

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: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

25/08/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8144605

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 02301

CONTA: 000001028106

Número da Autenticação

407A8D805C71ADEE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220036504

Cidade: Conde

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

Data do acidente: 02/02/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA (EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE). P. 1

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME O LAUDO DO IML N 03.01.06.01022.001630 22/01/2022.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA	1220404	02/02/2020 20:05:35	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
11/06/1997	22a 7m 23d	Masculino	(R3) 988401998
Mãe		CNS	Prontuário
MARGA JOSE COSTA DA SILVA		706800771447929	
Endereço	Bairro	Município	UF
ILZA RIBEIRO, S/N	CENTRO	CONDE	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cont. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCISCO TULIO DE OLIVEIRA CARVALHO	8554/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/02/2020 20:05:35		02/02/2020 20:05:35	

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE TRAZIDO PELO CB EM PROTOCOLO DE TRAUMA APÓS ACIDENTE MOTO-CARRO HÁ UMA HORA. NEGA TCE, PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA OU VÔMITOS. EVOLUI COM DDR EM MID E MSD. ALERGICO A PENICILINA, SULFA E DIPIRONA. AO EXAME: LESÃO CORTO CONTUSA EM MID COM DESALINHAMENTO DE MEMBRO; HD FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D CD IMOBILIZAÇÃO + ANTIBIÓTICO PROFILAXIA + AGARDANDO LIBERAÇÃO DA CIRURGIA GERAL PARA CONDUTA

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 7 DIA(S)

PROCEDIMENTO

JOELHEIRA TALA

Condução

Em observação

Dr. Tullio Carvalho
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 288733

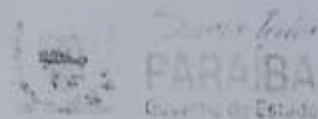
Enfermeiro

FRANCISCO TULIO DE OLIVEIRA CARVALHO
(CRM 8554/PB)

2020

Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Gerador: Humberto L. L. Lima



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593202

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA	1220404	02/02/2020 20:05:35	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
11/06/1997	22a 7m 22d	Masculino	(83) 988401998
Mãe		CNS	Prontuário
MARIA JOSE COSTA DA SILVA		706800771447929	
Endereço	Bairro	Município	UF
ILZA RIBEIRO, SN	CENTRO	CONDE	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VANNESSA MATIAS FERREIRA	26766/PE
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/02/2020 20:05:35		02/02/2020 20:22:41	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE TRAZIDO PELO CB EM PROTOCOLO DE TRAUMA APÓS ACIDENTE MOTO-CARRO HÁ UMA HORA. NEG. TCE, PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA OU VÔMITOS. EVOLUI COM DOR EM MID E MSD. ALÉRGICO A PENICILINA, SULFA E DAPIRONA. A. VIA AÉREA PÉRVIA E SEM CERVICALGIA (RETIRO COLAR CERVICAL) B. TÓRAX BEM EXPANDIDO, EUPNEICO EM AA C. ESTÁVEL. HEMODINAMICAMENTE. ABDOMEN INDOLOR, Pelve ESTÁVEL. PROVÁVEL FRATURA EM TÍBIA DIREITA. PELVE ESTÁVEL D. ECG P 15 E. LESÃO CORTO CONTUSA EM MID COM DESALINHAMENTO DE MEMBRO, CONTUSÃO EM MSD CD ANALGESIA RADIOGRAFIA - AV DA ORTOPEDIA RAIOS X DE TÓRAX + FAST

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML). ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 100 ML SF 0,9%)

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ARTICULACAO TIBIO TARSICA DIREITO

RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAMA - FAST

CID10

V21.4 - Motociclista traumatizado em colisão com um veiculo a pedal - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Dra. Vanessa Matias Ferreira
Médica Residente de Cirurgia Geral
CRM - PE 25.768
CRM - PB 12.487

Enfermeiro

VANNESSA MATIAS FERREIRA
CRM: 26766/PE

REPÚBLICA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
DOMÉLIXO HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
UA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
8056-394 JOAO BESSOA Fone: (83) 3214-1980
TAX: CNPJ:

