

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

21/01/2021

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

321000915101

**VALOR TOTAL:**

1.687,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** JEFFERSON PEREIRA MARCELO

**BANCO:** 077

**AGÊNCIA:** 00001

**CONTA:** 000002537889

---

---

**Número da Autenticação**

4E5A6D5A573DC671

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210009151

**Cidade:** Bayeux

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JEFFERSON PEREIRA MARCELO

**Data do acidente:** 05/10/2020

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/01/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

---

**Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210009151**

**Vítima: JEFFERSON PEREIRA MARCELO**

**Data do Acidente: 05/10/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JEFFERSON PEREIRA MARCELO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **JEFFERSON PEREIRA MARCELO**

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

Banco: **077**

Agência: **000000001**

Conta: **000002537889-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



CPF/CNPJ/RAM: 105 348 304-00

GRUPO CONVENCIONAL BARRA TENDA / Subgrupo B1  
Classe RES MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL  
Linha MONOFASICO  
Fatura 18-B-341-1050 Nº Medidor 0008931956

**UNIDADE CONSUMIDORA (UC)**  
5/1592649-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00016020496

<b>VALOR DA FATURA</b> R\$ 217,04	<b>VENCIMENTO</b> 11/10/2020
<b>REFERÊNCIA</b> Set / 2020	<b>CONSUMO</b> 165kWh 5,16 kWh MÉDIA QUÍMICA
<b>SITUAÇÃO DE DÉBITOS</b>	

CC	Descrição	Quant	Tarifa ou Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alta CMS (R\$)	Alta CMS (R\$)	CDS Base Calc (R\$)	PS-REC (R\$)	PS-REC (R\$)	PS-REC (R\$)	PS-REC (R\$)	PS-REC (R\$)	PS-REC (R\$)
0001	Consumo em kWh	165	0,02490	136,95	136,95	27	36,25	136,95	1,27	5,98			
0007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS CONTÁBIL SERV. E LUM. PÚBLICA			10,82	0,01	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	PARCELAMENTO DE DÉBITO (217)			69,26	0,01	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC1 Código de Classificação do tom TOTAL: 217,04 136,95 69,26 136,95 1,27 5,98  
Taxa de Tributos: 0,562112  
RESERVADO AO FISCAL: c78b.c3e6.a042.d59d.c744.1511.ead9.664c.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Set/20	161	Descrição	Valor (R\$)	%
Out/19	157	Serviços de Dist. de Energia (PS)	27,97	17,30
Nov/19	179	Consumo de Energia	96,70	19,29
Dez/19	170	Serviço de Transmissão	7,15	3,31
Jan/20	152	Energias Setoriais	7,30	3,64
Fev/20	171	Injeções Diretas e Energia	54,62	25,30
Mar/20	200	Outros Serviços	62,26	31,98
Abr/20	167	Total	217,04	100,00
Maio/20	156	Exemplo de Luz do Sistema de Distribuição (Ref. 7/2020): R\$ 27,59		
Jun/20	118			
Jul/20	104			
Ago/20	114			
Set/20	162			

\* Pagamento para Mensal Mensal

INDICADORES DE QUALIDADE				REFERÊNCIA: 7/2020 - Consumo Setorial
<b>META</b>	<b>DIÁRIO</b>	<b>TRIMESTRAL</b>	<b>ANUAL</b>	<b>LIMITE DE TENSÃO (%)</b>
Ho e não há interrupção de energia - DDI	6,21	0,00	10,00	NOMINAL 220
Voz e não há interrupção de energia - DDI	2,30	0,00	8,00	CONTRATADA
Du e não há interrupção de energia no período - DDI	3,29	0,00	8,00	LIMITE INFERIOR 202
Du e não há interrupção de energia no período - DDI	12,22			LIMITE SUPERIOR 231

**ATENÇÃO**  
A leitura é realizada ao menos na data indicada no seu contrato de luz fixada, mantendo seu site em local que não ofereça risco aos profissionais, independente do tamanho ou tempo de permanência no local. Se o cliente instalar placas de leitura que não atendam ao local. Os profissionais passam por treinamento para evitar acidentes, mas ninguém melhor do que o dono para cuidar e evitar acidentes.  
- Para as Arterias Paralelas, conforme contrato firmado.  
- Para este contrato, a partir de 28/08/2020, conforme RBR nº 1.765/AN/EE.

