



Número: **0800278-47.2021.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **25/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE AILTON GOMES DA SILVA (AUTOR)	FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39356 847	11/02/2021 11:00	2783775_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, 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: EL AVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a): JOSE ALTON GOMES DA SILVA

Informações sobre o pagamento da indexação

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%

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

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

2^aq. 00271/00272 - carta 15B - INVIAHDEZ



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

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

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:

Seguradora Lider-DPVA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

251.221.854-68 José Ailton Gomes de Souza

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

5 - Nome completo: *José Ailton Gomes de Souza* 6 - CPF: *251.221.854-68*
 7 - Profissão: *apresentador* 8 - Endereço: *R. Emanuel Lubra de Souza* 9 - Número: *25* 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *Mangabeira* 12 - Cidade: *João Pessoa* 13 - CEP: *58057-020* 14 - Tel.(DDD): *(83)*
 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

REUSO 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *350*CONTA: *33.085*

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir 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 de 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 exame médica presencial, caso necessário, às custas 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 discorde 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 teve filhos? Sim Não29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos:30 - Vítima deixou nascituro (varredura)? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não32 - 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 devolução de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 205 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

J. Pessoa, 02/11/2020
X José Ailton Gomes de Souza

40 - Local e Data:

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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



GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria do Estado da
Segurança e da Defesa Social



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 integra: 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 Araújo 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 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 de 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 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

Procedimento Policial: 06625.01.2020.1.00.401

1/1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

José Ailton Gomes de Souza

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

5 - Nome completo:

José Ailton Gomes de Souza

6 - CPF: 251.221.854-68

7 - Profissão:

apresentador

8 - Endereço:

R. Emanuel Lubra de Souza

9 - Número: 25

11 - Bairro:

mangabeira

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP: 58057-020

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

REUSO 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 350

CONTA: 33.085

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Nome do BANCO:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 de 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 exame médico presencial, caso necessário, às custas 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 discorde 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 teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

 Vivos

30 - Vítima deixou nascituro(s)?

 Mortos

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

 Vivos

33 - Vítima deixou

 Mortos

34 - Vítima deixou pais/vivos?

 Não

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)

40 - Local e Data:

f. pessoa, 02/11/2020
X José Ailton Gomes de Souza

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:00:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111005619000000037511922>
Número do documento: 21021111005619000000037511922

Num. 39356847 - Pág. 5



CAGEPA

COMPANHIA PÚBLICA DE SANEAMENTO
BASICO DA PARAIBA
Rua Felisberto Cirne, 226 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 69.128.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CUSTA
INTERNA DE FERIADO
MATRÍCULA:

1019314

REFERENCIA:

JUN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA DA CONCEÇÃO B M ARAUJO
C/LA EMMANUEL LISBOA DE LUCENA, 215 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA PB 53057- 020

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
101.084.645.0745.000	900	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto
133407451	15/10/2015	LARDA AC LIGADO	LIGADO
MÉTRICAS ATUALIZADAS CONSUMO (m³) NÚM. DE DIAS PRÓXIMA LEITURA			
223 227 4	32	22/07/2020	
TEST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS			
001/2020 5	PARÂMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
028/2020 6	TURBIDEZ	268	270
038/2020 7	CLORO	168	275
FEV/2020 8	PH	0	0
04/2020 4 60	COR	73	80
02/2019 4 60	COL. TOTAI5	268	275
MEIA(M)	5	DADOS REFERENTES A: ABR/2020	
DATA DA IMPRESSÃO: 13/06/2020	HORA DA IMPRESSÃO: 09:13:25		
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			
INCIMENTO: 04/07/2020	Total a Pagar:	R\$ 68,14	

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA/RECARGA DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

ESTIMAMOS OS USUARIOS, INFORMANDO QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELO COVID-19 (CORONAVIRUS) 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: 09.085.183/0001-40 INSC EST: 160158230

REAVISO DE CONTA

06- 001 - 409 - 3140 B
PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA
Domicilio: 971 Medidor: 00008162616
Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS

CDC: 0000280012-6

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 Dúvidas: 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 COAF.²

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 Floriana do Silveira Pámore

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

Jose Alton Gomes da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 051 221 854 / 68,

do sinistro de DPVAT cobertura involvidos da Vítima _____

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 051 221 854 / 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 Republicano</u>	Número:	<u>390</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>
E-mail:		Estado:	<u>PB</u>

CEP: 58010-180 Tel.(DDD): _____

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

Floriana do Silveira Pámore
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. Bompac
Radiologista Diagnóstico por imagem
CRM-PB 1128
CREMERPB 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 TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CIBAEETISHL
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

- 1916 -



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
São Paulo - H.E.T - UFGM



*Senador Teixeira
PARAÍBA
Governo do Estado*

AV. DRESTES LISBOA, s/n - PÉDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1244821



Identificação do paciente

Identificação do paciente				
0 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	Pai Pronunciado 73683
Mãe ALZIRA GOMES DA SILVA				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
Escrivândido FUNDAMENTAL INCOMPLETO				
DDD Celular 83	Celular 988098927	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 664376	Nº Cns 898001237810533	Type BAIRRO	UF PB
Local de procedência MANGABEIRA				CBO/R
Email	Naturalidade ALAGOA GRANDE			
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	Clínica			Origem do paciente RUA
Classificação de risco				Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO			
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				
P.A. X	mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasenografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico	CID			
Atendido por MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA	Tempo			

Transcript

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040603418300821



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:00:56
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111005619000000037511922>
Número do documento: 21021111005619000000037511922

103

Num. 39356847 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:00:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111005619000000037511922>
Número do documento: 21021111005619000000037511922

Num. 39356847 - Pág. 12



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Sedex: Humberto Lucena



Governo da
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, SIN, 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			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	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 FÍSICO APRESENTA ESCORIAÇÃO EM SUPERCILIO (E), MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, CAVIDADES NASAIS PERTIVIAS, 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
(3680/PB)

IGOR Bezerr CAMARGO
Clínica Maxilo-Facial
CNPJ 4832-PB
011-3005-5101
E-mail: igor.camargo@uol.com.br

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:00:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102111100561900000037511922>
Número do documento: 2102111100561900000037511922

Num. 39356847 - Pág. 13



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senado: Humberto Lucena



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

ANAMNESE

- CIRURGIA GERAL: PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ CERCA DE 1 HORA. SEM RELATO DE PERDA DA CONSCIENCIA NO LÓCAL. APRESENTA LESÃO 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 PERTIVAS, COM COLAR E PRANCHA RÍGIDA B: EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, SEM CREPITAÇÕES A PALPACAO. C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO, ABOOMEN FLACIDO, INDOLOR A PALPACAO 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 - RÁDIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

MEDICAÇÃO

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

EXAME DE IMAGEM

RÁDIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

CID10

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

Conduta

Em observação

07/07/2020
Dr. Talita Reis

Enfermeiro

TALITA LENA BRAGA REIS
(CRM: 13001/PB)

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:00:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102111100561900000037511922>
Número do documento: 2102111100561900000037511922

Num. 39356847 - Pág. 14



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Sexto-Humerez-Luz

altc



Governo do Estado
PARAIBA

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

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

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 CEFALEIA. QUEXA DE DOR INTENSA EM OMBRO ESQUERDO COM RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO MESMO. NEGA ALERGIAS. AO EXAME CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, HIDRATADO, CORADO, AAA, AL VIAS AÉREAS PÉRVIAS, COM COLAR E PRANCHAS RÍGIDA B: EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, SEM CREPITAÇÕES A PALPAÇÃO. C: NORMOCARDICO E NORMOTENSO, ABDOMEN: FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA, PELVE ESTÁVEL, D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS 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 - 1774117 LEMA BRASIL REGI)

#BMF# PACIENTE RELATA TER SIDO VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA 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 SUPERCILIO (E), MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, CAVIDADES NASAIS PÉRVIAS, 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.

(07/07/2020 19:31 - 1774117 LEMA BRASIL REGI)

#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

(07/07/2020 20:48 - 1774117 LEMA BRASIL REGI)

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 REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA CONFIRMADO COM RADIOGRAFIA CD: IMOBILIZAÇÃO + ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO ATP + ALTA DA ORTOPEDIA

(07/07/2020 22:24 - 1774117 LEMA BRASIL REGI)

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)

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. Gláuber Novais
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB: 9220 / FOTE: 16788

Conduta

Alta médica

Alta

Usuário

Data e Hora



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:00:56
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102111100561900000037511922
Número do documento: 2102111100561900000037511922

Num. 39356847 - Pág. 15



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Heróis: Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, SIN, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - 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	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	Prontuário 73683
Endereço: JOSEFA TAVEIRA, 273	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO	UF PB
Acidente: MOTO X PEDESTRE		Data/Hora Prescrição 07/07/2020 20:48:02	Nº Cons. Regional 9328/PB
Data/Hora Classificação 07/07/2020 19:21:05			

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

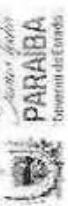
LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO
(CRM: 9328/PB)

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:00:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111005619000000037511922>
Número do documento: 21021111005619000000037511922

Num. 39356847 - Pág. 16



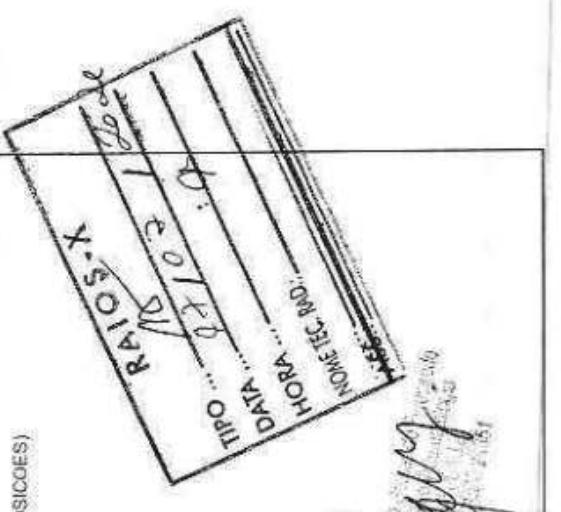
REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

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:	CONSULTÓRIO ORTOPÉDIA	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



Reimpresso por:
dia:-

Assinatura e Carimbo do Profissional

Foto digitalizada e assinada eletronicamente (07/07/2020) integrante à identidade digital (07/07/2020)



07/07/2020 19:31:17
Usuário: TALITA LENA
Boleto: 1244821

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Name do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Data da Entrada:	Data da Internação:	Permanência na	Permanência na
				07/07/2020 19:21:05		10min	
				Via de Admisi.	Veloc. Inf.	Pos	Aproximativamente

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

Rai impresso por:

Talita Braga Reis

dia: 07/07/2020
CRM: 13001

TALITA LENA BRAGA REIS
CRM: 13001

Assinatura e Carimbo do Profissional



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	Permanência na Unidade 9min
Convênio SUS	Leito	Permanência no Leito CIRURGIA GERAL
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:	

CRM 2667
Dr. Tales Reis





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	Permanência na Unidade 9min
Convênio SUS	Clinica 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 2487
Dra. Taíli Ribeiro





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:	Data Prescrição:	
NUTRICAO	07/07/2020 19:31:17	

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RAIOS-X	
TIPO ...	160110
DATA ...	07/07/2020
HORA ...	19:31:17
NAME TEC. RAD.	
ASS.	

Reimpresso por:-
dia:-

Assinatura e Carimbo do Profissional

Este documento é válido somente para fins de identificação e não tem validade legal.



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
COLELHORACIONAL DA PARRIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
FLAVIANA DA SILVA CABRAL

MUNICÍPIO
CARLOS ALBERTO DA SILVA CABRAL
ANA GLORIAS DA SILVA CABRAL

UF
SERGIPE

JOÃO PESSOA-PB

CEP
2571190 - 057/PB

ESTADO DE SERGIPE E TERRITÓRIO

SIX

DATA DE NACIMENTO

15/05/1984

046.679.024-65

01.12/01/2009

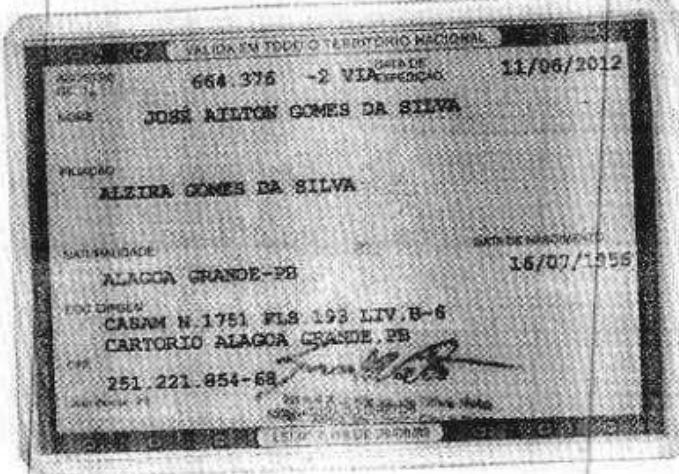
TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07841734





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:00:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111005619000000037511922>
Número do documento: 21021111005619000000037511922

Num. 39356847 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:00:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111005619000000037511922>
Número do documento: 21021111005619000000037511922

Num. 39356847 - Pág. 24

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 sequelas

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 sequelas

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 aposentado, residente e domiciliado à Rua Lmônioel Barbosa de Oliveira 215, bairro mongeirão, Município de Taubaté, Estado de(o) SP, Cep.: 53057-020 portador(a) do RG nº 669 376, SSP/SP e CPF nº 251.221.854-68.

Outorgado: Fláviano da Silva Olmora, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 310, bairro Centro, Município de Taubaté, Estado de (o) PB, Cep.: 58010-180 portador (a) do RG nº 2691190, 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 07/07/2020, 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 03 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

