



Número: **0809308-43.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **16/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUIZ CARLOS 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
38535501	19/01/2021 20:50	2776009_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, 22 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200347670

Vítima: LUIZ CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ CARLOS 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **LUIZ CARLOS DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001456**

Conta: **000000025783-5**

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.

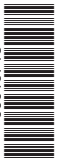
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01485/01486 - carta_15R - INVALIDEZ

00010743





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: 064 357.384-40 4 - Nome completo da vítima: Luiz Carlos 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: Luiz Carlos da Silva 6 - CPF: 064 357.384-40
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Luiz Cláudio Pereira Siqueira 23
9 - Número: 10 - Complemento: A
11 - Bairro: Cristo Redentor 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58072-825
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 988551045

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 ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 1456 CONTA: 000257835
(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 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 contestar-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), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (v(a)nascer)? ☐ 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 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.

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

--- 71 V002/2019





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00266.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00266.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:14 horas do dia 23 de setembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Luiz Carlos da Silva**, conhecido(a) por Carlinhos, CPF nº 064.357.384-40, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria da Penha da Silva e José da Penha Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/12/1986 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elmano Pereira de Siqueira, Nº 23-A, complemento CASA, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Próximo da Padaria, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Ministro José Américo de Almeida, nº S/N, Via Pública, Próximo Ao Mercadinho Beira-rio, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/06/20 06:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 TITAN ESD, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2012/2012, UF: PB, placa OFH-9226, chassi 9C2KC1650CR309007, renavam 0048743586-9, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO PILOTAVA O VEÍCULO NO LOCAL JÁ DESCRITO AMBOS ANTERIORMENTE ACIMA, PERDEU O CONTROLE DO MESMO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE E QUE O DECLARANTE QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS PERTINENTES A SUA SITUAÇÃO E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM, O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

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


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre I. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00266.01.2020.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 23 de setembro de 2020.

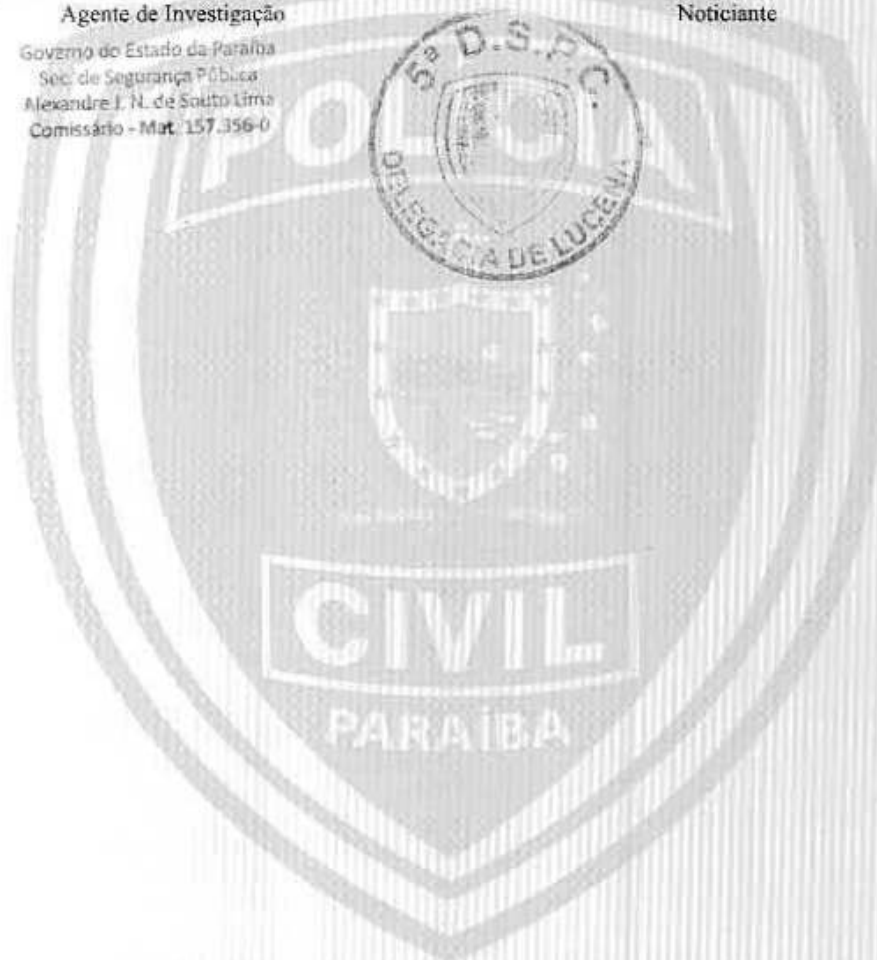
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

LUÍZ CARLOS DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 00266.01.2020.1.05.101

2/2





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: 064 357.384-40 4 - Nome completo da vítima: Luiz Carlos 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: Luiz Carlos da Silva 6 - CPF: 064 357.384-40
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Luiz Cláudio Pereira Siqueira 23 9 - Número: 23 10 - Complemento: A
11 - Bairro: Cristo Redentor 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58072-825
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 988551045

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 ☐ 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) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 1456 CONTA: 00025783 5

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 contestar-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), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (v(a)nascer)? ☐ 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 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.