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - B-220, 4m-25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-880  
CNPJ 00.086.183/0001-40 - Ins. Est. 18.015.829-0  
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N°001 411 299 - Emissão: 28/09/2020  
Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA Fica disponível para consulta e pagamento a partir de 26/09/2020

**BANCO DO BRASIL** - PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
00190.00009 03268 926007 02166 275178 4 84050000021704

FAIXADOR: JESSYCA RAQUEL DA SILVA GABRIEL PEREIRA - CPF/CNPJ: 105 348 304-00				
FLA DALVA CANTALUCE FALCONE, BIN/QUAD 18 - B11 EL SANTIAGO				
SANTA RITA / PB CEP: 5830000				
Nº do Documento	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32199260002186275	001592649202009	11/10/2020	R\$ 217,04	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 00.086.183/0001-40				
B: 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880				
Agência / Código do beneficiário: 3064-3/3447-3				





Identificação do paciente			
ID 1540269	Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27 anos 11 meses 13 dias	Estado civil	Religião
Mãe LUZIMAR PEREIRA MARCELO	Pai NAO DECLARADO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE		
DDD Celular 83	Celular 988820344	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3612593	Nº Cns 705001671742252	
Local de procedência BAYEUX	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58068760	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ENEDINO JORGE DE ANDRADE
Número 4	Complemento		Bairro OITIZEIRO
Admissão			
Data e Hora 05/10/2020 09:08:46	Número da pulseira 1000008774896	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
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	X	mmHg	Pulso
Temperatura			
Exames complementares			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
Liquor [ ]		ECG [ ]	
Ultrasonografia [ ]			
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por JOSINETE BARBOSA DA CUNHA			Tempo

Imprimir



Documento de Alta

<b>Nome:</b> JEFFERSON PEREIRA MARCELO			<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Número Prontuário:</b> 125230
<b>Data de Nascimento:</b> 10/11/1992	<b>Idade:</b> 27A 10M 26D	<b>Data de Internação:</b> 05/10/2020 12:56:49	<b>Data de Alta:</b> 19/10/2020 07:01:47	<b>BAE:</b> 1261291
<b>Mãe:</b> LUZIMAR PEREIRA MARCELO				
<b>Endereço:</b> RUA ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4		<b>Bairro:</b> OITIZEIRO	<b>Município:</b> JOAO PESSOA	<b>UF:</b> PB
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA				
<b>Conduta:</b>				
<b>Resumo da internação:</b> #ORTOPEDIA 1º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMEMO PROXIMAL DIREITO SEM INTERCORRENCIAS POR DR. JERRY E DR. LUCAS				
<b>Resultado de Exames:</b> RADIOGRAFIAS				
<b>Tratamento:</b> 1º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMEMO PROXIMAL DIREITO SEM INTERCORRENCIAS POR DR. JERRY E DR. LUCAS				
<b>Diagnóstico:</b> S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero				
<b>Recomendações:</b> CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST MEDICAÇÕES VIA ORAL DR. HEISENBERG				

Data: 19/10/2020

*Dr. Heisenberg Almeida*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
MEDICINA ESPORTIVA  
CRM-PB 4224 1740 000162724444

AUGUSTO GONCALVES  
SARMENTO JUNIOR  
CRM: 12411 - PB



Identificação do paciente

Nome	JEFFERSON PEREIRA MARCELO			Sexo	Masculino
Idade	27 anos 10 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Pai			NAO DECLARADO		
Responsável (Parentesco)			JOELSON MARQUES - ACOMPANHANTE		
Celular	988820344	DDD	Telefone		
Número documento	3612593	Nº Cns			
Tipo			MUNICIPIO	UF PB	
Naturalidade			SANTA RITA	CBO/R	

Endereço

Município de residência	JOAO PESSOA	UF	PB	Logradouro	ENEDINO JORGE DE ANDRADE
Complemento	Bairro				OITIZEIRO

Identificação

Número da pulseira	100008774896	Convênio	SUS
--------------------	--------------	----------	-----

Clínica	
---------	--

Origem do paciente	RUA
--------------------	-----

Motivo do atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente	VEICULO X MOTO
-----------------------	-------------------------	---------------------	----------------

Indicadores e Transporte

Plano de saúde	Não	Veio de ambulância	Não	Trauma	Não
Quem transportou		BOMBEIROS			

Sinais Vitais

X	mmHg	Pulso	Temperatura
---	------	-------	-------------

Exames complementares

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

CID	
Tempo	

Dr. BARBOSA DA CUNHA

Imprimir



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



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 259262

Paciente <b>JEFFERSON PEREIRA MARCELO</b>	BAE <b>1261291</b>	Data/Hora Entrada <b>05/10/2020 09:08:46</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/11/1992</b>	Idade <b>27a 10m 25d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>LUZIMAR PEREIRA MARCELO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988820344</b>
Endereço <b>ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4</b>	Bairro <b>OTIZEIRO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/10/2020 09:08:46</b>		Data/Hora Prescrição <b>05/10/2020 09:40:12</b>	Nº Cons. Regional <b>4417/PB</b>

