

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, 20 de Novembro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200398983**

Vítima: JOSE AILTON GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AILTON GOMES 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE AILTON GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000003501-7

Conta: 000010033085-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

José Alton Gomes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<i>José Alton Gomes da Silva</i>		6 - CPF:	<i>25 221 854-68</i>	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:	
<i>apresentador</i>	<i>R. Emanuel Lúcio da França</i>	<i>25</i>			
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - UF:	14 - CEP:	15 - Tel.(DDD):	
<i>Mangabeira</i>	<i>Jacó Pessoa</i>	<i>PB</i>	<i>58057-020</i>		
16 - E-mail:					

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <i>300</i>	CONTA: <i>33.085</i>	X
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à inspeção médica presencial, caso necessário, os custos da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar vivos:	30 - Vítima deixou nascituro(nascituras)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	Nascituro(nascituras)?	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha irmãos, informar vivos:	<input type="checkbox"/> Não
					Irmãos:	
						33 - Vítima deixou pais/avós vivos?
						<input type="checkbox"/> Sim
						<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 responsabilização criminal por infração do artigo 205 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

J. Pessoa, 02/11/2020
X José Alton Gomes da Silva

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do representante legal (se houver)

PS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^o Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 06625.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 06625.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:54 horas do dia 04 de novembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **José Ailton Gomes da Silva**, CPF nº 251.221.854-68, nacionalidade brasileira, estado civil viúvo(a), identidade de gênero masculino, profissão Caminhoneiro, filho (a) de Alzira Gomes da Silva e Ausente, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 16/07/1956 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av.josefa Taveira, Nº 273, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Perto do Banco do Brasil, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av.josefa Taveira, Perto do Banco do Brasil, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: templo religioso (igreja, sinagoga, etc); Data/Hora: 07/07/20 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303, § 1º da Lei 9.503/97 (Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena).

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que estava atravessando a faixa de pedestre em mangabeira, quando um veículo motocicleta, não sabendo especificar a marca e modelo, nem placa do veículo, nem sabe o nome do condutor; QUE relata que ao tentar passar e os carros já parados na faixa, foi quando essa motocicleta e condutor da mesma, não respeitando a faixa de pedestre, passou ligeiramente e veio a atropelar ao notificante, que devido ao impacto foi jogado ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TÉRCIO G. G. DA TRINDADE, CRM 3920, DATADO DE 14/10/2020, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo BOMBEIRO; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S43,0

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

João Pessoa/PB, 04 de novembro de 2020.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

JOSE AILTON GOMES DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

259 221 854-68 José Alton Gomes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: *José Alton Gomes da Silva* 6 - CPF: *259 221 854-68*
 7 - Profissão: *apresentador* 8 - Endereço: *R. Emanuel Lúcio da França* 9 - Número: *25* 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *Mangabeira* 12 - Cidade: *Jacó Pessoa* 13 - UF: *PB* 14 - CEP: *58057-020*
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **300** | CONTA: **33.085** | X

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ | CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à inspeção médica presencial, caso necessário, os custos da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância a com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascituras): Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 responsabilização criminal por infração do artigo 205 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

12 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AILTON GOMES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03501-7

CONTA: 000010033085-1

Nr. da Autenticação DFCE31DA0269D915



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E SANEAMENTO PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 69.128.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME SEU NÚMERO
MATRÍCULA

1019314

REFERÊNCIA

JUN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA DA CONCE CAO B M ARAUJO
CIA EMMANOEL LISBOA DE LUCENA, 215 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA PB 53057- 020

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável		
101.084.645.0645.000	000				
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Águas		
101931451	01/10/2015	JARDIM LIGADO	LIGADO		
LEITOR ATUAL CONSUMO (m³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA					
223	227	4	32		
			22/07/2020		
TEST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS					
10/01/2020	5	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
10/01/2020	6	TURBIDEZ	268	210	255
10/01/2020	7	CLORO	168	275	275
FEV/2020	8	PH	0	0	0
10/01/2020	4	COR	73	86	78
02/2019	4	COL. TOTAIS	268	215	265
10/01/2020	5	DADOS REFERENTES A: ABR/2020			

DATA DA IMPRESSÃO: 23/06/2020	HORA DA IMPRESSÃO: 09:13:45
DESCRICAÇÃO	CONSUMO TOTAL(R\$)
AQUA	
RESIDENCIAL UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA	4,83 32,91
ESGOTO	
RESIDENCIAL UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ESGOTO	4,43 30,33
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS LEI 12.741/13	
INCIMENTO: 04/07/2020	Total a Pagar: R\$ 68,24



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA/CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

ESPIORES USUÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELO COVID-19 (CORONAVÍRUS), ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS E AGÊNCIA VIRTUAL (CAGEPA.PB.GOV.BR).

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-660
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST.: 160158230

REAVISO DE CONTA

CDC: 0000280012-6

06-001-409-3140 B
PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA
Domicilio:
Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS

971 Medidor: 00008162616

VARADOURO
CEP: 58.010-18
Coordenadas: -7,121236, -34,889865



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?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 Nº9.613/98,

Pelo exposto, eu Flaviane de Souza Pernane

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 048 079 624 , 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Joé Alton Gomes da Silve Inscrito (a) no CPF sob o Nº 251 221 854 68

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima _____

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 251 221 854 , 68 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 Lider-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:	<u>Rua do Republica</u>	Número:	<u>310</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58010-180</u>
E-mail:	_____			

Local e Data: J. Pessoa, 03/11/2020

Flaviane de Souza Pernane

Assinatura do Declarante

Nome: JOSÉ AIRTON GOMES DA SILVA

Idade: 64 anos

ULTRASSONOGRAFIA OMBRO ESQUERDO

Exame realizado em modo bidimensional, com equipamento dinâmico de alta resolução (SONOSITE M-TURBO), em tempo real, usando-se transdutor linear multifrequencial, variando de 7,5 a 10 Mhz.

1. **CABO LONGO DO BICEPS (TCLB):** tendão em sua topografia habitual (no sulco bicepital), com padrão eco textural homogêneo, hiperecogênico, fibrilar e de espessura normal em relação ao lado contra lateral. Sem sinais de descontinuidades, sem tendinopatias e sem tenossinovites.
2. **TENDÃO SUBESCAPULAR (TSESC):** tendão inserindo-se na pequena tuberosidade do úmero, com parábola suave e sem sinais de descontinuidades. Padrão eco textural homogêneo, fibrilar, hiperecogênico e de espessura normal em relação ao lado contra lateral.
3. **TENDÃO SUPRAESPINHAL (TSS):** tendão inserindo-se na grande tuberosidade do úmero, com parábola suave e sem sinais de descontinuidades. Padrão eco textural homogêneo, hiperecogênico, fibrilar e de espessura normal em relação ao lado contra lateral. Apresentando uma rotura parcial em seu sítio de inserção distal e que mede 0,3 x 0,2 cm.
4. **TENDÃO INFRAESPINHAL (TIS):** tendão com padrão eco-textural homogêneo, hiperecogênico, fibrilar e de espessura normal em relação ao lado contra lateral. Com parábola suave e sem sinais de descontinuidades.
5. **BURSA SUB ACRÔMIO-DELTOIDEA (BSDA):** encontra-se normo distendida.
6. **RECESSO POSTERIOR (RP):** encontra-se normo-distendida (ausência de líquidos). O labrum encontra-se com eco textura normal.
7. **ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR:** apresenta volume e distância conservados.

ID: Ecografia compatível com rotura parcial do supraespinhal.

Dr. Matheus C. Pompeu
Radiologia e Diagnóstico por imagem
CRM-PE/1128
CREMEPE/1115

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

05/11/2020



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 1244821

PACIENTE: JOSÉ AILTON GOMES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 16.07.56

Data e Hora do Atendimento: 07.07.20

Horário: 19:21h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento por moto apresentando escoriações no supercílio esquerdo, dor e deformidade no ombro esquerdo, dor no quadril esquerdo, Atendido pelo Dr. Igor Batista Camargo CRO 4632, Dr. Glauber Novais CRM 9220, Dr. Luciano Gomes de Figueiredo CRM 9328.