Ficha Nr: 299056 Atd: Nao Regulado
Data: 03/02/2020
Hora: 02:10:04
Receptorista: GILMAR DE SOUTO CAVALANTI
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE
Nome: JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA Num. de vezes atendido: 3
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: Num. Prontuario: 2017.02.002597
Sexo: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3825451 Fone: 986733736
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/06/1998 Id: 21 ano(s)
End.: RUA CHICARMO, 0
Bairro: JACUNA Cidade: CONDE UF: PB
Mae: MARIA JOSE COSTA DA SILVA Pai: FRANCISCO DE ASSIS DE SOUZA
Etnia: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupacao: ESTUDANTE Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SUPERIOR INCOMPLETO
Resp.: JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA
Tel/Doc. Responsavel: 986733736 / IDENTIDADE: 3825451
Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violencia por: NAO
 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO
PA: FR:
TP: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem Grave
 Politraumatizado Convulsao
 Hemorragia Dispneia
 Diarreia Agitado
 Regular Chocado
 Vomito

Queixa Principal

FRATURAS DA PERNA D, PACTUACAO

Presente em um membro do membro HEETSUHL

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PA 5 - Ombros - NAO HEETSUHL CO - NAO - Fratura
do ombro do Pomo - 5 - 11 Homs. PA - Ombro - NAO CONTINUA
5 - NAO - Ombro - 1/2 NAO - PA - SI - NAO - T.C.S.C

Diagnostico

Fratura do ombro do Pomo - 5

Conduta

Tratamento P/ fratura

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Thales C. Farias



HOSPITAL SÃO PAULO DE SÃO PAULO
 Rua...
 Paciente: JORGE JOSÉ RODRIGUES COSTA DE SOUZA
 Rua...
 Assado: RODOLOFO COSTA BATISTA CRM. 6213

Senar: 01...
 Data...

Exatidão:

1. ...
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...
6. ...
7. ...
8. ...
9. ...
10. ...
11. ...
12. ...

[Handwritten signature]
 Nome do Médico
 CRM: ...

Assinado

JORGE JOSÉ RODRIGUES COSTA DE SOUZA
 D.O. 11/04/1997 (idade 23 anos)
 Plano 036-254-00 11/02/2020 18:47:00
 Serv. SPLE SAÚDE CARILDO 072542100
 Rua NOROESTE JOSÉ COSTA DE SOUZA



CLINOR

Para: **JORGE HARRISON GOSTA DE SOUZA**
LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA SECUNDÁRIO A ACIDENTE DE MOTO NO DIA 02/03/2020 (SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS COM PACIENTE). FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DIA 21/02/2020, EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE INFECTADA. SUBMETIDO A NOVA CIRURGIA PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE, ASSOCIADO A TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE INFECTADA COM FIXADOR EXTERNO EM OUTUBRO DE 2020. RETIRADA DO FIXADOR EM 12/05/2021
RETORNA EM 18/05/2021 EM VIRTUDE DE INTERCORRENCIA QUE CULMINOU COM NOVA FRATURA.
SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRURGICO EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE E DEFORMIDADE DA TIBIA EM VARO (35°); ANTECURVATO (25°). DESTA FORMA APRESENTA DOR, E DEFORMIDADE DA PERNA ASSOCIADO A INSTABILIDADE DINÂMICA.
CID 10: T93 + M841

J.PESSOA, 25/01/2022.

Rodolfo Coimbra Batista
Ortopedista / Traumatologista
CRM 6819 TEOT 13403

RODOLFO COIMBRA BATISTA
Medico ortopedista - CRM 6819



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555
SUL - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR



CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda

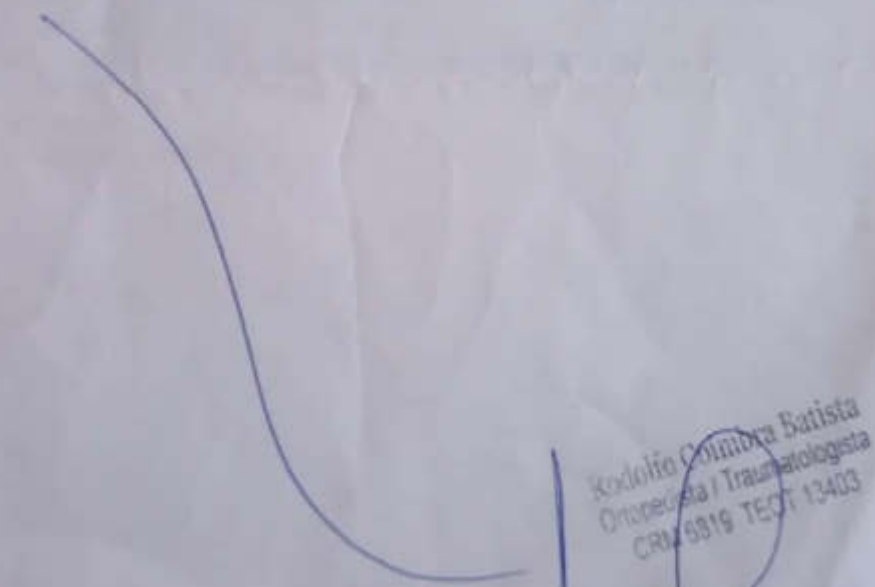
Centro - Bairro CENTRO - CEP: 55013-000
Praia - P.E.S. 001 - Praia - PE - Telefone: 3015-2029

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Para: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA
LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA SECUNDÁRIO A ACIDENTE DE MOTO NO DIA 02/03/2020 (SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS COM PACIENTE). FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO. MAS EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE INFECTADA. SUBMETIDO A NOVA CIRURGIA PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE. ASSOCIADO A TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE INFECTADA COM FIXADOR EXTERNO.

EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA. NO MOMENTO AGUARDA RETIRADA DO FIXADOR (POR CONTA DA PANDEMIA).
CID 10: S82 + M841



Rodolfo Coimbra Batista
Ortopedista / Traumatologista
CRM 6819 TEST 13403

J PESSOA, 23/02/2021.

RODOLFO COIMBRA BATISTA

Médico ortopedista - CRM 6819



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 41 - 3015-2029
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 41 - 3226-7555
SUL - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 41 - 3235-4348

WWW.CLINOR.COM



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JORGE HERISSON COSTA DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	11/06/97
NOME DA MÃE	MARIA JOSE COSTA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.220.404
DATA DO ATENDIMENTO	02/02/20
HORA DO ATENDIMENTO	20:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ENTRADA: O PACIENTE FOI ATENDIDO NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM DORES NOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES DIREITO. LESÃO CORTO-CONTUSO EM M.I.D. COM DESALINHAMENTO. REGISTRO DE PROVAVEL FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PERNA DIREITA
RX DE TORNOZELO DIREITO
RX DE BRAÇO DIREITO
RX DE ANTEBRAÇO

RESULTADOS DOS EXAMES:

TRATAMENTO:

IMOBILIZAÇÃO COM JOELHO TALA
ALTA HOSPITALAR: 02/02/20
DATA DA EMISSÃO: 23/07/20

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DAM, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

ASL-0004071/22 10:28:46

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46



ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

CERTIDÃO

Nº. 0396/2020

Atendendo solicitação de **JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial N°299056 e Prontuário n° 2017.02.2597 pertencentes ao paciente **JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA** que foi atendido dia 03/2/2020 às 02h10min, vítima de acidente automobilístico, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direito. Paciente solicitou alto a apedido dia 11/02/2020.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de julho de 2020

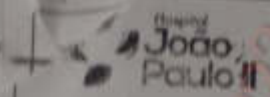
Rossana

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

Drª Rossana de Fátima de A. Barbosa
Clínica Médica/Medicina Intensiva
GERIATRIA / CRM - PB 3533

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46



Hospital João Paulo II Ltda
 Rua Euripedes Tavares, 362 - Centro
 João Pessoa - PB - Cep 58013-290
 CGC : 40.939.944/0001-43 INSC. EST : 16.095.920-9

