



Número: **0801857-81.2019.8.15.1071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Jacaraú**

Última distribuição : **18/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE SERGIO DE LIMA (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34249168	14/09/2020 10:41	2749427_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567791

Vítima: JOSE SERGIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SERGIO DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14848602

Pag. 00779/00780 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567791

Vítima: JOSE SERGIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE SERGIO DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE SERGIO DE LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000002191-1

Conta: 000010001923-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

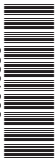
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01759/01760 - carta_15R - INVALIDEZ

00010880



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: 03444924/139 3 - CPF da vítima: 014.387.939-05 4 - Nome completo da vítima: Jore Sergio de Lima

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

5 - Nome completo: Jore Sergio de Lima 6 - CPF: 014.387.939-05
7 - Profissão: N Intermou 8 - Endereço: R. Bundo Vermelho 9 - Número: 511 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Jurema 12 - Cidade: Pedro Regis 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59273000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 994925029

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 123 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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

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

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(vaincer)? ☐ 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

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jurema PB 09.10.2019

41 - Assinatura do vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL



Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 544/2019

Aos 01 dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSE CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) Leonardo Souza L S Do Nascimento, às 12h:10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSE SERGIO DE LIMA, conhecido por APELIDO, Identidade nº 2.311.842 - 2ª via-SDS/PB, CPF nº 014.387.934-05, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro(a), profissão: agricultor(a), filho(a) de José Manoel De Lima Irmão E De Maria Brasiliano Da Silva, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 22/10/1977, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Paudarco De Baixo nº s/n, bairro Zona Rural - Pedro Régis/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83)-993022962-.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 18 de março de 2018;
- 3) HORÁRIO: 18h:0min;
- 4) LOCAL: Pb 85 nº s/n, bairro zona rural - Pedro Régis/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: O Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? não;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

1ª VEÍCULO (NOTICIANTE) - ESPECIE: MOTOCICLETA, MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TODAY, PLACA: kkf0125/PE, COR: AZUL, ANO MOD/ANO FAB: 1991/1991, CHASSI: 9C2JC1801MR580358, LICENCIADA EM NOME DE: MASSILON PEREIRA DE MEDEIROS; E UMA BICICLETA (GUIADA POR: "VAL")

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

O NOTICIANTE INFORMA QUE ESTAVA GUIANDO SEU VEÍCULO NA PB 85 SENTIDO PEDRO REGIS PARA LAGOA DE DENTRO, QUANDO VEIO UMA BICICLETA EM ALTA VELOCIDADE E SE CHOCOU COM O VEÍCULO DO NOTICIANTE; QUE O NOTICIANTE INFORMA QUE A BICICLETA INVADIU A VIA DO NOTICIANTE E BATEU EM SEU VEÍCULO; QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DO TRAUMA EM JOÃO PESSOA; QUE O NOTICIANTE TEVE COMO DIAGNOSTICO: FRATURA DE PALETA DIREITA E RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 19/03/2019; QUE VAL TAMBÉM FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DO TRAUMA; QUE DAINTE DO OCORRIDO O NOTICIANTE VEIO A DELEGACIA PRETAR UM BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

9) OBSERVAÇÕES:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.


JOSE SERGIO DE LIMA
Comunicante

Leonardo Souza L S Do Nascimento
Escrivão/AgenteMat nº 181.978-0

Rua São João, 35, Centro - Jacaraú - PB. Cep.: 58.278-000



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: 0344924/139 3 - CPF da vítima: 014.387.934-05 4 - Nome completo da vítima: JORGE SERGIO DE LIMA

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

5 - Nome completo: JORGE SERGIO DE LIMA 6 - CPF: 014.387.934-05
7 - Profissão: N INDETERMINADO 8 - Endereço: R. BUNHO VERMELHO 9 - Número: 511 10 - Complemento: -
11 - Bairro: JARDIM RURAL 12 - Cidade: RIO DE JANEIRO 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 20921-300
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 991925029

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 1923 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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

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

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 (vivo/nascido)? ☐ 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 - _____
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

40 - Local e Data, JACUAREZAPÓLIS RJ 09.10.2019
41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SERGIO DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010001923-4

Nr. da Autenticação 98D19B98392188D6





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	JOSE SERGIO DE LIMA
DATA DE NASCIMENTO	22/10/77
NOME DA MÃE	MARIA BRASILIANO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.069.947
DATA DO ATENDIMENTO	19/03/18
HORA DO ATENDIMENTO	00:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PATELA DIREITA
CID 10	S82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma isolado em joelho direito. Refere dor intensa no joelho direito. Sem outras queixas. RX evidencia fratura de patela direita. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação. Imobilizado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Paciente já veio com RX do HGM, Hospital de procedência.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de patela direita.

TRATAMENTO:

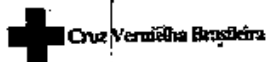
Imobilização e encaminhado para o Hospital de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	19/03/18
DATA DA EMISSÃO:	28/08/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





AV. ORESTES LINSBOA, 97 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1069947



Identificação do paciente				
ID	Nome			Sexo
1271726	JOSE SERGIO DE LIMA			Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário
22/10/1977	40 anos 4 meses 25 dias			
Mãe	Pai			
MARIA BRASILIANO DA SILVA	JOSE MANOEL DE LIMA IRMAO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
	A ENFERMEIRA - BRUNA MONTEIRO FREIRE - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo	
83	936937005			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
RG (IDENTIDADE)	2311842			
Local de procedência	Tipo		UF	
MAMANGUAPE	MUNICIPIO		PB	
Email	Naturalidade	CBO/R		
	JACARAU			
Endereço				
CEP	Município de residência	UF	Logradouro	
88273000	PEDRO REGIS	PB	PAU DARCO	
Número	Complemento	Bairro		
3N		ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio		
18/03/2018 09:30:02	1000006473302	SUS		
Especialidade	Clínica			
CIRURGIA GERAL				
Classificação de risco	Origem do paciente			
	OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente		
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X BICICLETA		
Indicadores e Transporte				
Caso policial	Plano de saúde	Velo de ambulância	Trauma	
Não	Não	Não	Não	
Modo de transporte	Quem transportou			
AMBULANCIA				
Sinais Vitais				
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares				
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
			ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
CID				
Atendido por				
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				
Tempo				
15seg				

Imprimir

19/03/2018 00:32





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSE SERGIO DE LIMA		BAE 1069947	Data/Hora Entrada 19/03/2018 00:30:02	Data Baixa
Data de nascimento 22/10/1977	Idade 40	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 996937005
Mãe MARIA BRASILIANO DA SILVA			Prontuário	
Endereço PAU D'ARCO, SN	Bairro ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	UF PB	
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional HELTON VELOSO DE MOURA	Nº Cons. Regional 7113/PB	
Data/Hora Classificação 19/03/2018 00:32:52		Data/Hora Prescrição 19/03/2018 00:58:02		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha		

Anamnese

#Cirurgia Geral#

Paciente vítima de queda de moto há 7h, com trauma isolado de joelho direito. Refere dor intensa no local. Veio encaminhado do HGM já chega com Rx de Joelho Direito em mãos.

CD: Solicito parecer da Ortopedia. Alta da cirurgia geral

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Helton Veloso
Cir. Geral / Urologia
CRM-PB 7113

HELTON VELOSO DE MOURA
(CRM: 7113/PB)

JOSE SERGIO DE LIMA

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 19/03/2018 00:30:17



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32155700

CNES: 2778696

Paciente JOSE SERGIO DE LIMA		BAE 1069947	Data/Hora Entrada 19/03/2018 00:30:02	Data Baixa 2018-03-19 01:28:47.0
Data de nascimento 22/10/1977	Idade 40	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 999937005
Mãe MARIA BRASILIANO DA SILVA				Prontuário
Endereço PAU D'ARCO, SN	Bairro ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	UF PB	
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO PIRES DE ALMEIDA	Nº Cons. Regional 7116/PB	
Data/Hora Classificação 19/03/2018 00:32:52		Data/Hora Prescrição 19/03/2018 01:28:48		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha		

Anamnese

acidente moto
trauma joelho direito
rx joelho
fratura patela direita
encaminhado paciente ao trauminha conforme pactuação

CID10

Código	Descrição
S82.0	Fratura da rótula (patela)

Conduta

Em observação

Alta Hospitalar

Usuário ROBERTO PIRES DE ALMEIDA	Data e Hora 19/03/2018 01:28:47
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM-PB 7116

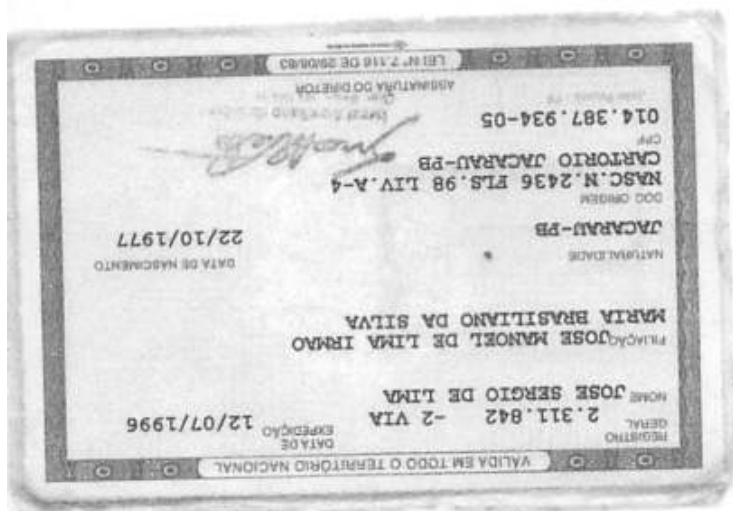
JOSE SERGIO DE LIMA

ROBERTO PIRES DE ALMEIDA
(CRM: 7116/PB)

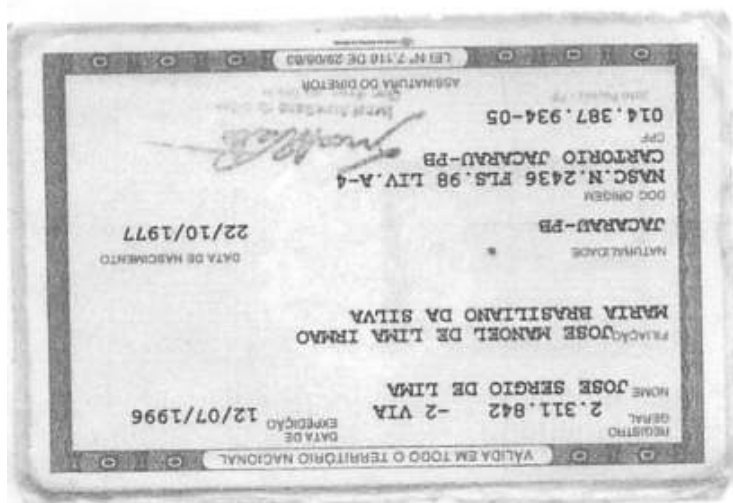
Boletim registrado por: THAYANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 19/03/2018 00:30:17

6.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=241789&pesquisa=S&perform=im... 1/1









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO

302302217

1 189787058 1998

MASSILON PEREIRA DE MEDEIROS
 ESTR DO BARBAO 01070
 CS IPUTINGA
 RECIFE 50.000-000

020.373.264-74 KFF0127

BG125/PE 902JC1801MR58035B

H/HONDA CB 1.5 1000W 1991 1991

2P/125CL PARTIC AZUL

IPVA 1998 QUITADO	1º	*****
	2º	*****
	3º	*****

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

RECIFE 04/05/98

CONTABIL



PE N° 302302217		MAGALHÃES PEREIRA	
ESTRADA BARRIO		CS J. P. LINGA	
RECIFE 50.000-000		020.575.264-24	
BILHETE DE PASSAGEM		KFF0125	
PE N° 302302217		KFF0125	
HASSIUM PEREIRA		ESTRADA BARRIO	
CS J. P. LINGA		RECIFE 50.000-000	
1 020.575.264-24		KFF0125	
189767058 66		H/11/11/11 CC 12% TODAY	
1991 02		90210,801111,40358	
SEGURO PAGO			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567791 **Cidade:** Pedro Régis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SERGIO DE LIMA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO DIREITO, COM FRATURA DE PATELA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 4

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: 3190567791 **Cidade:** Pedro Régis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SERGIO DE LIMA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO DIREITO, COM FRATURA DE PATELA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 4

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344924/19

Vítima: JOSE SERGIO DE LIMA

CPF: 014.387.934-05

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE SERGIO DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SERGIO DE LIMA : 014.387.934-05

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: 04/10/2019
Nome: JOSE SERGIO DE LIMA
CPF: 014.387.934-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOSE SERGIO DE LIMA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