DIAGNÓSTICO INICIAL: LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO
CID 10 S 43 0

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do ombro esquerdo AP e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil, redução incruenta de luxação glenoumral anterior esquerda.

ALTA HOSPITALAR: Em 07.07.20 às 22:34h

Data da Emissão: 14.10.20

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

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CVBHEETSHL
CRM - 3920

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



27/07
AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1244821



Identificação do paciente

ID 600734	Nome JOSE AILTON GOMES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 16/07/1956	Idade 63 anos 11 meses 21 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião CATOLICA	Pronome 73683
Mãe ALZIRA GOMES DA SILVA				País NAO DECLARADO
Educação FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Celular 83	Celular 988098927			DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 664376			Nº Cns 898001237810533
Local de procedência MANGABEIRA				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade ALAGOA GRANDE			UF PB
CBO/R				

Endereço

CEP 58055000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSEFA TAVEIRA
Número 273	Complemento	Bairro MANGABEIRA	

Admissão

Data e Hora 07/07/2020 19:21:05	Número da pulseira 1000008777842	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade
CIRURGIA GERAL

Classificação de risco

Caráter do atendimento

Motivo do atendimento
ATROPELAMENTO

Clinica

Origem do paciente
RUA

Detalhe do acidente
MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos:

Diagnóstico	CID
Atendido por MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA	Tempo

Imprimir





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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSE AILTON GOMES DA SILVA	1244821	07/07/2020 19:21:05	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
16/07/1956	63a 11m 21d	Masculino	(83) 988098927
Mãe		CNS	Prontuário
ALZIRA GOMES DA SILVA		898001237810533	73683
Endereço	Bairro	Município	UF
JOSEFA TAVEIRA, 273	MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X PEDESTRE	ATROPELAMENTO	PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCAO	3680/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
07/07/2020 19:21:05		07/07/2020 19:53:06	

ANAMNESE

#BMF# PACIENTE RELATA TER SIDO VITIMA DE ATROMPELAMENTO POR MOTO HÁ CERCA DE 1 HORA. NEGA VÔMITO, DESMAIO, DOENÇAS DE BASE E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NO MOMENTO EM BEG, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO, EM MACA. AO EXAME FISICO APRESENTA ESCORIAÇÃO EM SUPERCILIO (E), MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS. CAVIDADES NASAIS PERTINAS, BOA ABERTURA BUCAL, MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS. SEM DEGRAU OU CREPITAÇÃO OSSEIA A PALPAÇÃO. CD: 1. AVALIAÇÃO, 2. ORIENTAÇÕES, 3. ALTA BMF, AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

Conduta

Em observação

Enfermeiro

PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCAO

IGOR Belchior CAMARGO
Cirurgia Maxilo-Facial
CRM 4832-PB
CR 01173605-5 MOIEB

Boletim registrado por: MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA em 07/07/2020 19:21:05



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32166700 - CNES: 2593262

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Date Baixa
JOSE AILTON GOMES DA SILVA		1244821	07/07/2020 19:21:05	
Data de nascimento:	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
16/07/1956	63a 11m 21d	Masculino	898001237810533	(83) 988098927
Mae				Prontuário
ALZIRA GOMES DA SILVA				73683
Endereço:		Bairro	Município	UF
JOSEFA TAVEIRA, 273		MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo		Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X PEDESTRE	ATROPELAMENTO		TALITA LENNA BRAGA REIS	13001/PB
Data/Hora Classificação			Data/Hora Prescrição	
07/07/2020 19:21:05			07/07/2020 19:31:17	