**ANAMNESE**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 2H (COLISÃO C/ CARRO). QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO D e NA BOCA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, TONTURA, GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM QUEIXAS DE DOR E NÃO APRESENTA SINAIS DE FRATURAS EM MMII. APRESENTA ESCORIAÇÕES NO JOELHO D, FACE, MÃO D + EDEMA EM LÁBIO SUPERIOR. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA VAT. AO EXAME= EGR, EUPNEICO, CORADO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE OMBRO D + SOLICITO PARECER DO ORTOPEDISTA e BMF + PRESCREVO SAT E ANALGESIA. LIBERADO DA CIRURGIA GERAL

**MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA. 0.0 (MGTSM)

**CUIDADOS**

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTITETANICA 250UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL  
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA

**CID10**

T14.9 - Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação

*Feito*  
*10:45*  
*[Signature]*

*[Signature]*

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO  
(: 4417/PB)

Enfermeiro



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

Paciente <b>JEFFERSON PEREIRA MARCELO</b>	BAE 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Baixa
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27a 10m 25d	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>LUZIMAR PEREIRA MARCELO</b>			Telefone de Contato (83) 968820344
Endereço <b>ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4</b>	Bairro <b>OITIZEIRO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação 05/10/2020 09:08:46		Data/Hora Prescrição 05/10/2020 12:34:21	Nº Cons. Regional 12411/PB

## ANAMNESE

#ORTOPEDIA PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA CERCA DE 2H (COLISÃO C/ CARRO), QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO D RX EVIDENCIANDO FX DE UMERÓ PROXIMAL DIREITO CD. IMOBILIZAÇÃO INTERNO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS POR DR. FRANCISCO GUEDES

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8,8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

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

TRAMADOL 50 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 8/8H

## CUIDADOS

SSVV + CCGG

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

IONOGRAMA

## CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

## Conduta

Internar Paciente



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

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



Seus todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Paciente  
**JEFFERSON PEREIRA MARCELO**  
Data de nascimento  
10/11/1992  
Idade  
27a 10m 25d  
Mãe  
**LUZIMAR PEREIRA MARCELO**  
Endereço  
**ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4**  
Acidente  
**VEICULO X MOTO**  
Data/Hora Classificação  
05/10/2020 09:08:46

BAE  
1261291  
Sexo  
Masculino

Data/Hora Entrada  
05/10/2020 09:08:46  
CNS

Data Baixa  
Telefone de Contato  
(83) 988820344  
Prontuário

UF  
PB  
Nº Cons. Regional  
3040/PB

Bairro  
OITIZEIRO

Município  
**JOAO PESSOA**  
Profissional  
**ANDRÉ GUSTAVO BARBOSA LUNA**  
Data/Hora Prescrição  
05/10/2020 11:26:59

Motivo  
**ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

## ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO A APROXIMADAMENTE 4 HORAS, NEGA ÊMESE E SÍNCOPE. NO MOMENTO EM EGR. LOTE. DEAMBULANDO. CONTACTANTE. AFEBRIL AO TOQUE. AO EXAME CLÍNICO DA FACE OBSERVA-SE ESCORIAÇÃO EM DORSO NASAL, LÁBIO SUPERIOR E MENTO. SEM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL OU MOVIMENTOS MANDIBULARES. AUSÊNCIA DE SINAIS CLÍNICOS DE FRATURA NOS OSSOS DA FACE. ALTA BMF AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES. CD: - AVALIAÇÃO E ALTA BMF. AOS CUIDADOS DEMAIS ESPECIALIDADES.

## CID10

S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

## Conduta

Em observação

Anna Priscilla C. Jucá  
COREN PB 386  
Enfermeira

André Gustavo Barbosa Luna  
Colunção Brço-Maxilo-Facial  
CRO 3040 PB  
**ANDRÉ GUSTAVO BARBOSA LUNA**  
(: 3040/PB)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 05/10/2020 09:08:46

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

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR  
Em: 17/10/2020 07:55:10

Nome <b>JEFFERSON PEREIRA MARCELO</b>		Boletim de Atendimento <b>1261291</b>	Data/Hora Entrada <b>05/10/2020 09:08:46</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/11/1992</b>	Idade <b>27</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705001671742252</b>	Prontuário <b>125230</b>
Tempo de Internação <b>11d 18h 59min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>05/10/2020 09:08:46</b>	Data Internação <b>05/10/2020 12:56:49</b>	Permanência na Unidade: <b>11d 22h 47min</b>	Permanência no Leito: <b>13h 36min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 17/10/2020 07:55:07)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