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, 20 de Setembro de 2020

Luiz Carlos da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

--- 71 V002/2019



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: 16/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CARLOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000025783-5

Nr. da Autenticação 94B7AE5A8B454561





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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1241740 e PRONTUÁRIO nº 123173

PACIENTE: LUIZ CARLOS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 20.12.86

Data e Hora do Atendimento: 17.06.20

Horário: 9:46h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta procedente do ORTOTRAUMA apresentando quadro de trauma no ombro esquerdo com fratura da cabeça do úmero. Atendido pelo Dr. Heisenberg B. M. Almeida CRM 6229, Dr. Remo Soares CRM 2447, Dr. Alexandre Nishimi CRM 10730.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

CID 10 S 42.2

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do braço ombro esquerdo AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 28.06.20 com osteossíntese do úmero proximal esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: Em 29.06.20 às 6:06h.

Data da Emissão: 17.08.20

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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





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



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1241740



Identificação do paciente				
ID 1512668	Nome LUIZ CARLOS DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/12/1986	Idade 33 anos 5 meses 28 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA PENHA DA SILVA	Pai JOSE DA PENHA SILVA			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)	
DDD Celular 83	Celular 987166314	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3065717	Nº Cns 705801475129635		
Local de procedência		Tipo	UF	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58071685	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ROSA DE FÁTIMA	
Número 23	Complemento	Bairro CRISTO REDENTOR		
Admissão				
Data e Hora 17/06/2020 09:46:49	Número da pulseira 1000007950031	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Veio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou CARRO PARTICULAR			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG [] Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por MISAEI DE JESUS MEDEIROS				Tempo 01seg

Imprimir





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



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Paciente LUIZ CARLOS DA SILVA	BAE 1241740	Data/Hora Entrada 17/06/2020 09:46:49	Data Baixa
Data de nascimento 20/12/1986	Idade 33a 5m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987186314
Mãe MARIA DA PENHA DA SILVA		CNS 705801475129635	Prontuário
Endereço ROSA DE FÁTIMA, 23	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES	Nº Cons. Regional 12412/PB
Data/Hora Classificação 17/06/2020 09:56:09		Data/Hora Prescrição 17/06/2020 11:00:03	

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica:	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal:	Saturação (spO2):	Hemoglicoteste (HGT):	Cor da Pele: NORMAL
Peso:	Altura (m): 0		

ANAMNESE

Ortopedia Pte com história de queda de moto há 4 horas, apresenta dor no ombro esquerdo. Veio encaminhado do ortotrauma de mangueira por dr Heizenberg. Ao exame: NV preservado; adm no ombro esquerdo limitada. Rx evidenciando fratura da cabeça do umero esquerdo. Negã elãngia medicamentosa CD: internamento para tto cirurgico Staff: Dr Remo castro

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 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA. (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

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

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

ELETRCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP, PERFIL ESCAPULAR E AXILAR)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

Dr. Andre G. S. Ximenes

CRM-PB 12412



GLICÓSE
HEMOGRAMA COMPLETO
UREIA
IONOGRAMA

PROCEDIMENTO

TIPOIA. (OBSERVAÇÕES: MSE)

CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero.

Conduta

Internar Paciente

Dr. André G. S. Ximenes
Médico
CRM-PB 12412

Enfermeiro

ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES
(CRM: 12412/PB)

Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 17/06/2020 09:46:50





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente LUIZ CARLOS DA SILVA	BAE 1241740	Data/Hora Entrada 17/06/2020 09:46:49	Data Baixa
Data de nascimento 20/12/1986	Idade 33a 5m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987166314
Mãe MARIA DA PENHA DA SILVA		CNS 705801475129635	Prontuário
Endereço ROSA DE FÁTIMA, 23	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional REMO SOARES DE CASTRO	Nº Cons. Regional 2447/PB
Data/Hora Classificação 17/06/2020 09:56:09		Data/Hora Prescrição 17/06/2020 10:21:58	

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica:	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal:	Saturação (spO2):	Hemoglicoteste (HGT):	Cor da Pele: NORMAL
Peso:	Altura (m): 0		

NAMNESE

pcte com trauma no ombro esquerdo com fratura de cabeça de umero encaminhado do ortotrauma de mangabeira por dr heizenberg, solicitado rx

