

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

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

P.06



NAO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1.883.642-20V1a

DATA DE
EXPEDIÇÃO

2 ABR 2007

NOME

EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS

José Antonio Paulo dos Santos

FILIAÇÃO

Josefa Marques Pereira dos Santos

Serra Redonda-PB

07.02.1967

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

Cart. Casm. 42241-fls. 025-LivB110-

DOC ORIGEM

12 Cart. de José Pessoa-PB

038937564-00

CPT

R. M. N. A. B. S.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML*(Preenchimento exclusivo para cobertura Invalidez Permanente)***30 - Informação sobre inexistência de laudo do IML:**

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

- a) Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência;
- b) O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do seguro DPVAT;
- c) O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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 o Laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica, caso necessária, às custas do Seguro DPVAT para verificação da existência ou quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS*(Preenchimento exclusivo para cobertura Morte)***31 - Marque com um "X" o Estado Civil da Vítima:**

☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)
☐ Casado(a) (no Civil) ☐ Separado(a) judicialmente

32 - Grau de parentesco com a vítima

33 - Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não

34 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo:

35 - Vítima tinha filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima tinha filhos, informar:

Quantidade de filhos: Vivos Falecidos

Vítima deixou nascituro? (vai nascer) ☐ Sim ☐ Não

36 - Em relação aos pais da vítima, informar:

Quantidade de pais: Vivos Falecidos

37 - Em relação aos avós da vítima, informar:

Quantidade de avós: Vivos Falecidos

38 - Vítima tinha irmãos?

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima tinha irmãos, informar:

Quantidade de irmãos: Vivos Falecidos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3230009074 **Cidade:** Joao Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/07/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE COM LESÃO CORTO CONTUSA EM REGIÃO OCCIPITAL À ESQUERDA. PÁG 5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG 5
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 7
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES
QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.
NÃO FOI APRESENTADO LAUDO DO IML.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3230009074 **Cidade:** Joao Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/07/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE COM LESÃO CORTO CONTUSA EM REGIÃO OCCIPITAL À ESQUERDA. PÁG 5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG 5
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 7
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.
NÃO FOI APRESENTADO LAUDO DO IML.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

**Procuração**

EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS, brasileiro, casado, serviços gerais, portador do RG n. 1.883.642, inscrito no CPF sob o n. 038.937.564-00, residente e domiciliado R. Edmundo Filho - São José, n. 120, A, João Pessoa - PB, 58034-820, nomeia e constitui sua bastante procuradora a advogada que integra a sociedade de advogados **FERNANDES & AMARAL ADVOCACIA**, inscrita na Ordem de Advogados do Brasil sob o n.º 2100159 e no CNPJ n.º 42.957.603/0001-26, com endereço R. Manoel Paulino Júnior, n.º 104, sala 105, Tambauzinho, João Pessoa - PB, 58042-000, onde recebe intimações, neste ato representado por **TAINÁ BERNARDINO FERNANDES DO NASCIMENTO**, brasileira, casada, advogada, inscrita no CPF sob o n.º 089.320.164-29 e na Ordem dos Advogados do Brasil sob o n.º 26.103 e **LAHIS PRISCILA SANTOS AMARAL HONÓRIO**, brasileira, casada, advogada, inscrita no CPF sob o n.º 104.976.974-08 e na Ordem dos Advogados do Brasil sob o n.º 29.545, a quem confere poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium et extra", para representá-lo em tribunais, órgãos, instituições, autarquias e repartições públicas federais, estaduais e municipais e especialmente perante o INSS – Instituto Nacional de Seguro Social e a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado (a) poderes para, obter cópias, assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica, solicitar agendamento e reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, para tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, postulando benefícios previdenciários e assistenciais, suas revisões, transformações, desistência, podendo obter vistas em procedimento administrativo ou judicial, conferindo-lhes ainda poderes para, em qualquer instância, Juízo ou Tribunal, propor qualquer ação, incluindo revisional e/ou concessão de benefício, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, renunciar aos valores excedentes a 60 salários mínimos em razão do procedimento especial (Lei 10.259/2001), transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, sacar valores, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem; solicitar/requerer perante aos hospitais laudos e prontuários médicos; solicitar/requerer perante qualquer órgão ou instituição documentos e declarações, além de declarar para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como suas advogadas as outorgadas acima nomeadas, nos termos do §4º do artigo 5º, da lei 1.060/50.

João Pessoa-PB, 03 de maio de 2023.

**OUTORGANTE**

a rogo por (art. 595, código Civil)

CPF

TESTEMUNHA 01**TESTEMUNHA 02****TAINÁ BERNARDINO FERNANDES DO NASCIMENTO**

OAB/PB n.º 26.103

LAHIS PRISCILA SANTOS AMARAL HONÓRIO

OAB/PB n.º 29.545



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 1.108.289 - 2 VIGÊNCIA 04/07/2011

NOME JOSEILTON FERREIRA DE SOUZA

FILIAÇÃO NAUVEL SEVERINO DE SOUZA
BEASTIANA FERREIRA DE SOUZA

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO
01/07/1965

DOC. CIVIL
NASC. N. 47083 PLS. 23 LIV. A-76

CANTORIO 2º JOÃO PESSOA-PB

CPF 515.181.614-53

LEI Nº 4.119 DE 27/09/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-1



POLEGAR DIREITO



Mary Beatriz de Lima
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Indústria Gráfica Brasileira Ltda.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

10.694.783

DATA DE
EXPEDIÇÃO

24/10/2017

NOME

<< ILLARY BEATRIZ DE LIMA >>

FILIAÇÃO

<< GLEBSON JOSÉ DE LIMA >>

<< JOSILENE LAURENTINO DA SILVA >>

NATURALIDADE

ALIANÇA - PE

DATA DE NASCIMENTO

07/07/2003

DOC. ORIGEM

<< 0772630155 2003 1 00030 011

0035203 24 ALIANÇA - PE >>

CPF

147.868.294-98

Carvalho de Carvalho
PÁLIO A. TENÓRIO DE CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
ASSINATURA DO DIRETOR DE DO ITB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

117741203010080700.7742411

F-77 40.291 - 4633



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
VALESKA GONCALVES HONORIO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3651594 SSDS PB

CFF DATA NASCIMENTO
090.082.124-80 17/06/1996

FILIAÇÃO
VICENTE HONORIO FILHO
ROSANA GONCALVES DE
OLIVEIRA HONORIO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO VALIDADE 1º HABILITAÇÃO
07127623583 30/10/2022 14/09/2018

OBSERVAÇÕES

Valeska Gonçalves Honorio

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
JOAO PESSOA, PB 14/10/2019

ASSINATURA DO EMISSOR

88889626836
PB039853420

PARAÍBA

DENATIAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1843559439

PROIBIDO PLASTIFICAR
1843559439

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007409/23

Vítima: EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 038.937.564-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2020

Titular do CPF: EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TAINA BERNARDINO FERNANDES DO NASCIMENTO : 089.320.164-29

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS : 038.937.564-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

A indenização por invalidez permanente, parcial ou total, é de até R\$ 13.500,00. O valor varia conforme a gravidade das sequelas definitivas apontadas em laudo médico e de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6194/74.

Se a documentação apresentada estiver completa, a análise do pedido de indenização é feita em até 30 dias e o pagamento, quando devido, é depositado na conta bancária da vítima.

Vale ressaltar que a responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do solicitante.

Para mais informações sobre o Seguro DPVAT, referente a acidentes de trânsito ocorridos até 31/12/2020, fale com o nosso Assistente Virtual via WhatsApp (21 96781-3444) ou ligue para a Central de Atendimento (4020-1596 para regiões metropolitanas ou 0800 022 12 04 para outras regiões). Você também pode acessar o endereço virtual da Seguradora Líder: www.seguradoralider.com.br.

Atenção! Serão enviadas notificações via SMS e/ou e-mail sobre a atualização da solicitação para os contatos do portador dos documentos apresentados.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/05/2023
Nome: TAINA BERNARDINO FERNANDES DO NASCIMENTO
CPF: 089.320.164-29

TAINA BERNARDINO FERNANDES DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2023
Nome: Plataforma Digital - Site
CPF: - . . -

Plataforma Digital - Site

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230009074

Vítima: EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 17/07/2020, emitida pelo Dr. JOSÉ HERCILIO SUASSUNA MAIA, CRM nº 11061 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

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: 038.937.504-00 4 - Nome completo da vítima: Edmilson Pereira dos Santos

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

5 - Nome completo: Edmilson Pereira dos Santos 6 - CPF: 03893750400
7 - Profissão: serviços gerais 8 - Endereço: Rua Edmundo Filho 9 - Número: 120 10 - Complemento: A
11 - Bairro: São José 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 57034-920
15 - E-mail: tamakamendes.adv@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 3399974103

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E 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/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0909 CONTA: 000803276489 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

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



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

519181614-53

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

Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: Ilary Beatriz de Lima
CPF: 147.868.241-98

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Valenka Gonçalves Honorato
CPF: 090.092.124-50

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Paulo, 03 de maio de 2023

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menor de 18 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos sobre o Seguro DPVAT, acesse o site www.seguradoralider.com.br e, para informações sobre o tratamento dos seus dados pessoais, acesse a Diretiva de Privacidade da Seguradora Líder no link www.seguradoralider.com.br/diretivadeprivacidade ou entre em contato, por telefone, em um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h;

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189;

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06;

Ouvidoria: 0800 021 91 35.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 1.108.289 - 2 VIGÊNCIA 04/07/2011

NOME JOSEILTON FERREIRA DE SOUZA

FILIAÇÃO NAUVEL SEVERINO DE SOUZA
ELEASTIANA FERREIRA DE SOUZA

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO
01/07/1965

DOC. CIVIL
NASC. N. 47083 PLS. 23 LIV. A-76

CANTORIO 2º JOÃO PESSOA-PB

CPF 515.181.614-53

LEI Nº 4.119 DE 27/09/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-1



POLEGAR DIREITO



Mary Beatriz de Lima
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Indústria Gráfica Brasileira Ltda.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

10.694.783

DATA DE
EXPEDIÇÃO

24/10/2017

NOME

<< ILLARY BEATRIZ DE LIMA >>

FILIAÇÃO

<< GLEBSON JOSÉ DE LIMA >>

<< JOSILENE LAURENTINO DA SILVA >>

NATURALIDADE

ALIANÇA - PE

DATA DE NASCIMENTO

07/07/2003

DOC. ORIGEM

<< 0772630155 2003 1 00030 011

0035203 24 ALIANÇA - PE >>

CPF

147.868.294-98

Carla de Carvalho
PÁLIO A. TENÓRIO DE CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
ASSINATURA DO DIRETOR DE DO ITB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

117741203010080700.7742411

F-77 40.291 - 4633



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
VALESKA GONCALVES HONORIO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3651594 SSDS PB

CFF DATA NASCIMENTO
090.082.124-80 17/06/1996

FILIAÇÃO
VICENTE HONORIO FILHO
ROSANA GONCALVES DE
OLIVEIRA HONORIO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
07127623583 30/10/2022 14/09/2018

OBSERVAÇÕES

Valeska Gonçalves Honorio

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
JOAO PESSOA, PB 14/10/2019

ASSINATURA DO EMISSOR

88889626836
PB039853420

PARAÍBA

DENATIAN CONTRA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1843559439

PROIBIDO PLASTIFICAR
1843559439



**POLÍCIA
CIVIL**

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09751.01.2023.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09751.01.2023.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra. Às 16:25 horas do dia 03 de maio de 2023, 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 do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Investigador de Polícia Civil, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Edmilson Pereira dos Santos**, CPF nº 038.937.564-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Josefa Marques Pereira dos Santos e Jose Antonio Paulo dos Santos, natural de Serra Redonda/PB, nascido(a) em 07/02/1967 (56 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Edmundo Filho, Nº 120 A, bairro São José, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Tancredo Neves, Posto Br, João Pessoa/PB, bairro Bairro dos Ipês; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/07/20 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCRITOS, ESTAVA ANDANDO EM SUA BICICLETA NA AVENIDA TANCREDO NEVES, BAIRRO DOS IPES, NESTA CAPITAL, QUANDO FOI ATROPELADO PELO CONDUTOR DE UMA MOTOCICLETA, O QUAL EVADIU-SE DO LOCAL APOS O ACIDENTE, SEM PRESTAR SOCORRO A ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULANCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM TCE LEVE + FERIMENTOS DE OUTRAS PARTES DA CABEÇA (REGIAO OCCIPITAL), CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA.

