO MAHON BRAGA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: FRATURA EXPOSTA COM 5 HORAS DE EVOLUÇÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2. REALIZADA IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SF 0,9% 10 LITROS E CLOREXIDINA

3. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS (NÃO FOI UTILIZADO GARROTEAMENTO)

4. AMPLIAÇÃO DE DOIS FERIMENTOS EM FACE ANTERIOR DE PERNA DIREITA, UNIFICANDO LONGITUDINALMENTE.

5. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

6. IRRIGAÇÃO COM SF 0,9%

7. EVIDENCIADA FRATURA COMINUTIVA EM CORTICAL MEDIAL-ANTERIOR.

PACIENTE APRESENTANDO TÍBIA TRIANGULAR COM FACE LATERAL POSTERIORIZADA E PROFUNDA, IMPOSSIBILITANDO A SINTESE LATERAL.

8. REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA

9. OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP LARGA 14 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO UM DELES INTERFRAGMENTÁRIO PELA PLACA.

10. LAVADO DE FO COM SF 0,9% + REVISÃO DE HEMOSTASIA.

11. PONTOS DE APROXIMAÇÃO COM NYLON 2-0

12. CURATIVO

Data 08/06/2019

Assinatura/Carimbo

Ywry De Paiva Camara
Ywry de Paiva Camara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

<http://projetohtcg/impredecri.php?ID=1905&contar=1915892>

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>

Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 20

08/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

/projetohtcg/impredecri.php?ID=19058&contar=1915892

2/2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 21

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Téc. Enfermagem
COREN-PB 397289

MOD 068



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:28:29

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315282896200000036590148>

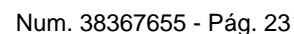
Número do documento: 21011315282896200000036590148

Num. 38367655 - Pág. 22

00:00 01:10 P100 00:00 (int. video)

20

246.




Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Yoniel Avelino de Lima		Idade:	30 anos	
Convênio:	SUS		Data:	18/07/1988	
Procedimento:	Trat. cirúrgico e 1 fisioterapia de fratura exposta dos ossos da perna direita				
Cirurgião:	Dr Yoniel	Auxiliar:	Dr Euler	Anestesista:	Dr Raul
Início:	01:10	Término:	02:50	Anestesia	Dr Thiago

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

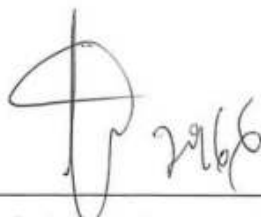
Relatório de Operação

MOD. 103



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista



8788

For: (81) 3474880 (3429 1380) (81) 3474880
E-mail: www.tribunalpb.com.br



Handwritten notes at the top of the page, including "Hospital de Leão" and "Hospital de Leão".

Handwritten notes in the middle section, including "Hospital de Leão" and "Hospital de Leão".

Handwritten notes at the bottom of the page, including "Hospital de Leão" and "Hospital de Leão".

09/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 09/06/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME : Ywry De Paiva Camara



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data da Internação: 07/06/2019

Data da Alta: 09/06/2019

Registro: 1915892

Tempo de Permanência: -18055

Diagnóstico Inicial:

fr. exposta ossos da perna (D) (Gust II II)

Diagnóstico Final:

O. M. M. M.

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: LMC + RAFI

Data: 08/06/2019

Equipe:

Cirurgião: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: THIAGO AUGUSTO MAHON BRAGA

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Patomopatológico: NDN

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA, APRESENTANDO DOR, DEFORMIDADE E FERIMENTO LOCAL. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA. REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO DE URGÊNCIA SEM INTERCORRÊNCIAS. EVOLUI EM 2º DPO BEM COM FO SECA E BEM COAPTADA.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL, CURATIVO DIÁRIO E NÃO PISAR.

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC + LISADOR DIP + AAS + LEVOFLOXACINO

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos



09/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso0dias

Condições de Alta::Melhorado

Data09/06/2019

Assinatura/Carimbo
Ywry De Paiva Camara

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ywry De Paiva
Camara

Ywry de Paiva Camara
SPECIALISTA EM ATENDIMENTO LOGO
CRM/PB 10907



PACIENTE:	JANNYEL DE AVELINO DE LUNA
DATA DO EXAME:	07/06/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

- Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente nas porções visualizadas.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

- Ausência de sinais ecográficos sugestivos de lesões relacionadas ao trauma nas vísceras sólidas abdominais.



Dr. Arthur José Ventura
Médico Radiologista
CRM / PB 6481







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

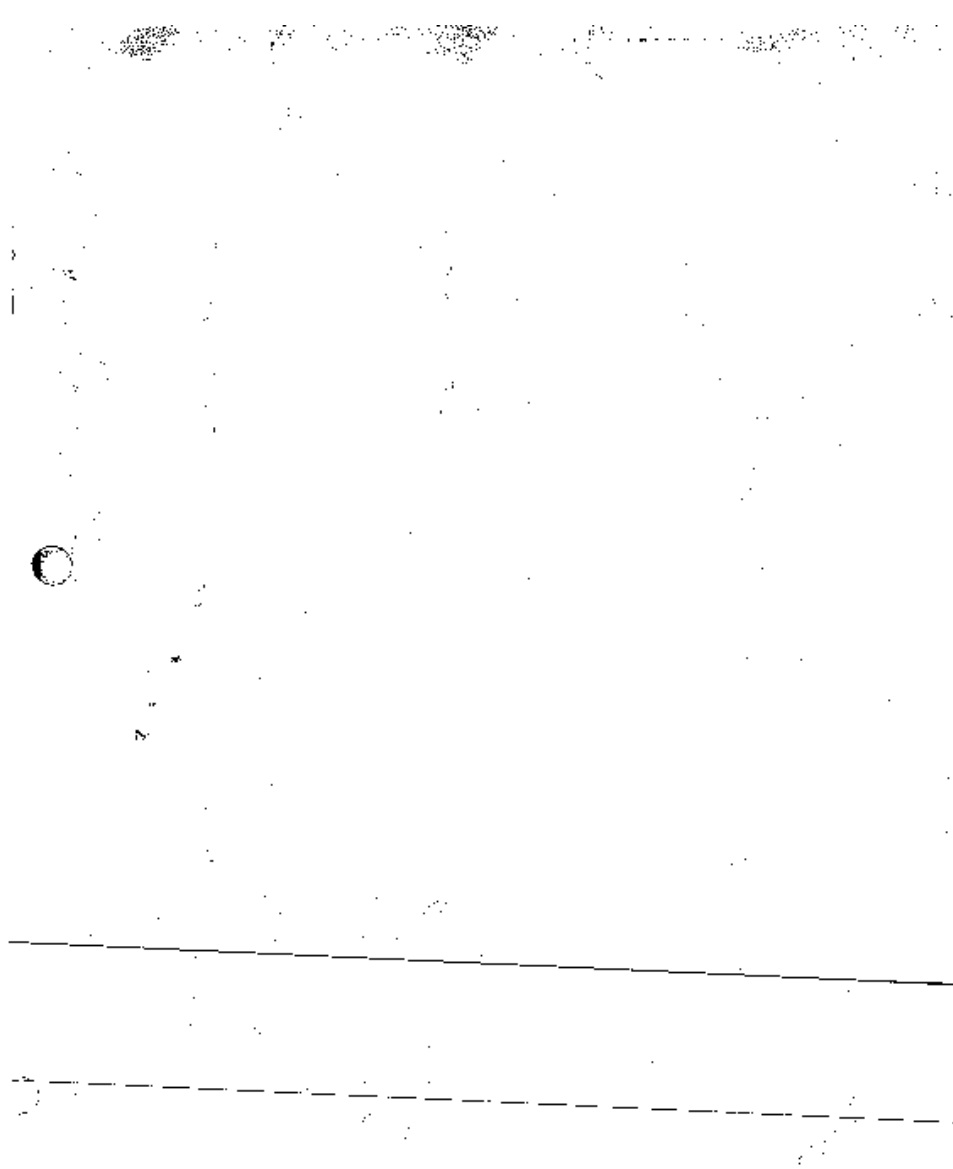
Janayel Delino

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DADOS CLÍNICOS: P3 - op.							
MATERIAL A EXAMINAR:							
EXAME SOLICITADO: Rx Tórax @ AP + Perfil.							
URGÊNCIA:	ROTINA:		RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO				
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:		Yury de Paiva Câmara ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PB 10907				







DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EX

NOME:

PRONTUÁRIO:

JANIEL AVELINO DE LUNA

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITC
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	-------

DADOS CLÍNICOS:

Peritomeado

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

USG FAST.