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDO

CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do umero

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Remo Soares
005002447
REMO SOARES DE CASTRO
(: 2447/PB)

Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 17/06/2020 09:46:50



13. *Explain the importance of the following:*

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

[illegible]

ÓBITO/DURANTE/ATO CIRÚRGICO

~~Dr. Alexandre L. Nishimi
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Ombro e Cotovelo
CEM-PB 10.700/1EGT 1996~~



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
ANTIBIOTICOPROFILAXIA
Incisão:
INCISAO DELTOPEITORAL
DIVULSAO POR PLANOS
HEMOSTASIA CRITERIOSA
Achados:
FRATURA DE UMEROS PROXIMAL
Condução:

REPARO TUBEROSIDADE COM ETHIBOND + REDUÇÃO CRUENTA
FIXAÇÃO COM PLACA ANATOMICA BLOQUEADA EM UMEROS COM (PHILLUS) + PARAFUSOS
CHECADO SOB ESCOPIA COM BOA REDUÇÃO
CONTROLE DA HEMOSTASIA

Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTÉREIS
RX DE CONTROLE
TIPOIA VELPEAU
Observação:

(Assinatura)
 M. Alexandre V. Nishimi
 CRM 10.730 / 1501 / 1967
 Cirurgião de Lomito e Lomito

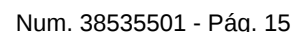
Médico/CRM:

João Pessoa,

28/6/2020



En un caso el quita





CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS

HEBTS/SH

Período Pré-Operatório

16/02
Domingo

1.1 Dados de Identificação

Nome: Paulo Carlos Silva
Idade: 33 Sexo: M BE/Prontuário: 1243790
Data da visita Pré-Operatória: 26/06/20 Hora: _____ Enfermaria: _____ leito: _____
Alergias: () sim (☒) não () não sabe Quais: _____
Dor: () presente () ausente Local: _____
Sítio Cirúrgico - Passado Cirúrgico: _____
Antecedentes familiares: _____
Checar exames pré operatório(hemograma, glicemia, SSVV, ECG e risco cirúrgico)
OBS: OK
Chegar documentos: visita pré-cirúrgica (☒), visita pré - anestésica () Termo de autorização para procedimento cirúrgicos() OBS: _____
Utilização() sim () não
Orientações:
(☒) Retirar prótese e adornos
(☒) Jejum informado
(☒) Orientação sobre: banho com clorexidina deg-1-2horas antes da cirurgia mais higiene oral criteriosa, confortar o paciente explicando o procedimento e funcionamento do centro cirúrgico
(☒) Realizar tricotomia Dra. Fabiana Costa, Vendas
Enfermeiro/Coren(a): CORENE PEREIRA ENF
Obs. Sinalizar aos enfermeiros plantonistas e aos médicos responsáveis quaisquer pendências.

Período Transoperatório

Procedimento: Tto. Cir. de Trat. de Útero Proximal (E)

1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

(☒) identidade concluída/avaliação pré-anestésica
(☒) Sítio demarcado (☒) Consentimento informado
(☒) Procedimento cirúrgica (☒) Jejum
(☒) Verificação de segurança anestésica

> O PACIENTE POSSUI:

Via aérea difícil/ risco de aspiração?

() Não (☒) Sim e equipamento/ Aspiração disponível () Houve recusa de resposta médica

Risco de perda sanguínea > 500ml. (7ml/kg em crianças)?

() Não
(☒) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos
(☒) Reserva Hemocomponentes
() Houve recusa da resposta médica

> Checagem equipamentos

(☒) Monitorização (☒) Bisturi elétrico (placa+cabo) (☒) Suporte de oxigênio
(☒) Aspirador (☒) Carro de anestesia + gases + oxigênio e agentes inalatórios
(☒) OPME () não se aplica (☒) Realização de desinfecção na sala N° 01
(☒) Conferir esterilização das embalagens () Houve recusa da resposta médica

> ACESSO VENOSO

(☒) Periférico () ACV

F(NG).ASCIR.035-1





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Trazendo o melhor para o paciente



Governo do Estado
PARAIBA
Governo do Estado

Documento de Alta

Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA			Número Prontuário: 123173
Data de Nascimento: 20/12/1986	Sexo: Masculino	Data de Internação: 17/06/2020 12:27:54	Data de Alta: 29/06/2020 06:06:15
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: TRATAMENTO CIRURGICO DE UMBRO PROXIMAL ESQUERO			
Resumo da Internação: #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMBRO PROXIMAL E #12º DIA ADMISSAO: Pcto com historia de queda de moto ha 4 horas, apresenta dor no ombro esquerdo. Vem encaminhado do ortotrauma de mangabeira por dr Heizenberg. Ao exame: NV preservado; adm no ombro esquerdo limitada. Rx evidenciando fratura da cabeça do umero esquerdo. Nega alergia medicamentosa HOJE, PACIENT NO 1º DPO OSTEOSSISTENTE DE UMBRO PROXIMAL E SEM INTERCORRENCIAS. POR DR ALEXANDRE NISHIME CD: ALTA HOSPITALAR ATB ANES ANALGESICOS ORIENTACOES RETORNO AMBULATORIAL HEMI-J STAFF DR HEISEMBERG			
Resultado dos Exames: RADIOGRAFIA EXAMES LABORATORIAIS EXAME CLINICO			
Tratamento: ALTA HOSPITALAR ATB ANES ANALGESICOS ORIENTACOES RETORNO AMBULATORIAL HEMI-J			
Diagnóstico: S42.2 - Fratura da extremidade superior do umero			
Recomendações: TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS SEGUIR ORIENTAÇÕES RETORNO AMBULATORIAL			

Data: 28/06/2020

Dr. Heizenberg R.M. Almeida
MÉDICO CRM PB/6629
CNS 90001627-2/04340

CLEMENTINO ALEXANDRE DE
CALDAS NETO
CRM: 7596 - PB





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

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



Senador Humberto
PARAÍBA
Governo do Estado

Atestado Médico

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

LUIZ CARLOS DA SILVA

RG (IDENTIDADE)

3065717

FOI ATENDIDO(A) POR **CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO**

DO(A) **SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

NO DIA **17/06/2020 10:05:41**

NECESSITANDO DE **60**

- sessenta

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID: **S42.2**

S42.2

OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

J. Pessoa **29/06/2020**
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ODONTÓLOGO

(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Clementino Alexandre de Caldas Neto
CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO
(7596/PB)

HULTSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:50:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920500663100000036744768>

Número do documento: 21011920500663100000036744768

3218-5822



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



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Luiz Carlos da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 14/06/2020

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: Fratura Unco Proximal

PROCEDIMENTO: Fixação Cirúrgica

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
<u>Em 10 dias</u>	<u>Ortopedia</u>		
	<u>Dr. Alexandre Pishine</u>		
	<u>em especialidade</u>		
	<u>e Ambrósio</u>		

F(NG).APC.035-1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1631715571

PRIMEIRO PLÁSTICO

1631715571

NOME: LUIZ CARLOS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF: 3065749 SSP PB

CNPJ: 064.357.384-40 DATA NASCIMENTO: 20/12/1986

FUNÇÃO: JOSE DA PENHA SILVA MARIA DA PENHA DA SILVA

PERMISSÃO: [] ACC: [] CENSO: AD

1º EMISSÃO: 04688657390 VALIDEZ: 30/11/2023 1ª RENOVAÇÃO: 06/07/2009

ASSINATURA DO PORTADOR: Luiz Carlos da Silva

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 15/12/2017

76878474665 P8035815582

PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 920

Assinatura do titular: Luiz Carlos da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 3065717 DATA DE EMISSÃO: 27/12/2002

NOME: LUIZ CARLOS DA SILVA

FILIAÇÃO: José da Penha Silva Maria da Penha da Silva

JOÃO PESSOA, PB. 20.12.1986

Cert. Nascimento Nº 42855-fins. 106.11v.A-40

CPF: 76878474665

ASSINATURA DO DIRETOR: [Assinatura]

DATA DE EMISSÃO: 27/12/2002

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Registro de Pessoa Física

Número de inscrição: 064.357.384-40

Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA

Nascimento: 20/12/1986

Sistema Único de Saúde

Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA

Data de Nascimento: 20/12/1986

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível. Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque Saúde.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS POR
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS OU NA
AIS CAUSADOS POR VEICULOS
POR SUA CARGA, A PESSOA
SEGURO DPVAT

PB Nº 014666609934

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

22/08/2019

VIA

06435738440

CPE / CNPJ

PLACA

OFH9226/ PB

RENAVAM
00487435869

HONDA/ CG

MARCA / MODELO

150 TITAN ESD

ANO FAB
2012

CAT. TAXA

9

Nº CHASSI

9C2KC1650CR309007

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

P A G O

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

19/08/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

52006-1531051-20190822

6102-101



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200347670 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 17/06/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO ÚMERO ESQUERDO.P.3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA+PARAFUSOS) - ALTA MÉDICA.
P.3,6,7,10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA COM 33 ANOS/FOLHA CIRÚRGICA-P.6,7.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____ CPF DA VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
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, TALS 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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () 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)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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, TALS 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, ACESSAR WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274187/20

Vítima: LUIZ CARLOS DA SILVA

CPF: 064.357.384-40

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 17/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUIZ CARLOS DA SILVA : 064.357.384-40

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: 28/09/2020
Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA
CPF: 064.357.384-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

LUIZ CARLOS DA SILVA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