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, 03 de maio de 2023.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Investigador de Polícia Civil

EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 09751.01.2023.1.00.401



GOVERNO
DA PARAÍBA

REFERÊNCIA
FIEV/2023

Av. Feliciano Almeida, 220, Joazeiro, João Pessoa - PB
CEP: 58015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

MATRÍCULA
67462545

DADOS DO CLIENTE:

MARIA DE SOUZA OLIVEIRA

RUA EDMUNDO FILHO, 120 A QUARTO 3 SAO JOSE
JOAO PESSOA PB 58034-500

INSCRIÇÃO: 001.057.000.1994.000

ECONOMIAS:

Residencial: 1

Comercial: 0

Industrial: 0

Pública: 0

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO:

Situação água:

Situação esgoto:

Hidrometro
A21HW0053093

Condição de leitura:
REALIZADA

Condição do faturamento:
REAL

Data da leitura anterior:
04/01/2023

Leitura anterior:
150

Leitura atual:
159

Consumo (m³):
9

Número de dias:
30

Data da próxima leitura:
03/03/2023

QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA

PARAMETROS	Nº AMOSTRAS	EXIGIDAS	ANALISADAS	CONFORMES
TURBIDEZ	0.50	268	269	269
CLORO	1.00	268	269	268
COLIFORMES TOTAIS	0.00	0	0	0
COE	3.30	73	211	210
COL. TOTAIS	0.00	268	269	266

DADOS REFERENTES A: DEZ/2022 ANEXO XX PORTARIA 05/2017 MS

HISTORICO DE CONSUMO

Mes/ano	Consumo (m³)
JAN/2023	11
FEV/2023	12
NOV/2022	8
OUT/2022	13
SET/2022	8
AGO/2022	9
MEDIA(M)	9

CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

CONSUMO DE AGUA	9 M3	46,28
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	9 M3	37,02



Av. Nelsoni Cruz, 220, Jaguaribe, João Pessoa - PB
CNPJ: 08.581.537-0 - CEP: 51.123.454/0001-87



GOVERNO
DA PARAÍBA

REFERÊNCIA
FAS 2023

MATRICULA

68560990

DADOS DO CLIENTE:

ALDEO ANTONIO RABELO DIAS
RUA MANOEL PAULINO JUNIOR, 104 E TAMBAUZINHO
JOÃO PESSOA - PB 58042-000
INSCRIÇÃO: 001.003.038.0342.000

ECONOMIAS:

Residencial: 0 Comercial: 1 Industrial: 0 Pública: 0

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO:

Situação água: **LIGADO** Situação esgoto: **LIGADO**
Hidrômetro: A211142155 Condição de leitura: REALIZADA Condição do fornecimento: MÉDIA DO HIDRO Data da leitura anterior: 05/12/2022
Leitura anterior: 18 Leitura atual: 18 Consumo (m³): 3 Número de dias: 31 Data da próxima leitura: 05/01/2023

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

INDICADOR	Nº AMOSTRAS	EXATIDÃO	VALOR MÍNIMO	CONFORME
PH	10	95%	6,5	7,0
CLOR. TOTAL	10	95%	0,5	1,0
ODOR	10	95%	0,5	1,0
TEMP. AMBIENTE	10	95%	20,0	25,0

DADOS RECORRIDOS AT: 05/12/2022 PRÉDIO JOAQUIM RABELO DIAS

HISTÓRICO DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (m³)
01/12/2022	3
02/12/2022	3
03/12/2022	3
04/12/2022	3
05/12/2022	3
06/12/2022	3
07/12/2022	3
08/12/2022	3
09/12/2022	3
10/12/2022	3
11/12/2022	3
12/12/2022	3
13/12/2022	3
14/12/2022	3
15/12/2022	3
16/12/2022	3
17/12/2022	3
18/12/2022	3
19/12/2022	3
20/12/2022	3
21/12/2022	3
22/12/2022	3
23/12/2022	3
24/12/2022	3
25/12/2022	3
26/12/2022	3
27/12/2022	3
28/12/2022	3
29/12/2022	3
30/12/2022	3
31/12/2022	3

CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 Unidade	3 m³	78,56
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO		
COMERCIAL 1 Unidade	3 m³	78,56
CONSUMO DE ESGOTO		

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 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Taina Bernardino Fernandes do Nascimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 089.320.164-29 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edmilson Pereira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.937.564, 00

do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima _____

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

Declaro Profissão: Advogada Renda: sem renda e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, 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 Manoel Paulino Júnior</u>	Número: <u>104</u>	Complemento: <u>Sala 105</u>
Bairro: <u>Tamboré</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>tainafernandesadv@gmail.com</u>	CEP: <u>58042-000</u>	Tel. (DDD): <u>83 98814 4103</u>

Local e Data: João Pessoa, 03 de maio de 2023

Taina Fernandes

Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS
DADOS DE NASCIMENTO 07/02/67
NOME DA MÃE JOSEFA MARQUES PEREIRA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.246.554
Nº PRONTUARIO
DATA DO ATENDIMENTO 17/07/20
HORA DO ATENDIMENTO 20:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE BICICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DA CABEÇA (REGIÃO OCCIPITAL)
CID 10 S 00.9 + S 01.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de bicicleta (colisão moto x bicicleta), era o ciclista, trazido pelo SAMU, apresentando relato de perda de consciência, com ferimento corto-contuso em região occipital E. Tam Também relato de ingesta de etílicos (SIC). Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX do tórax - AP
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Sem alteração à TC, USG e RX. Realizado atendimento, sutura, medicação e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 18/07/20
DATA DE EMISSÃO: 14/08/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Sempre todos
PARAÍBA
Governo do Estado

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1246554



Identificação do paciente

ID 1519312	Nome EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 07/02/1967	Idade 53 anos 5 meses 10 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião	Prontuário
Mãe JOSEFA MARQUES PEREIRA DOS SANTOS			Pai JOAO ANTONIO PAULO DOS SANTOS	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) MARIA DE SOUSA SILVA DOS SANTOS - ESPOSO(A)	
DDD Celular 83	Celular 987323751	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1883642	Nº Cns		
Local de procedência BAIRRO DOS IPES			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade SERRA REDONDA	CBO/R		

Endereço

CEP 58034500	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro EDMUNDO FILHO
Número 120	Complemento	Bairro SÃO JOSÉ	

Admissão

Data e Hora 17/07/2020 20:38:08	Número da pulseira 1000008780262	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

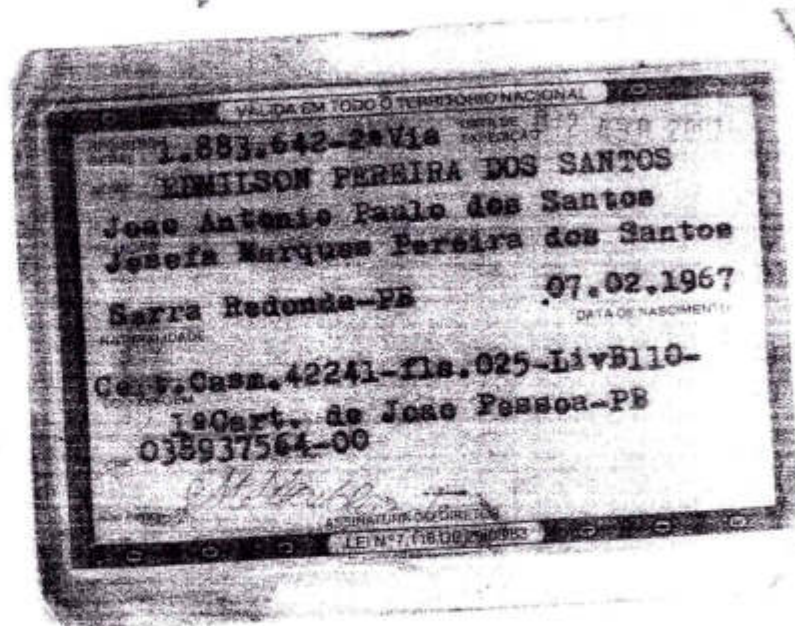
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Exames complementares realizados: BICICLETA, COMUM, ACIDENTE SEGURANÇA P/ TRAUMA.						

Diagnóstico	CID
Atendido por RENATA HERCULANO DA SILVA	Tempo

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: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS	1246554	17/07/2020 20:38:08	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
07/02/1967	53a 5m 10d	Masculino	(83) 987323751
Mãe		CNS	Prontuário
JOSEFA MARQUES PEREIRA DOS SANTOS			
Endereço	Bairro	Município	UF
EDMUNDO FILHO, 120	SÃO JOSÉ	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE BICICLETA	DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA	12150/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
17/07/2020 20:38:08		17/07/2020 20:43:15	

ANAMNESE

#Cirurgia Geral 1º atendimento em sala vermelha Paciente trazido pelo SAMU sem protocolo de imobilização após colisão moto x bicicleta. Era o ciclista. Nega uso de capacete, relata perda de consciência, nega vômitos e não sabe informar sobre outras vítimas. Deambulou ativamente após o evento. Queixa: FCC em região occipital à esquerda. Relato de ingestão de etílicos (sic). A: via aérea pervia, região cervical indolor à palpação e mobilização ativa. Veio sem colar cervical e com cabeceira elevada. B: eupneico, tórax com expansibilidade preservada, traqueia centrada, sem enfisema de subcutâneo, sem crepitação de arcos costais à palpação. SpO2 satisfatória em ar ambiente. C: abdome flácido, depressível, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Paciente hemodinamicamente estável, normocárdico, com extremidades bem perfundidas. D: consciente, orientado, GCS 15, sem alteração pupilar. E: FCC região occipital esquerda. Status vacinal p/ tétano: desconhecido. Comorbidades: hipertensão. Alergias medicamentosas: negou. Uso recente de medicações: HCTZ. Conduta: - Profilaxia antitetânica. - RX de tórax + Reavaliação Cir. Geral para sutura. - TC Crânio + Parecer NCR. - Analgesia com Dipirona. +Dr. Gilvando

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES:: PARECER NCR + SUTURA APÓS LIBERAÇÃO)

SUTURA DE FERIMENTO, (OBSERVAÇÕES:: TRICOTOMIA + SUTURA APOS LIBERAÇÃO DA NCR)

CID10

V12.2 - Ciclista traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - ciclista não especificado traumatizado em acidente não-de-trânsito

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Diego Arley Gomes da Silva
Médico
CRM-PB 12150

DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA
(CRM: 12150/PB)

Boletim registrado por: RENATA HERCULANO DA SILVA em 17/07/2020 20:38:08



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

Paciente EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS	BAE 1246554	Data/Hora Entrada 17/07/2020 20:38:08	Data Baixa
Data de nascimento 07/02/1967	Idade 53a 5m 11d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987323751
Mãe JOSEFA MARQUES PEREIRA DOS SANTOS		CNS	Prontuário
Endereço EDMUNDO FILHO, 120	Bairro SÃO JOSÉ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE BICICLETA	Profissional JOSE LOPES DE SOUSA FILHO	Nº Cons. Regional 6676/PB
Data/Hora Classificação 17/07/2020 20:38:08		Data/Hora Prescrição 17/07/2020 23:19:15	

ANAMNESE

NEUROCIRURGIA ##### - TCE LEVE POR ACIDENTE - FERIMENTO CORETO CONTUSO OCCIPITAL ECG 15, ISO E REATIVAS SEM DÉFICITS FOCAIS E-OU RADICULARES TC CRANIO SEM FRATURAS E-OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANAS CONDUTA: ANALGESIA + SUTURA DE FERIMENTOS OBS NEURO 12HS ATLS PELA CIRURGIA GERAL

Conduta

Em observação



DR. JOSÉ LOPES
NEUROCIRURGIÃO
Cirurgião de Coluna - CRM / 6676

Enfermeiro

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO
(CRM: 6676/PB)

Boletim registrado por: RENATA HERCULANO DA SILVA em 17/07/2020 20:38:08



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Recu. e. Gen.
Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS	1246554	17/07/2020 20:38:08	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
07/02/1967	53a 5m 11d	Masculino	(83) 987323751
Mãe		CNS	Prontuário
JOSEFA MARQUES PEREIRA DOS SANTOS			
Endereço	Bairro	Município	UF
EDMUNDO FILHO, 120	SÃO JOSÉ	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE BICICLETA	EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE	6215/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
17/07/2020 20:38:08		18/07/2020 15:55:54	

ANAMNESE

NEUROCIRURGIA ##### - TCE LEVE POR ACIDENTE - FERIMENTO CORETO CONTUSO OCCIPITAL EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS. ECG 15, ISO E REATIVAS SEM DÉFICITS FOCAIS E-OU RADICULARES TC CRANIO SEM FRATURAS E-OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANAS CONDUTA: 1- ORIENTO RETORNO SE INTERCORRENCIAS 2- ALTA DA NCR 3- AGUARDA ALTA DA CIRURGIA GERAL

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro

Dr. Emerson Magno de Andrade
CRM 10000
17/07/2020

EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE
(: 6215/PB)

Boletim registrado por: RENATA HERCULANO DA SILVA em 17/07/2020 20:38:08



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

Paciente EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS	BAE 1246554	Data/Hora Entrada 17/07/2020 20:38:08	Data Baixa
Data de nascimento 07/02/1967	Idade 53a 5m 11d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987323751
Mãe JOSEFA MARQUES PEREIRA DOS SANTOS		CNS	Prontuário
Endereço EDMUNDO FILHO, 120	Bairro SÃO JOSÉ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE BICICLETA	Profissional JOSE HERCILIO SUASSUNA MAIA	Nº Cons. Regional 11061/PB
Data/Hora Classificação 17/07/2020 20:38:08		Data/Hora Prescrição 18/07/2020 17:07:13	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL EM TEMPO: REAVLIO PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X BICICLETA, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. ABD: FLACIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR A PALPÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA FAST: AUSENCIA DE LIQUIDO LIVRE RX TORAX: SEM SINAIS DE FRATURA, HEMO/ PNEUMOTORAX CONDTA: 1-ALTA DA CIRURGIA GERAL + ORIENTAÇÕES GERAIS + ANALGESIA PARA DOMICÍLIO

Conduta

Em observação

Enfermeiro

JOSE HERCILIO SUASSUNA MAIA
(CRM: 11061/PB)

Boletim registrado por: RENATA HERCULANO DA SILVA em 17/07/2020 20:38:08

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS		Data de Nascimento	07/02/1967	Idade	53	Sexo	MASCULINO	Nº	1246554	Nº Prontuário	1246554	Data Prescrição	17/07/2020 20:43:15
Motivo do Atendimento			Enfermaria / Leito											
Convenio	SUS		Matricula											
			Data da entrada:	17/07/2020 20:38:08	Data da Internação:			Permanência na			Permanência no			
			Via de Admín.	Veloc. Int.	Pos			Apazamento						

1	SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	5,0	ML		INTRAMUSCULAR	AGORA	20:45
2	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	AGORA	20:50
3	1 - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação: parecer ncr + sutura após liberação			
4	SUTURA DE FERIMENTO	0,0		Observação: tricotomia + sutura após liberação da ncr			

Reimpresso por:
dia:

DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA
CRM: 12150

Diego Arley Gomes da Silva
Médico
CRM-PB 12150

Assinatura e Carimbo do Profissional

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM Nº: 660977

Nome EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS	CNS	Idade
Data de Nascimento 07/02/1967	Boletim Emergencia 1246554	Prontuario
Material a examinar		
Seção: CENTRO CIRURGICO		
		Data Prescrição: 18/07/2020 00:44:38

EXAME DE IMAGEM

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

Dr. Edmilson Pereira dos Santos
CRM: 120367
Assinatura

Reimpresso por:-

dia:-

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher e enviar separado para imagens e laboratório e arquivos clínicos

ULTRASSONOGRAFIA

TIPO: 107

DATA: 00:54h

HORA: 00:54h

NOME ENF: P. P. P.

ASS: P. P. P.

Klaus, RSK

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 660909

Nome	EDMILSON PEREIRA DOS SANTOS	CNS	Idade
Data de Nascimento	07/02/1967	Boletim Emergencia	Prontuario
Material a examinar			
Seção:			
SALA DE ESTABILIZAÇÃO			
			Data Prescrição:
			17/07/2020 20:43:15
EXAME DE IMAGEM			
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)			
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO			
Diego Arley Gomes da Silva Médico CRM-PB 12150			

Reimpresso por: -

dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional

TOMOGRAFIA

TIPO

DATA

HORA

COMIDOTEK.MAD

ASS:

84

04

00

ELIDE PR DO SOFHO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADA

NOME

TAINÁ BERNARDINO FERNANDES DO NASCIMENTO

INSCRIÇÃO

26103

FILIAÇÃO

MARCOS ROGÉRIO FERNANDES DO NASCIMENTO
VALDENICE BERNARDINO DA SILVA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

RG

3.516.750 - SSP-PB

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

SIM

DATA DE NASCIMENTO

20/03/1995

CPF

089.320.164-29

VIA

EXPEDIDO EM

01 08/11/2018

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

Autenticado por: 089.320.164-29 - 15/06/2021 21:21

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 15157745

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n° 8.906/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Tainá Bernardino Fernandes do Nascimento



OBSERVAÇÕES