07/06/19

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA:

07/06/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

Hayza Fernandes Felfino
CRM 163.137-7
Régua 9022





REQUISICÃO DE EXAME

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

Nome: *Januel*

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:
07/06/2019

DR. JOSÉ ROMÃO GOMES
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 198121

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO: *mx Perna A AP + P.*

RGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
ATA: <i>07/06/19</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Yvity de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





HTCG-Paine! Administrativo

do paciente ou responsável(quando necessário)

Date: 07/06/2019

of

praatend=21:01:



17/06/2019



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1915849 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 07/06/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: JANNYEL AVELINO CEP: 58125000 Nascimento: 18/07/1988

DE LUNA

Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO

Cidade: Alagoinha Nova

Nome da Mãe: MARIA JOSE D LUNA

Responsável: JESSICA ALMEIDA SILVA

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 21:00:01

Médico: CRM:

Especialidade:

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / às

Dia / /

Especialista: /

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1 500 ml EV, agora

2 Dipirona 1g - oldmp EV, agora

3 Nitro 20mg - oldmp EV, agora

4

HORÁRIO REALIZADO

21:25

RAIO X

REALIZADO EM:

09/06/2019

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES

DIAGNOSTICO / CID: *Voltrauma*
EXAME SECUNDARIO / PARCELA MEDICO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

S. MOREIRA

*Paralelismo com quadro de
problema exposto de Tbx D
sem outros alterações visuais -
resolvidas.*

*Procedimento cirúrgico
ligadura interna de a. e. i. e. p.*

cirurgia geral - 22:36

Ata cirurgia geral - pt. 5, pontos.

Dr. Antônio João Nêto
MÉDICO RESIDENTE
Cirurgia Geral
CRM/PB 8108

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

() Centro cirúrgico
() Internação (setor) () Alta hospitalar / () A revisão
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Decisão Médica
() Óbito

S. Moreira Almeida da Silva



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

NOME: JANMYEL AVELINO DE LUNA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO: 3363711 SSP PB

CNPJ: 078.920.954-38 DATA NASCIMENTO: 18/07/1998

FILIAÇÃO: JOSE AVELINO DE LUNA
MARIA JOSE DE LUNA

PERMISSÃO: ACIC CATANIA

Nº REGISTRO: 04028881879 VALIDADE: 16/12/2021 1ª HABILITAÇÃO: 31/01/2007

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO DETRAN

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO: 26/12/2016

64369617305
PB033728780

DETRAN - PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1405281992

PROIBIDO PLASTIFICAR
1405281992



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011545360574

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0033746075-2 06/00000000 2014

LUIZ PAULO SOARES DA SILVA

07698549402 OET7026/PB

NOVO PB 9C2KC16808P530720

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN RSDI 2011 2011

2 P/149 /C1 PARTIC VERMELHA

1 1PVA FAGO KM 30/06/2014

PREMIO TAFS/ALCO 07698549402 30/06/2014

SEM RESERVA DE DOMINIO

PLACA NOVA-PB 32875

18/05/2015 27434

PBNº 011545360574 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

07698549402 AS INFORMAÇÕES, LEIA NO OET7026/PB

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 023 1204

2014 18/05/2015

07698549402 OET7026/PB

HONDA/CG150 FAN RSDI

2011 9 9C2KC16808P530720

PRÊMIO TARIFÁRIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596170 **Cidade:** Lagoa Seca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.9,17)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

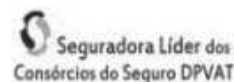
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	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-0367178/19

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

CPF: 078.920.954-38

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 07/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JANNYEL AVELINO DE LUNA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JANNYEL AVELINO DE LUNA : 078.920.954-38

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: 22/10/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



PROCURAÇÃO


Outorgante: JANNYEL AVELINO DE LUNA, brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autônomo, residente e domiciliado na Rua Almeida Castro, 62, bairro: centro, Município de Alagoa Nova, Estado da Paraíba, Cep. 58125-000, portador do Rg. nº 3.363.711, SSP/PB e CPF nº 078.920.954-38.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JANNYEL AVELINO DE LUNA, ocorrido em 07/06/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Processo de natureza: INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

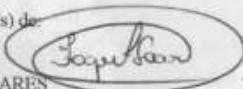
Alagoa Nova _____ - PB, 21 / centulhas 2019.

Outorgante

CPF Nº 078.920.954-38

"RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE"

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" *Antônio Marcos Ribeiro de Melo*
R. Diamantino Leite, 138 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (33) 3365-1904
TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JANNYEL AVELINO DE LUNA
Dou fé: Alagoa Nova/PB - 21/10/2019
Escrevente: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selo Digital: AJI36741-V11M
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepj R\$ 1,82



Cartório "Alípio Bezerra"
ALAGOA NOVA-PB
Fagner Rodrigues Soares
ESCREVENTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367178/19

Número do Sinistro: 3190596170

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

CPF: 078.920.954-38

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 07/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JANNYEL AVELINO DE LUNA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JANNYEL AVELINO DE LUNA : 078.920.954-38

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: 28/10/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS





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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190596170 Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data do Acidente: 07/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANNYEL AVELINO DE LUNA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---

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. 01913/01914 - carta_03 - INVALIDEZ

00290957



Carta nº 15004261