ANAMNESE

- CIRURGIA GERAL- PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ CERCA DE 1 HORA, SEM RELATO DE PERDA DA CONSCIENCIA NO LOCAL. APRESENTA LESÃO CORTOCONTUSA EM SUPERCILIO ESQUERDO, NEGA CEFALÉIA. QUEDA DE DOR INTENSA EM OMBRO ESQUERDO COM RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO MESMO. NEGA ALERGIAS. AO EXAME CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, HIDRATADO, CORADO, AAA. A: VIAS AEREAIS PERTINAS, COM COLAR E PRANCHA RÍGIDA B: EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, SEM CREPITAÇÕES A PALPAÇÃO. C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO, ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA. PELVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, E: SEM ESCORIAÇÕES, DOR E REDUÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO. CONDUTA - AVALIAÇÃO DA BMF - AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA - ANALGESIA - RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: + SML AD)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: + SF 0,9% 100ML)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

CID10

T11.9 - Traumatismo não especificado do membro superior nível não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

TALITA LENNA BRAGA REIS
(CRM: 13001/PB)

DR. TALITA REIS
CRM: 13001/PB

Boletim registrado por: MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA em 07/07/2020 19:21:05

altc

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

Paciente	JOSE AILTON GOMES DA SILVA	BAE	Data/Hora Entrada	Date Baixa
Data de nascimento	16/07/1956	1244821	07/07/2020 19:21:05	2020-07-07 22:34:02.0
Idade	63a 11m 22d	Sexo	CNS	Telefone de Contato
		Masculino	898001237810533	(83) 988098927
Mãe	ALZIRA GOMES DA SILVA	Bairro	Município	Prontuário
Endereço	JOSEFA TAVEIRA, 273	MANGABEIRA	JOÃO PESSOA	73683
Acidente	MOTO X PEDESTRE	Motivo	Profissional	UF
		ATROPELAMENTO	GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA	PB
Date/Hora Classificação	07/07/2020 19:21:05		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
			07/07/2020 22:34:05	9220/PB

ANAMNESE

- CIRURGIA GERAL- PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA CERCA DE 1 HORA. SEM RELATO DE PERDA DA CONSCIENCIA NO LOCAL. APRESENTA LESAO CORTOCONTUSA EM SUPERCILIO ESQUERDO. NEGA CEFALÉIA. QUEXA DE DOR INTENSA EM OMBRO ESQUERDO COM RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO MESMO. NEGA ALERGIAS. AO EXAME CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, HIDRATADO, CORADO, AAA. A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, COM COLAR E PRANCHA RÍGIDA B: EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, SEM CREPITAÇÕES A PALPALÇÃO. C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO, ABDOMEN PLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA. PELVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. E: SEM ESCORIAÇÕES; DOR E REDUÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO. CONDUTA - AVALIAÇÃO DA BMF. - AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA - ANALGESIA - RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO.
(07/07/2020 19:31:17-TAL/PLENA BRASA REG)

#BMF# PACIENTE RELATA TER SIDO VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA CERCA DE 1 HORA. NEGA VÔMITO, DESMAIO, EM DOENÇAS DE BASE E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NO MOMENTO EM BEG, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO. VERBALIZANDO, EM MACA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA ESCORIAÇÃO EM SUPERCÍLIO (E), MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, CAVIDADES NASAIS PÉRVIAS, BOA ABERTURA BUCAL, MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS. SEM DEGRAU OU CREPITAÇÃO ÓSSEA A PALPAÇÃO. CD: 1 AVALIAÇÃO; 2. ORIENTAÇÕES, 3. ALTA BMF, AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

(07/07/2020 19:31:09-PAULO GERMÁNIO DE CARVALHO BEZERRA FALCÃO)

#ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO (SIC) APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO ESG. REFERE DOR EM QUADRIL ESG POREM ADM PRESERVADA, SEM ENCURTAMENTO OU ROTAÇÃO DE MIE. ADM LIMITADO, NV PRESERVADO AO RX LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR ESG CD: REDUÇÃO INCRUENTA - RX CONTROLE + REAVALIAÇÃO APOS RX

(07/07/2020 20:49:12-LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO)

ORTOPEDIA # PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO (SIC) APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO ESG. REFERE DOR EM QUADRIL ESG POREM ADM PRESERVADA, SEM ENCURTAMENTO OU ROTAÇÃO DE MIE. ADM LIMITADO, NV PRESERVADO AO RX LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR ESG REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA CONFIRMADO COM RADIOGRAFIA CD: IMOBILIZAÇÃO + ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO ATP + ALTA DA ORTOPEDIA