FICHA DE INTERNAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Internação: 0261224-20
 Paciente: 0078677 JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA Religião:
 Convênio: SMILE SAÚDE
 Sexo: MASCULINO Data Nascimento: 11/06/1997 Cor: Idade: 22
 Estado Civil: SOLTEIRO(a) Profissão: Cid. Convênio: 072542100
 Nacionalidade: JOAO PESSOA A: 3825451 C.P.F.: 10466571437
 Filiação: e MARIA JOSE COSTA DA SILVA
 Endereço: LIBERIO MOREIRA DA SILVA 71 Número: 71
 Bairro: VALENTINA Cep: 58063-200 Fone: (83)8639-2385
 Cidade: JOAO PESSOA PB

DADOS HOSPITALAR

Data/Hora: 11/02/2020 16:47:00 Local: 2º ANDAR POSTO DE
 Quartos/Leto: 26 01 Fone resp: (83)8639-2385
 Responsável: JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA
 Médico: 9811 PRISCYLLA LINS FILGUEIRAS C.P.F.: 07357617458
 Especialidade: CLINICA MEDICA C. Atend: Usuário AMANDAMATIA

Código: 10102019 Procedimento: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Condições de alta: Curado Melhorado Transferido a Pedido Indisciplina Óbito Sem melhora Permanência

PRISCYLLA LINS FILGUEIRAS

AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA E/OU TRATAMENTO
 Declaro que eu, abaixo assinado, consento em ser submetido a qualquer cirurgia, anestesia ou terapêutica que for julgada necessário ou prudente para meu tratamento.

Jorge Harrison Costa de Souza
 JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE
 Declaro que eu, abaixo assinada, sou responsável pelo paciente e que tomo ciência do regulamento do Hospital, atestado na dependência da internação, e responsabilizo-me pelas despesas que vierem a ocorrer com o mesmo.

Jorge Harrison Costa de Souza
 JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA

JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA
 D.N. 11/06/1997 Idade 22 Sexo M
 Atend 0261224-20 11/02/2020 16:47:00
 Conv SMILE SAÚDE Cartão 072542100
 Mãe MARIA JOSE COSTA DA SILVA

ASL-0004071/22 10:28:46
 cristina.alves
 02/05/2022 10:28:46

HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA

Prescrição 693917

Data: 16/02/2020 00:26

Paciente: 0078577 JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

Cod. Convenio: 072542100

Enfermagem: SUELE DE ARAUJO ROSENO SILVA COREN: 0765106

Relatorio de Enfermagem

Inscriçao: 0261224-20

Idade: 22

Qtde Unid Via Horario

Horario/observação

16/02/2020 00:28:04 Pagina: 1

Setor: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 26/01

Convenio: SMILE SAUDE

Dt. nasc: 11/06/1997

Data Int: 11/02/2020 18:47:00

Seq Prescrição

Evolução:

19H30 - PACIENTE EM TRATAMENTO CLÍNICO DE FRATURA DE TÍBIA, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, APÉSSIL, EDREICO, ALGO HIPOCORADO, NURMOCÁRDICO, ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO, DIURSE ESPONTANEA PRESENTE, EVACUAÇÕES PRESENTES SIC, RÍD IMOBILIZADO COM ENFAIXAMENTO. ACEITA A DIETA OPERECIDA, REFERE FRAQUEZA. 7H - SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Enfermagem

Enfermagem

Suele
SUELE DE ARAUJO ROSENO SILVA
Enfermeira
COREN-PB 466.454

JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA
O N 11/06/1997 Idade 22 Sexo M
Atend 0261224-20 11/02/2020 18:47:00
Conv SMILE SAUDE Car: 072542100
Mãe MARIA JOSE COSTA DA SILVA

ASL-0004071/22
Cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
Cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
Cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
Cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
Cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.825.451

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/01/2010

NOME JORGE HARRISSON COSTA DE SOUZA

FILIAÇÃO FRANCISCO ASSIS DE SOUZA
MARIA JOSÉ COSTA DA SILVA

NATURALIDADE

JOAO PESSOA - PB

DATA DE NASCIMENTO

11/06/1997

DOC. NASC. N. 4637 FLS. 256 LIV. A-5

CARTORIO 10° JOÃO PESSOA - PB

CPE

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-005



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

George Cavrisimbo Costa de Souza

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:32:08



LAUDO TRAUMATOLÓGICO Nº 03.01.06.012022.001630

Ferimento ou ofensa física

Data/Hora do Exame: 25/01/2022 17:00:00

Em 25 de Janeiro de 2022, o(a) Chefe do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de JOÃO PESSOA, **CRISTIANE HELENA DA SILVA BARBOSA FREIRE**, atendendo a solicitação expedida pelo(a) **DELEGADO(A) ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA** de acordo com a Requisição de Exame 9/20222 da DAV, datada de 25 de Janeiro de 2022 designou Perito(a) Oficial Médico legal para proceder ao exame Traumatológico de conteúdo Médico Legal em **JORGE HARRISSON COSTA DE SOUZA**, Nacionalidade: Brasileira, Estado Civil: Solteiro(a), nascido em: 11/06/1997 (24 anos) natural de: NÃO INFORMADO sexo: MASCULINO, Raça/Cor: PARDA; filho(a) de FRANCISCO ASSIS DE SOUZA e MARIA JOSÉ COSTA DA SILVA, residente em RUA LIBERIO MOREIRA DA SILVA, N 71, VALENTINA, JOÃO PESSOA / PB.

HISTÓRICO Consta na requisição policial que o examinado fora vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 02/02/2020, sendo socorrido para o Hospital Humberto Lucena, posteriormente para o Complexo Hospitalar de Mangabeira e em seguida par o Hospital João Paulo II.

DESCRIÇÃO DO EXAME - Discreta hipotrofia em musculatura de coxa direita em comparação com a coxa contra lateral esquerda; importante curvatura lateral de perna direita; artrose com deformidade em varo de perna direita; instabilidade ortostática; deambula com claudicação.

Trouxe laudo médico emitido por Dr. Rodolfo Coimbra, CRM PB 6819, datado de 25/01/2022 que refere paciente vítima de acidente de moto com fratura de tibia direita sendo submetido tratamento cirúrgico no dia 21/02/2020, evoluindo com pseudoartrose infectada. Fora ressubmetido a cirurgia para troca de material, sendo colocado fixador externo em outubro de 2020, com retirada em 12/05/2021. Em 18/05/2021 em virtude de nova intercorrência, apresentou nova fratura, sendo submetido a fratura a tratamento conservador (não cirúrgico) evoluindo com pseudoartrose e deformidade tibial em varo (35°) antercurvato (25°), apresentando dor e deformidade da perna com instabilidade dinâmica. CID-10: T93 + M841

Trouxe laudo médico emitido pelo Hospital Humberto Lucena, assinado por Dr. José de Almeida Braga, CRM PB 2329, datado de 23/07/2020, que refere atendimento em virtude de acidente de moto, com CID T149, traumatismo não especificado. Expondo provável fratura de tibia direita, com tratamento de imobilização com Joelheira tala.

Trouxe certidão emitida pelo Complexo Hospitalar de Mangabeira, assinado por Dra. Rossana Barbosa, CRM PB 3533, datada de 24/07/2020 que reporta paciente atendido 03/02/2020 com trauma em membro inferior direito, com diagnóstico de fratura de perna direita, com paciente solicitando alta a pedido no dia 11/02/2020.

Trouxe cópia de prontuário médico emitido pelo Hospital João Paulo II, datado de 20/02/2020, assinado por Dr. Rodolfo Coimbra, CRM PB 6819, que reporta tratamento cirúrgica de fratura de tibia. No momento exato deste exame pericial, o periciando apresenta:

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

1-Há ferimento ou ofensa física? **SIM**

2-Qual o meio que ocasionou? **AÇÃO CONTUNDENTE**

3-Houve perigo de vida? **NÃO**

4-Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? **SIM instabilidade dinâmica e estática; limitação da flexo-extensão da perna direita, com perda funcional de 25%.**

5-Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? **SIM Devido à fratura da perna direita**

6-Provocou aceleração de parto? **NÃO SE APLICA**

7-Resultou perda ou inutilização de membro sentido ou função? **NÃO**

8-Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? **NÃO**

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: _____ 3 - CPF da vítima: 1046657437 4 - Nome completo da vítima: Jorge Maximiano Costa de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Jorge Maximiano Costa de Souza 6 - CPF: 1046657437
 7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R. Leônidas Moreno da Silva 9 - Número: 75 10 - Complemento: base
 11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: Joaquim Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58063-200
 15 - E-mail: VARACOSTAJP@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (83) 98639-2385

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR OU CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 OU 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: Santander
 AGÊNCIA: 2303 CONTA: 01028106 2
(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 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 do 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 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 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, Joaquim Pessoa 18/08/2022
Jorge Maximiano Costa de Souza
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020076/22

Número do Sinistro: 3220036504

Vítima: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

CPF: 104.665.714-37

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/02/2020

Titular do CPF: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA : 104.665.714-37

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020076/22

Vítima: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

CPF: 104.665.714-37

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/02/2020

Titular do CPF: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA : 104.665.714-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/07/2022
Nome: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA
CPF: 104.665.714-37

JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/07/2022
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220036504

Vítima: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

Data do Acidente: 02/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **033**

Agência: **000002301**

Conta: **000001028106-2**

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.

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: _____ 3 - CPF da vítima: 1046657437 4 - Nome completo da vítima: Jorge Maximiano Costa de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Jorge Maximiano Costa de Souza 6 - CPF: 1046657437
 7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R. Leônidas Moreno da Silva 9 - Número: 75 10 - Complemento: base
 11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: Joaquim Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58063-200
 15 - E-mail: VARACOSTAJP@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (83) 98639-2385

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR OU CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 OU 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: Santander
 AGÊNCIA: 2303 CONTA: 01028106 2
(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 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 do 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 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Joaquim Pessoa 18/08/2022
Jorge Maximiano Costa de Souza
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01081.01.2022.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01081.01.2022.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:04 horas do dia 19 de janeiro de 2022, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Jorge Harisson Costa de Souza**, CPF nº 104.665.714-37, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria José Costa da Silva e Francisco Assis de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 11/06/1997 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Liberio Moreira da Silva, Nº 71, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Supermercado Bemais, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98792-6746.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Abelardo Jurema Filho, Mituaçu, Conde/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 02/02/20 18:22h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, NO DIA 02.02.2020 POR VOLTA DAS 18h;22MIN O NOTICIANTE TRAFEGAVA NA RODOVIA ABELARDO JUREMA FILHO/CONDE CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/BROS, ANO 2011, COR VERMELHA, PLACA NPT5813/ PB -BAYEUX, QUANDO O NOTICIANTE AO TENTAR ULTRAPASSAR O VEÍCULO DE MARCA CLASSIC, COR PRETO, PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE ESSE VEÍCULO NÃO SINALIZANDO QUE IRIA ENTRAR A ESQUERDA, PARA A ENTRADA DE MITUAÇU, FREIOU BRUSCAMENTE E O NOTICIANTE NÃO CONSEGUINDO DESVIAR DESSE VEÍCULO, VEIO A COLIDIR NA LATERAL, DO LADO ESQUERDO E COM O IMPACTO DA COLISÃO O NOTICIANTE FOI ARREMEÇADO AO SOLO, VINDO A SER SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS, SENDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA, APÓS DOIS DIAS FOI TRANSFERIDO PARA O TRAUMINHA, PASSANDO TREZE DIAS INTERNO, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL JOÃO PAULO II, APRESENTANDO O LAUDO MÉDICO CONSTANDO CID 10:S82 +M841, ASSINADO PELO DR.RODOLFO COIMBRA BATISTA-CRM 6819-TEOT 13403;QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO CLASSIC, NÃO PRESTOU SOCORRO AO NOTICIANTE; QUE SUA MOTOCICLETA FICOU BASTANTE DANIFICADA:MOTIVO PELO QUAL VEIO COMUNICAR O OCORRIDO.

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.

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



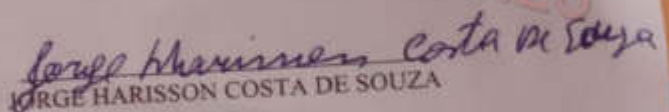
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

João Pessoa/PB, 19 de janeiro de 2022.


JOSÉ SAULO ARAÚJO NEGREIROS
Agente de Investigação


JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA
Noticiante

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26