HD: FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEROS DIREITO

PACIENTE CLINICAMENTE BEM E SEM QUEIXAS NO MOMENTO

PRE-OP OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO EXTRA 01

Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

  
Dr. Augusto Sarmiento  
Médico  
CRM-PB 2411

Número Conselho: 12411



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, 5/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOSE RENNA GOMES DA SILVA  
Em: 16/10/2020 10:06:16

Nome <b>JEFFERSON PEREIRA MARCELO</b>		Boletim de Atendimento <b>1261291</b>	Data/Hora Entrada <b>05/10/2020 09:08:46</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/11/1992</b>	Idade <b>27</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705001671742252</b>	Prontuário <b>125230</b>
Tempo de Internação <b>10d 21h 10min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>05/10/2020 09:08:46</b>	Data Internação <b>05/10/2020 12:56:49</b>	Permanência na Unidade: <b>11d 58min</b>	Permanência no Leito: <b>10d 21h 10min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE RENNA GOMES DA SILVA - 16/10/2020 10:05:48)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

**ORTOPEDIA**

HD: FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEROS DIREITO

PACIENTE CLINICAMENTE BEM E SEM QUEIXAS NO MOMENTO

PRE-OP OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008  
Profissional responsável pela informação: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Número Conselho: 9121

*Dr. Jose Renna Gomes da Silva*  
ORTOPEDIA  
CRM-PB 125230  
TEOF 125230



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



*Sermos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Impresso por: JOSE RENNA GOMES DA SILVA  
Em: 09/10/2020 09:27:08

Nome <b>JEFFERSON PEREIRA MARCELO</b>		Boletim de Atendimento <b>1261291</b>	Data/Hora Entrada <b>05/10/2020 09:08:46</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/11/1992</b>	Idade <b>27</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705001671742252</b>	Prontuário <b>125230</b>
Tempo de Internação <b>3d 20h 31min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>05/10/2020 09:08:46</b>	Data Internação <b>05/10/2020 12:56:49</b>	Permanência na Unidade: <b>4d 19min</b>		Permanência no Leito: <b>3d 20h 31min</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE RENNA GOMES DA SILVA - 09/10/2020 09:27:04)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:  
ORTOPEDIA

HD FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMEMO D

PACIENTE EVOLUINDO COM QUADRO ESTAVEL CLINICAMENTE E SEM QUEIXAS.  
PRE-OP = OK

CD VPM

AGUARDA AGENDAMENTO DA CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008  
Profissional responsável pela informação: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Número Conselho: 9121

Dr. José Renna Gomes  
Ortopedista  
CRM-PB 21477  
TELEFONE 32165700



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



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Impresso por: FELIPE TAVARES SENA  
Em: 07/10/2020 09:47:04

Nome <b>JEFFERSON PEREIRA MARCELO</b>		Boletim de Atendimento <b>1261291</b>	Data/Hora Entrada <b>05/10/2020 09:08:46</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/11/1992</b>	Idade <b>27</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705001671742252</b>	Prontuário <b>125230</b>
Tempo de Internação <b>1d 20h 51min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>05/10/2020 09:08:46</b>	Data Internação <b>05/10/2020 12:56:49</b>	Permanência na Unidade: <b>2d 39min</b>		Permanência no Leito: <b>1d 20h 51min</b>

### **EVOLUÇÃO MEDICA (FELIPE TAVARES SENA - 07/10/2020 09:46:59)**

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

SOT

HD FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMEROS D

PACIENTE ESTAVEL CLINICAMENTE

EXAMES LAB OK

CD VPM - AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008  
Profissional responsável pela informação: FELIPE TAVARES SENA

Número Conselho: 5349

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Jefferson Ferreira Marcalo BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 18/10/2020  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Fratura Úmero proximal 1º Assistente: João Mendes  
 Cirurgião: Jerry Boni 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: João Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: Alc + Canal

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Úmero Proximal Anterolateral</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ato Cir. Fratura Úmero Proximal</u>	
<u>Ombro</u> (9)	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação:  Sim  Não  
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:  
 Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico CRM: \_\_\_\_\_  
**Dr. Jerry Boni**  
 CRM: 8753  
 Cirurgia Ombro  
 Lesões Esportivas

João Pessoa, 18/10/2020

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



SECRETARIA

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Costeiras flexionadas

Tronco e membros superiores

Incisão:

Apresenta coleção líquida com pus

Dr. K. - - - - -

Achados:

- Incisão de 11. pont. mediana

- Ovarios plenos

Conduta:

Exat. cc. para laboratório

- Praxipus fecal + Anemia

cc. 5th Sand. S.O.

Louças de vidro com água

+ Urina + Superfície

Fechamento:

Observação:

Dr. Jerry Boni  
Cirurgia Geral  
Legado Esportivo

João Pessoa, 18/10/2020



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Av. Senador Humberto Lucena, 1000 - Jd. Santa Helena - Paraíba - CEP: 58010-900

Endereço: RUA ORIENTE LINDA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 5801090  
Tel: 32165700 - CNES: 2491262



Senador Humberto  
**PARAIBA**  
Governador do Estado

**Atestado Médico**

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO DE: **JEFFERSON PEREIRA MARCELO**

RG (IDENTIDADE):  
**3612593**

FOI ATENDIDO(A) POR: **AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR**

LOCAL: **AREA AMARELA**

NO DIA: **05/10/2020** ÀS **03:21**

NECESSITANDO DE **90** - noventa


DIAS DE REPOUSO POR MOTIVO DE DOENÇA


CID: **S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero**  
**T14.9 - Traumatismo não especificado**  
**S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada**

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO - ODONTÓLOGO (Preencher contendo nome completo e registro CRM/O) 

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 2º DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO 

**AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR**  
(12410/PB)

HETSHI - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1843622120

**JEFFERSON FERREIRA MARCELO**



DOC. IDENTIFIC. / CRI. JARDIM DE  
3612593

CPF 101.746.714-58 DATA NASCIM. 10/11/1992

RENOME  
**LUIZMAR FERREIRA  
MARCELO**

RENOME  
RACIA  
COR

Nº REGISTRO 07152047963  
VALIDADEZ 18/05/2023  
1ª EMISSÃO 25/10/2018

OBSERVAÇÃO:  
NAR;

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1843622120

*Jefferson Ferreira Marcelo*  
ASSINATURA DO PORTADOR  
LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 30/10/2019  
56258565516  
PB039948250

**PARAIBA**



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008584/21

**Vítima:** JEFFERSON PEREIRA MARCELO

**CPF:** 101.746.714-58

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

**Data do acidente:** 05/10/2020

**Titular do CPF:** JEFFERSON PEREIRA MARCELO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JEFFERSON PEREIRA MARCELO : 101.746.714-58**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/01/2021  
Nome: JEFFERSON PEREIRA MARCELO  
CPF: 101.746.714-58

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2021  
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA  
CPF: 117.281.804-57

JEFFERSON PEREIRA MARCELO

JOSIVAN GOMES DA SILVA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 309.746.734-58 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Pereira Marcelo

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

5 - Nome completo: Jefferson Pereira Marcelo 6 - CPF: 309.746.734-58  
 7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Dália Cantalice Falcão 9 - Número: 511 10 - Complemento: 250  
 11 - Bairro: HEITZ SANTIAGO 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58919-000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (83) 98855-1045

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  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)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA:    CONTA:      
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:          
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

**22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

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 (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Santa Rita, 12 de dezembro de 2020.

Jefferson Pereira Marcelo  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



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

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 00499.01.2020.1.05.101**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00499.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:28 horas do dia 10 de dezembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Jefferson Pereira Marcelo**, conhecido(a) por Jeferson, CPF nº 101.746.714-58, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Luzimar Pereira Marcelo e Não Declarado, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 10/11/1992 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dalva Cani Alice Falcone, Nº S/N, complemento CASA, bairro Heitel Santiago, tendo como ponto de referência Próximo do Posto de Combustíveis "almeida", na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 230, nº S/N, Via Pública, Próximo da Loja "só-tratores, Comércio de Peças e Implementos Agrícolas", Bayeux/PB, bairro Manguinhos; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc);  
Data/Hora: 05/10/20 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo CG 150 FAN ESi, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2010/2010, UF: PB, placa NQG-1558, chassi 9C6KC1550AR209111, renavam 00258484365, características gerais: Veículo Em Nome do Declarante e Demais Dados No C.r.l.v.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO TRAFEGAVA COM O VEÍCULO NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JÁ DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE QUANDO CAIU E SE MACHUCOU SERIAMENTE APÓS SOFRER UMA FECHADA POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO, SENDO QUE ELES SE EVADIRAM DO LOCAL DOS FATOS SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E COMO O DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA NA DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA E NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO "D.P.V.A.T." AO QUAL FAZ JUS, VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS E LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTES ESTADOS.

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.

Procedimento Policial: 00499.01.2020.1.05.101

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



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 10 de dezembro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA  
Agente de Investigação

JEFFERSON PEREIRA MARCELO  
Noticiante