(07/07/2020 22:24:05-GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA)

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS/ML) (OBSERVAÇÕES: + 8ML AD)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + SF 0,9% 100ML)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

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

RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

S43.0 - Luxação da articulação do ombro

T11.9 - Traumatismo não especificado do membro superior nível não especificado

Dados coletados anteriormente	utilizar na impressão?
-------------------------------	------------------------


Dr. Glauber Novais
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB: 9220 / FONE: 16788

Conduta

Alta médica

Alta

Usuário

Data e Hora



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



Saúde
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32166700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSE AILTON GOMES DA SILVA	1244821	07/07/2020 19:21:05	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
16/07/1956	63a 11m 21d	Masculino	(83) 988098927
Mãe			Prontuário
ALZIRA GOMES DA SILVA			73683
Endereço	Bairro	Município	UF
JOSEFA TAVEIRA, 273	MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X PEDESTRE	ATROPELAMENTO	LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO	9328/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
07/07/2020 19:21:05		07/07/2020 20:48:02	

ANAMNESE

ORTOPEDIA # PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO (SIC) APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO ESQ. REFERE DOR EM QUADRIL ESQ POREM ADM PRESERVADA, SEM ENCURTAMENTO OU ROTACAO DE MIE. ADM LIMITADO. NV PRESERVADO AD RX LUXAÇÃO GLENOMERAL ANTERIOR ESQ CD: REDUÇÃO INCRUENTA + RX CONTROLE + REAVALIAÇÃO APOS RX

EXAME DE IMAGEM

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

RADIOGRAFIA DE BACIA

Conduta

Em observação

Enfermeiro

LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO
(CRM: 9328/PB)

Boletim registrado por: MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA em 07/07/2020 19:21:05



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 656310

Nome	CNS	Idade
JOSE AILTON GOMES DA SILVA	898001237810533	63
Data de Nascimento	Boletim Emergência	Prontuário
16/07/1956	1244821	73683
Material a examinar		
Seção:		Data Prescrição:
CONSULTÓRIO ORTOPÉDIA		07/07/2020 20:48:02

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULAS/OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)
(AP,VERDADEIRO + FERFIL ESCAPULAR E AXILAR)

RADIOGRAFIA DE BACIA

TIPO	X
DAT	07/10/2021
MORA	00:00:00
NOME TEC.	DR. LUIZ CARLOS MORAES
NOME RAD.	DR. LUIZ CARLOS MORAES

Reimpresso por:
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

卷之三

Usuário: TALITA LÉNA

Bokförlag
1244821

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Puntuação	Data Pr.
--------------------	-------	------	----	--------------	----------

Nome JOSE ALTON GOMES DA SILVA		Data de Nascimento 16/07/1956	Idade 63	Sexo MASCULINO	Nº Prontuário 1244821	Data Prescrição 07/07/2020 19:31:17
Motivo do Aendimento Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 07/07/2020 19:31:00 - 08/07/2020 19:31:00				Sentha
Convenio SUS		Matricula				Permanência na tomín
					Data da Internação: 07/07/2020 19:21:05	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamonto
---------------------	------	------	-------------------	---------------	-------------	-----	-------------

				Observação: + 8ML AD	E.V.		AGORA
1	DIPIRIDONA 500 MG/ML (AMPPOLA 2ML)	2,0	ML				
2	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG	Observação: + SF 0,9% 100ML	E.V.		AGORA

Reimpresión por:

Dra. TAIFFA REIS
Médica
RAM 20067

CRM 13001

GBM 13001

Assinatura e Câmbio no Confissional

卷之三



Parecer Médico

Nome JOSE AILTON GOMES DA SILVA	Idade 63A 11M 21D	Prontuário 73683
Boletim de Atendimento Data de Entrada 1244821 07/07/2020 19:21:05	Data Internação	Permanência na Unidade 9min
Convênio Leito SUS	Clinica CIRURGIA GERAL	Permanência no Leito
Parecer médico		
Especialidade BUCOMAXILOFACIAL	Profissional	
Motivo da solicitação LESAO EM SUPERCILIO ESQUERDO	Data da Solicitação: 07/07/2020 19:30:29	
Parecer	Data de Resposta:	

Dra. Tatá Reis
CRM-PB #1467



Parecer Médico

Nome JOSE AILTON GOMES DA SILVA	Idade 63A 11M 21D	Prontuário 73683
Boletim de Atendimento 1244821	Data Internação 07/07/2020 19:21:05	Permanência na Unidade 9min
Convênio SUS	Clínica CIRURGIA GERAL	Permanência no Leito
Parecer médico		
Especialidade ORTOPEDIA	Profissional	
Motivo da solicitação TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO.	Data da Solicitação: 07/07/2020 19:30:56	
Parecer	Data de Resposta:	

CRM 21967
Dra. Tânia E.P.

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 656274

Nome	CNS	Idade
JOSE AILTON GOMES DA SILVA	898001237810533	63
Data de Nascimento	Boletim Emergência	Prontuário
16/07/1956	1244821	73683
Material a examinar		
Seção:		
NUTRIÇÃO	Data Prescrição: 07/07/2020 19:31:17	

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSIÇÕES)

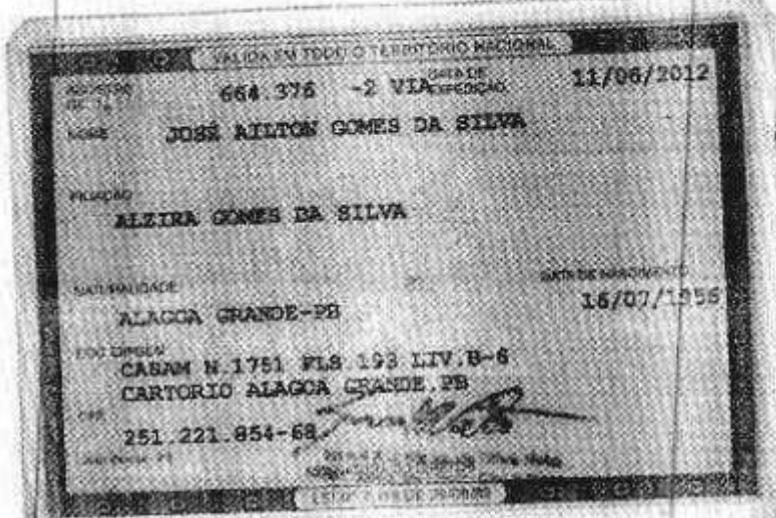
RAIOS-X	
TIPO ...	1011010
DATA ...	07/07/2020
HORA ...	19:31:17
HOME TEC. RAD.	AS6

Reimpresso por:-
dia:-



Assinatura e Carimbo do Profissional





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200398983 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENOUMERAL ESQUERDA (LESÃO LIGAMENTAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: 64 ANOS
PÁG. 1_EXAME / PÁG. 2/7_RELATÓRIO MÉDICO.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200398983 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENOUMERAL ESQUERDA (LESÃO LIGAMENTAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: 64 ANOS
PÁG. 1_EXAME / PÁG. 2/7_RELATÓRIO MÉDICO.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Outorgante: José Ailton Gomes da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão ~~apresentador~~, residente e domiciliado à Rua ~~Emerson Bimba~~ nº 213, bairro ~~Ingá de Baixo~~, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep.: 58057-020, portador(a) do RG nº 664 376, SSP/PB e CPF nº 251.221.854-68.

Outorgado: Flávia da Silva Oliveira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 310, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep.: 58010-180, portador (a) do RG nº 2611190, SSP/PB e CPF nº 048.019.624-69.

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) José Ailton Gomes da Silva, ocorrido em 07/07/20, 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.

J. Pessoa 02, de novembro de 2020.

X José Ailton Gomes da Silva
Outorgante
CPF Nº 251.221.854-68

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira