

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, 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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 251 221 854-68 3 - CPF da vítima: 251 221 854-68 4 - Nome completo da vítima: José Ailton Gomes 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: José Ailton Gomes da Silva 6 - CPF: 251 221 854-68
7 - Profissão: aposentado 8 - Endereço: R. General Lubeau de Luana 9 - Número: 25 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mongabueira 12 - Cidade: Jacaré Pessoa 13 - UF: PB 14 - CEP: 58057-020
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 35019 CONTA: 33.085 (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.

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 5.194/74), 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 análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso 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 (menor)? ☐ 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 suspensão de ressarcir o valor recebido, a bem da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

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)



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 Nº 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 **Jose Ailton Gomes da Silva**, CPF nº 251.221.854-68, nacionalidade brasileira, estado civil viuvo(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).

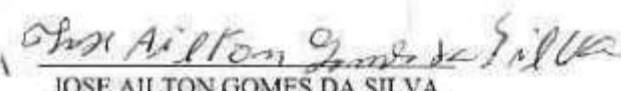
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 TERCIO 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.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 04 de novembro de 2020.


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 ASL: 251 221 854-68 3 - CPF da vítima: 251 221 854-68 4 - Nome completo da vítima: José Ailton Gomes 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: José Ailton Gomes da Silva 6 - CPF: 251 221 854-68
7 - Profissão: aposentado 8 - Endereço: R. General Lubeau de Luana 9 - Número: 25 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mongabueira 12 - Cidade: Jacaré Pessoa 13 - UF: PB 14 - CEP: 58057-020
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 35019 CONTA: 33.085 (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.

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 5.194/74), 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 análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso 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/mirador? ☐ 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 suspensão de ressarcir o valor recebido, a bem da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

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)

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 ESGOTO DE PARÁBIA
Rua Felício da Silva, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA
CHAMAR O 0800 11 11 11
MATRÍCULA

1019314

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

REFERÊNCIA

JUN/2020

MARIA DA CONCEIÇÃO B MARAUJO
C/A EMANOEL LISBOA DE LUCENA, 215 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA PB 58057-020

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Banheiro	Cotidiano	Cocina	Vara	
084.645.0145.000		000	0	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
YESN407451	13/10/2015	LARILHAC LIGADO	LIGADO				
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3)		NÚM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA					
123 227 4		32 22/07/2020					
TEST. CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS					
MAR/2020 5		PARÂMETROS EXIG. ANA. IS. CONFORMES					
ABR/2020 6		TURBIDEZ 268 270 255					
MAY/2020 7		CLORO 268 275 275					
FEV/2020 8		PH 0 0 0					
JUN/2020 4 60		COR 73 80 78					
DEZ/2019 4 60		COL. TOTALIS 268 275 265					
MÉDIA(M)		DADOS REFERENTES A: ABR/2020					

DATA DA IMPRESSÃO: 03/06/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 09:13:45

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

4 M3

32,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ESGOTO

4 M3

30,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

ENCARGAMENTO:

04/07/2020

Total a Pagar:

R\$ 68,24



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

ESTIMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVÍRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS, 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 - 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST.: 180158230

REAVISO DE CONTA

06 - 001 - 409 - 3140

B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

VARADOURO

Domicilio:

971 Medidor: 00008162616

CEP: 58.010- 18

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS

**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 9h 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

Flaviano do Silveira Amorim

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ex. Altair Gomes do Silveira

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 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: <u>Rua da República</u>	Número: <u>340</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Joaquim Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58010-180</u>	Tel.(DDD): _____

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

Flaviano do Silveira Amorim

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 biceptal), 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-PR 4128
CREMEREX 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

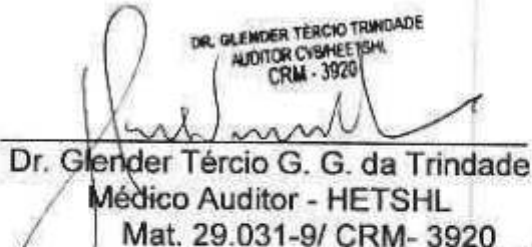
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento por moto apresentando escoriações no supercílio esquerdo, dor e deformidade no ombro esquerdo, dor no quadril esquerdo, Atendido pelo Dr. Igor Batista Camargo CRO 4632, Dr. Glauber Novais CRM 9220, Dr. Luciano Gomes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

ALTA HOSPITALAR: Em 07.07.20 às 22:34h

Data da Emissão: 14.10.20


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVBHEETSH
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.

07/07/2020

- 11/10/20



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Serviço: Atendimento



Semear Fides
PARAIBA
Governo do Estado

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
Mãe ALZIRA GOMES DA SILVA	Religião CATOLICA	Prontuário 73683
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai NAO DECLARADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Celular 83	Celular 988098927	DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Nº Cns 898001237810533	
Local de procedência MANGABEIRA	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade ALAGOA GRANDE	CBO/R

Endereço

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

Admissão

Data e Hora 07/07/2020 19:21:05	Numero da pulseira 1000008777842	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA	Puls	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA						Tempo

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Sede: Humberto Lucena



Paraíba
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO 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 VÍTIMA DE ATROPELAMENTO 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 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.

Conduta

Em observação

Enfermeiro

PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCAO

IGOR B. CAMARGO
Cirurgia Maxilo-Facial
CRM 4832-PB
R. 010 3005-5 MDIEB
(3680/PB)

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sempre todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente JOSE AILTON GOMES DA SILVA	BAE 1244821	Data/Hora Entrada 07/07/2020 19:21:05	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1956	Idade 63a 11m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988098927
Mãe ALZIRA GOMES DA SILVA		CNS 898001237810533	Prontuário 73683
Endereço JOSEFA TAVEIRA, 273	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional TALITA LENA BRAGA REIS	Nº Cons. Regional 13001/PB
Data/Hora Classificação 07/07/2020 19:21:05		Data/Hora Prescrição 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 CONSCIÊNCIA NO LOCAL. APRESENTA LESÃO CORTOCONTUSA EM SUPERCÍLIO ESQUERDO. NEGA CEFALÉIA. QUEIXA 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 PERVIAS, COM COLAR E PRANCHA RÍGIDA B: EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, SEM CREPITAÇÕES A PALPAÇÃO. C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO, ABDOMEN FLÁCIDO, 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 ORTOPÉDIA - ANALGESIA - RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (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)

CID10

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

Conduta

Em observação

Enfermeiro

TALITA LENA BRAGA REIS
(CRM: 13001/PB)

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Secretaria Municipal de Saúde



PARAIBA
Governo do Estado

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

Paciente
JOSE AILTON GOMES DA SILVA

Data de nascimento
16/07/1956

Mãe

ALZIRA GOMES DA SILVA

Endereço
JOSEFA TAVEIRA, 273

Acidente
MOTO X PEDESTRE

Data/Hora Classificação
07/07/2020 19:21:05

BAE
1244821

Sexo
Masculino

Bairro
MANGABEIRA

Motivo
ATROPELAMENTO

Data/Hora Entrada
07/07/2020 19:21:05

CNS
898001237810533

Município
JOAO PESSOA
Profissional
GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA

Data/Hora Prescrição
07/07/2020 22:34:05

Data Baixa
2020-07-07 22:34:02.0

Telefone de Contato
(83) 988098927

Prontuário
73683

UF
PB

Nº Cons. Regional
9220/PB

ANAMNESE

- CIRURGIA GERAL - PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ CERCA DE 1 HORA. SEM RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA NO LOCAL. APRESENTA LESÃO CORTOCONTUSA EM SUPERCÍLIO ESQUERDO. NEGA CEFALÉIA. QUEIXA 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 PALPAÇÃO. C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO, ABDOMEN FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA. PÉLVE 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 19:21:05 - LAÍS BRAGA REIS)

#BMF# PACIENTE RELATA TER SIDO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO 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 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 19:30:05 - PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCÃO)

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

(07/07/2020 20:49:02 - LUCIANO GOMES DE FLORENTINO)

#ORTOPEDIA# PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO (SIC) APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO ESQ. REFERE DOR EM QUADRIL ESQ POREM ADM PRESERVADA, SEM ENCURTAMENTO OU ROTAÇÃO DE MIE. ADM LIMITADO. NV PRESERVADO AO RX. LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR ESQ 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 (MG/TS) (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 / ETE: 16788

Conduta

Alta médica

Alta

Usário

Data e Hora



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Fundado: 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
JOSE AILTON GOMES DA SILVA

Data de nascimento
16/07/1956

Mãe
ALZIRA GOMES DA SILVA

Endereço
JOSEFA TAVEIRA, 273

Acidente
MOTO X PEDESTRE

Data/Hora Classificação
07/07/2020 19:21:05

BAE
1244821

Sexo
Masculino

Bairro
MANGABEIRA

Motivo
ATROPELAMENTO

Data/Hora Entrada
07/07/2020 19:21:05

CNS
898001237810533

Município
JOAO PESSOA

Profissional
LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO

Data/Hora Prescrição
07/07/2020 20:48:02

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 988098927

Prontuário
73683

UF

PB

Nº Cons. Regional
9328/PB

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 ROTAÇÃO DE MIE. ADM LIMITADO. NV PRESERVADO AO RX. LUXAÇÃO GLENOUMERAL 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	JOSE AILTON GOMES DA SILVA	CNS	898001237810533	Idade	63
Data de Nascimento	16/07/1956	Boletim Emergência	1244821	Prontuário	73683
Material a examinar					
Seção: CONSULTÓRIO ORTOPEDIA					
Data Prescrição: 07/07/2020 20:48:02					

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)
(AP VERDADEIRO + PERFIL ESCAPULAR E AXILAR)
RADIOGRAFIA DE BACIA

RAIOS-X

TIPO ...
DATA ...
HORA ...
NOME TEC. RAO: ...

Dr. Lúcio ...
Gestor ...

Reimpresso por: ...
dia: ...

Assinatura e Carimbo do Profissional

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSE AILTON GOMES DA SILVA	Data de Nascimento	16/07/1956	Idade	63	Sexo	MASCULINO	Nº	1244821	Nº Prontuário	73683	Data Prescrição	07/07/2020 19:31:17
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito												
Validade da Prescrição	07/07/2020 19:31:00 - 08/07/2020 19:31:00												

Convenio	SUS	Matricula		Senha	
----------	-----	-----------	--	-------	--

Data da entrada:	07/07/2020 19:21:05	Data da Internação:		Permanência na	10min	Permanência no	
------------------	---------------------	---------------------	--	----------------	-------	----------------	--

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admih.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação: + 8ML AD	E.V.		AGORA	
2 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG	Observação: + SF 0,9% 100ML	E.V.		AGORA	

Reimpresso por: Dr. Talita Reis
dia: 07/07/2020
CRM: 13001

TALITA LENA BRAGA REIS
CRM: 13001

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Parecer Médico

Nome JOSE AILTON GOMES DA SILVA	Idade 63A 11M 21D	Prontuário 73683
Boletim de Atendimento 1244821	Data de Entrada 07/07/2020 19:21:05	Data Internação
Convênio SUS	Leito	Clinica CIRURGIA GERAL
Permanência na Unidade 9min		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:	

Dr. Talita Reis
CRM 81467



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Semas todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Parecer Médico

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

Dra. Talita
CRM 23067

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM Nº: 656274

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RAIS-X
TIPO ...
DATA ... 07/07/2020
HORA ...
NOME TEC. RAD. ...
ASS. ...

Reimpresso por: -
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMISSÃO SECCIONAL DA PARTIDA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

FLAVIANA DA SILVA CÂNDIDO

CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
 ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

[illegible]

JOÃO PESSOA-FR

11

2571198 - 6571PB
94-3100 DE ANCHOR E TRUSS

534

6476 DE JONGH ET AL.

151051784

545.679 624-56

215. **CONDUCTOR**

1260133506

STATE BUDGET BOARD, 2008

1-800-672-6242

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07841734



875-8578 90 7-8971000


ॐ नमो भगवते वासुदेवाय



USE ORIGINATOR'S
REGISTERED CIVIL ENGINEER'S SEAL AND SIGNATURE
DATE: 11/26/2010 (11/26/2010)

das Gesetz, für



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
ADICIONAR R\$ 14	664.376 -2 VIA	DATA DE EXPEDICAO: 11/06/2012
NOME	JOSE AILTON GOMES DA SILVA	
FILIAÇÃO	ALZIRA GOMES DA SILVA	
LOCALIDADE	ALAGOA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO: 16/07/1956
END. COMPLETO	CASAM N. 1751 FLS. 193 LIV. B-6 CARTORIO ALAGOA GRANDE, PB	
CPF	251.221.854-68	
ASSINATURA		
ESTADO DE ALAGOA		

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

Valoração 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

Valoração 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: Jose Ailton Gomes da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão apresentado, residente e domiciliado à Rua Emmanuel Barbosa de Lima 215, bairro mingueira, 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: Flaviana da Silva Blumero, 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 2671190, SSP/PB e CPF nº 48.019.624-67.

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) Jose Ailton Gomes da Silva, ocorrido em 07/07/20, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invididez.

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 Jose Ailton Gomes da Silva
Outorgante
CPF Nº 251.221.854-68

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira