



Número: **0814313-52.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GEOVANDRO SOARES DA SILVA (AUTOR)	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO) ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	
ALVARO VITORINO DE PONTES JUNIOR (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37187 396	27/11/2020 11:50	2767515_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, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0170101702 - carta_03 - INVALIDEZ

00040851



Carta nº 14295739





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, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA

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 14296064

Pag. 00169/00170 - 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, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00013/00014 - carta_03 - INVALIDEZ

00050007



Carta nº 14416100





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, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01387/01388 - carta_03 - INVALIDEZ

00050684



Carta nº 14510422





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, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01947/01948 - carta_02 - INVALIDEZ

00050974



Carta nº 14579246





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, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

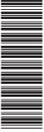
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01907/01908 - carta_03 - INVALIDEZ

00050954



Carta nº 14649485



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 00 59567/89 CPF da vítima: 047935964-44 Nome completo da vítima: Geovandro Soares da Silva

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

Nome completo: Geovandro Soares da Silva CPF: 04793596444

Profissão: vigilante Endereço: Rua dos Milagres Número: 102 Complemento:

Bairro: Brasão Cidade: Joaquim Pessoa Estado: PB CEP: 58071-260

E-mail: Tel. (DDD): 786826190

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 88003 3 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:

Local e Data: Joaquim Pessoa 28/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geovandro Soares da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

V001/2018





Seguradora LIDER **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: GEOVANNO SOARES DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FICHA DE BEM-DEBIDA DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 486/2012
 Nome completo: _____ CPF: 04793596944
 Profissão: PEÇEIRO Endereço: RUA DOS MILAGRES Número: 281 Complemento: _____
 Bairro: CRISTO REDEMTOR Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58070530
 E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

DADOS CADASTRAIS
RENDA MENSAL:
 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
 CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (257) Itaú (041) Banco do Brasil (081) Caixa Econômica Federal (100)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 3334 CONTA: 11092303
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 (assinale uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou de minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de 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 Lider 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorçado Separação Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Filhos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? Sim Não 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 resgatado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 09/05/19 TESTEMUNHA: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura: _____
 09 MAIO 2019
 PROTOCOLO Nº _____
 Assinatura: JOÃO PESSOA

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____
 Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometero-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: GEOVANARO SOARES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012
Nome completo: GEOVANARO SOARES DA SILVA CPF: 047.938.964-4

Profissão: ROUPO Endereço: RUA DOS MILAGRES Número: 281 Complemento: _____

Bairro: ERISTO REVENTOR Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58070530

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDEMIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CORTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 204015 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 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 do valor recebido.

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 fins de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 perícia, contudo superior a 90 (noventa) dias do período.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise 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 Lider, bem como a realização das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não gera qualquer obrigação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 JUN. 2019
PROTÓCOLO 16. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou filhos vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas 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.

Local e Data: João Pessoa/PB, 09/05/19 TESTEMUNHO: **COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): GEOVANARO SOARES DA SILVA Assinatura do Procurador (se houver): _____ Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

FPS.001 V001/2018



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190318045
Nome do(a) Examinado(a): Geovandro Soares da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R dos Milagres, 281
Cristo Redentor Joao Pessoa PB CEP: 58070-530
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MTE / PB] 1287985
Data local do acidente: [16/08/2017]
Data local do exame: [29/07/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 22/12/2017**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
<input checked="" type="checkbox"/> 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
Gerência Executiva de Polícia Civil
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL

Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357



CERTIDÃO. 579/2019

CERTIFICO que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 579/2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos três dias do mês de maio do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **Jorge Rodrigues da Costa**, compareceu o Sr. **Geovandro Soares da Silva**, brasileira, solteira, natural de João Pessoa - PB, nascido aos 23/08/1981, filho de Ivanildo Meneses da Silva e de Anadete Soares da Silva, portadora da cédula de identidade nº 281 2009 Seds. PB, e CPF nº 047.935.964 - 44, residente (na) rua dos Milagres nº 1595, bairro do Cristo Redentor, nesta capital, identificada pelo CEP 58 070 530, e notificou que, na manhã do dia 16 de agosto do ano de 2017, por volta das 09:00 horas aproximadamente, quando se conduzia na motocicleta marca Honda CG 150-TITAN ESD, ano e modelo 2011, cor preta, placa PFO 4133 - PB, identificado pelo chassi nº 9C2KC1650BR501174, cadastrada em nome de **Raiffe Alves Figueiredo**, pela rua dos Milagres, bairro do Cristo Redentor, nesta capital, quando foi surpreendido e alvo de colisão por parte de uma outra motocicleta e placa e Condutor não identificado, **consequentemente**, foi socorrido para o hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado TCE leve + Fratura Complexa da Escápula Direita + Traumatismos Múltiplos não especificados, identificados pelo CID 10 S00.9 + S 42.1 + T 07, conforme Laudo Médico Apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 03 de maio de 2019.


Everaldo Martins da Costa
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL.



Seguradora LIDER **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: GEOVANNO SOARES DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FICHA DE BEM-ESTAR DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 486/2012
 Nome completo: _____ CPF: 04793596944
 Profissão: PEÇUÁRIO Endereço: RUA DOS MILAGRES Número: 281 Complemento: _____
 Bairro: CRISTO REDEMTOR Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58070530
 E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

DADOS CADASTRAIS
 RENDA MENSAL:
 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
 CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (257) Itaú (041) Banco do Brasil (081) Caixa Econômica Federal (100)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 3334 CONTA: 11092303
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 (assinale uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou de minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou de 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 Lider 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.

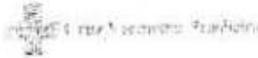
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorçado Separação Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Filhos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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 resgatado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

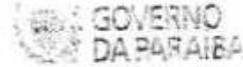
Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 09/05/19 TESTEMUNHA: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 Nome: _____ 1ª | Nome: _____
 CPF: _____ CPF: _____
 Assinatura do representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) Assinatura: PROTÓCOLO Nº 106. JOÃO PESSOA
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): GEOVANNO SOARES DA SILVA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometero-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





Hospital de Emergência e Trauma
Bairro do Cristo Redentor



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1020947



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
203638	GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
23/08/1961	35 anos 11 meses 24 dias	
Mãe	Pai	Religião
ANADETE SOARES DA SILVA	IVANILDO MENEZES DA SILVA	Protestante
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	Prontuário
	EDILMA RAMOS - ACOMPANHANTE	3738
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
43	988777439	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	2812009	702005807192883
Local de procedência	Naturalidade	Tipo
CRISTO REDENTOR	JOAO PESSOA	BAIRRO
Email		UF
		PB
		CBO/R

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58070530	JOAO PESSOA	PB	DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596
Número	Complemento	Bairro	
58		CRISTO REDENTOR	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
16/05/2017 10:04:40	1000006183640	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Tipo de leito	Plano de saúde	Veio de ambulância
100	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou	
SAMU		

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos: *Est. consciente, orientado, sem sinais de desidratação, normotensionado, apresentando sinais de trauma a nível de abdômen - segue para exames complementares.*

Diagnóstico: *SB*

Atendido por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO
Tempo: 01min-13seg

imprimir

USA + IALBOL + RIWOTIL



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000088003-3

Nr. da Autenticação 7D15887310F10573







DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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)

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central On-Móvel: 0800 022 91 25

Eu, Raiffe Alves Figueiredo
 RG nº 4.278.683, data de expedição 02/09/2014
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 126.488.034-08
 com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Leonel de Moura Brito, nº 300, complemento com, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima _____, cujo o condutor era _____
 Veículo: MOTO Modelo: Honda/CG350 Ano: 2033
 Placa: PFO 4333 Chassi: 9C2 KC 1650BR503374
 Data do Acidente: 28/03/2019

Local e Data: _____

Raiffe Alves Figueiredo

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO NOTARIAL
Rua. Nelson Vieira Batista - Torresão / BndP, Rodovia Nelson Vieira Batista - Sudoeste
Fazenda Pimenta Cruz - 48.400-000 - João Pessoa - Paraíba - CEP: 55000-000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimada(s) de.....
RAIFFE ALVES FIGUEIREDO
 Em test. da verdade, João Pessoa-PB 10/04/2019 14:01:09
 IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESPECIALMENTE AUTORIZADA
 [2019-016691]EML:R\$ 89,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,97
 SELO DIGITAL: ALJ80958-08LC
 Confira a autenticidade em: <https://caladigital.tpb.br>





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE GEOVANDRO SOARES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 23/08/81
NOME DA MÃE ANADETE SOARES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.020.947
Nº PRONTUARIO
DATA DO ATENDIMENTO 16/08/17
HORA DO ATENDIMENTO 10:40
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURA COMPLEXA DA ESCÁPULA D +
TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS
CID 10 S 00.9 + S 42.1 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), apresentando dor e escoriações em ombro D + dor torácica D com deformidade anterior e ventilatório dependente. Relato de hábito etílico. Glasgow 14/15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC do ombro D
RX da coluna cervical - AP e P
RX do ombro D - AP
RX do tórax - AP
RX da coluna lombar - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura complexa da escápula à TC e RX do ombro. Sem alteração à TC do crânio e aos outros RX. Realizado atendimento, medicação e imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia, Cirurgia Torácica e da Cirurgia Geral.

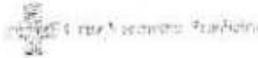
ALTA HOSPITALAR: 17/08/17
DATA DA EMISSÃO: 12/03/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CUBINEETSM
CRM: 2516

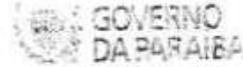
Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





Hospital de Emergência e Trauma
Bairro do Cristo Redentor



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1020947



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
203638	GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
23/08/1961	35 anos 11 meses 24 dias	
Mãe	Pai	Religião
ANADETE SOARES DA SILVA	IVANILDO MENEZES DA SILVA	Protestante
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	Prontuário
	EDILMA RAMOS - ACOMPANHANTE	3738
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
43	988777439	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cms
RG (IDENTIDADE)	2812009	702005807192883
Local de procedência	Naturalidade	Tipo
CRISTO REDENTOR	JOAO PESSOA	BAIRRO
Email		UF
		PB
		CBO/R

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58070530	JOAO PESSOA	PB	DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596
Número	Complemento	Bairro	
58		CRISTO REDENTOR	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
16/05/2017 10:04:40	1000006183640	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Tipo de leito	Plano de saúde	Veio de ambulância
100	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou	
SAMU		

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura

Exames complementares

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

Dados clínicos: *Est. consciente, orientado, sem sinais de desidratação, normotensionado, apresentando sinais de trauma a M.O. - segue p/ exames*

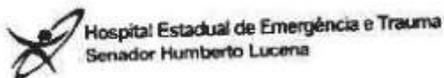
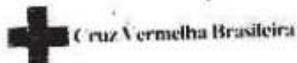
Diagnóstico: *OB*

Atendido por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO
Tempo: 01min-13seg

imprimir

USA + IALDOL + RIWOTIL





AREA LARANJA UDC
 Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES: 2458276

Paciente GEOVANDRO SOARES DA SILVA	BAE 1020947	Data/Hora Entrada 16/08/2017 10:04:40	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 702005807192983
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986777438 / (83) 986242635
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	Prontuário 3735
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	UF PB
Data/Hora Classificação 16/08/2017 10:10:52		Data/Hora Prescrição 16/08/2017 14:32:43	Nº Cons. Regional 6028/PB

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. AO EXAME: GLASGOW 14/15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA, RX DE COLUNA CERVICAL / TORÁCICA E LOMBAR; ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA. CD: SOL. TC DE CRÂNIO.

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

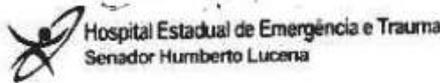
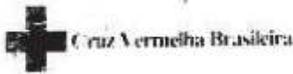
Conduta

Em observação

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(6028/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA





AREA VERMELHA
 Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel:
 CNES: 6121221

Paciente GEOVANDRO SOARES DA SILVA		BAE 1020947	Data/Hora Entrada 16/08/2017 10:04:40	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 702005807192983	Telefone de Contato (83) 986777438
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA				Prontuário 3735
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN		Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ		Nº Cons. Regional 10271/PB
Data/Hora Classificação 16/08/2017 10:10:52			Data/Hora Prescrição 16/08/2017 10:15:31	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. APRESENTA HÁLITO ETÍLICO, ESCORIAÇÕES EM OMBRO DIREITO QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO E ARCOS COSTAIS A DIREITA. REFERE TER PNEUMÓPATIA PELO FUMO, NÃO SABE REFERIR O QUE REFERE USO DE HALDOL E AMITRIPTILINA. AO EXAME CONSCIENTE E ORIENTADO. EUPNEICO, NORMOCORADO. TORAX SIMETRICO. COM DOR A PALPAÇÃO DE ARCOS COSTAIS À DIREITA E DEFORMIDADE EM CAIXA TORACICA ANTERIOR. SEM CREPTAÇÃO. SEM ENFISEMA SUBCUTANEO. ABOME FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. DOR A PALPAÇÃO EM COLUNA CERVICAL E LOMBAR. MEMBROS COM MOVIMENTO ATIVO. SEM DOR E SEM LIMITAÇÃO. CD: SOLICITO RX COLUNA CERVICAL E LOMBAR + RX OMBRO DIREITO + RX TORAX + AVALIAÇÃO NCR E ORTOPIEDIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% DE 500ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)
 CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: + 100 ML SF 0.9%)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPIEDIA
 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO
 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL
 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
 (10271/PB)





Hospital Estadual de Emergências - Trauma
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de		Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	23/08/1981		35	MASCULINO	1020947	3735	16/08/2017 10:15:31
Motivo do Atendimento	Setor		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a
ACIDENTE DE MOTOCICLETA							16/08/2017 10:15:31

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 SOLUÇÃO GLICOSADA 5% DE 500ML	1000.0	ML		E.V.		AGORA		
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	Observação+ 100 ML SF 0,9%	
3 PARECER ORTO	0.0							
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0							

16 de Agosto de 2017

Olga Maria Santana Lacerda Mariz
CRM: 10271

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
CRM: 10271

Assinatura e Carimbo do Profissional



Hospital e Unidade de Emergência e Trauma do Estado da Paraíba

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB. 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente GEOVANDRO SOARES DA SILVA	BAE 1020947	Data/Hora Entrada 16/08/2017 10:04:40	Data Baixa
Data de nascimento 23/05/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 702005807192983
Mãe ANALETE SOARES DA SILVA	Endereço DOS MILAGRES - ATE 1595/1596, SN	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA
Acidente ACIDENTE X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Data/Hora Classificação 16/08/2017 10:10:52	Data/Hora Prescrição 17/08/2017 07:28:14		

Anamnese

PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE BEM, SEM INTERCORRENCIAS, ECG 15, SEM DEFICITS FOCAIS, PIFR, QUE XA-SE DE DISPNEIA, ORTÓPE-
DESSADA? CD: ALTA DA NOIR REAVAL DA ORTOP

Conduta

Em observação

T. Catão Monte Raso
CRM/PB 7742

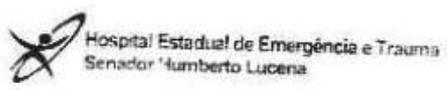
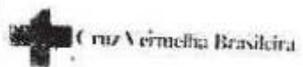
TOMAS CATAO MONTE RASO
(7742/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

integridade locomoção com
de dor e umbral
proteção e umbral
acompanha. Já estabilizado. Não
unidade de dor para
desfalecimento de dor
suação. Qualificação do médico

Dr. João Bartolomeu P. Melo
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7742





AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente GEOVANDRO SOARES DA SILVA		BAE 1020947	Data/Hora Entrada 16/08/2017 10:04:40	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 702005807192983	Telefone de Contato (83) 986777438 / (83) 986242635
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA		Prontuário 3735		
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN		Barro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA		Nº Cons. Regional 4288/PB
Data/Hora Classificação 16/08/2017 10:10:52		Data/Hora Prescrição 16/08/2017 22:06:43		

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. AO EXAME GLASGOW 14/15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SEM CERVICALGIA A PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA. RX DE COLUNA CERVICAL / TORÁCICA E LOMBAR. ALINHAMENTO PRESERVADO. SEM SINAIS DE FRATURA. CONCLUSÃO: TCE GLASGOW 15P CONDUTA: TC DE CRÂNIO SEM EVIDÊNCIA DE PATOLOGIAS NEUROCIRÚRGICA EM OBSERVAÇÃO

CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA
(4288/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Cidade: Curitiba, RJ

Atendimento: 000000715411

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 16/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura complexa do corpo da escápula, sem comunicação com a articulação.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 16/08/2017 14:06.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000716258

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 16/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura do osso nasal.

Hemossinus.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 16/08/2017 17:02.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Gerado: Humberto Lucena

Atendimento: 000000717903

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 17/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar complementado com técnica de alta resolução.

Análise:

Redução volumétrica do pulmão esquerdo associada a retração das estruturas mediastinais e hiperinsuflação compensatória do pulmão direito.

Áreas de espessamento intersticial de aspecto fibrótico no pulmão esquerdo.

Espaços pleurais virtuais.

Traquéia, carina e brônquios principais com situação, calibre e contornos normais.

Relação artéria-brônquio preservada (aproximadamente 1).

Veia cava superior, veia cava inferior, aorta e tronco da pulmonar com situação, dimensões e contornos normais.

Coração com situação, morfologia e contornos normais.

Ausência de sinais de linfonomegalia mediastinal ou peri-hilar.

Glândulas adrenais de morfologia e dimensões normais.

Deformidade do sexto ao oitavo arcos costais esquerdos, podendo estar relacionada a manipulação cirúrgica.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 21/08/2017 13:55.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB





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	GEOVANDRO SOARES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	23/08/81
NOME DA MÃE	ANALETE SOARES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.124.730
DATA DO ATENDIMENTO	24/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	23:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO	QUEDA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO
CID 10	S52.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de queda, de altura aproximada a dois metros, referindo trauma na cabeça, dor na coluna cervical, dor e limitação funcional no punho esquerdo. Presença de fratura de extremidade distal do rádio esquerdo, Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de coluna cervical
RX de punho esquerdo

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

09 MAIO 2019

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de extremidade distal do rádio esquerdo.

PROCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

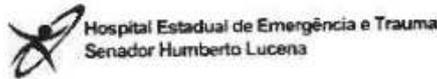
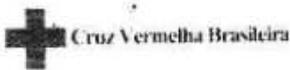
Medicado. Imobilização. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR: 25/11/18
DATA DA EMISSÃO: 11/03/19

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





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

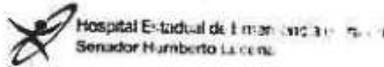
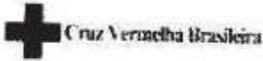
Boletim de Atendimento: 1124730



Identificação do paciente						
ID 203639	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37 anos 6 meses 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 3735		
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA			Pai IVANILDO MENESES DA SILVA			
Escolaridade		Responsável (Parentesco) A MAE - MAE				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986777438	DDD Fixo 83	Fone Fixo 986242635			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Numero documento 2812009	Nº Cns 702095807192983				
Local de procedência CRISTO REDENTOR			Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58070530	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596			
Número SN	Complemento		Bairro CRISTO REDENTOR			
Admissão						
Data e Hora 24/11/2018 23:45:52	Número da pulseira 100005158774	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco			Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico				CID		
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				Tempo 12seg		

Imprimir





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES 122312 - Tor. ORESTES 100

Boletim de Atendimento: 1:24730

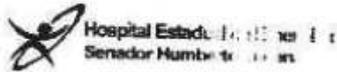
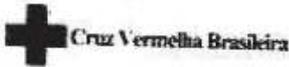
OTC + NCR
GOVERNO
PARANÁ

Identificação do paciente						
ID 203639	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA					
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37 anos 3 meses 1 dia					
Mãe ANAETE SOARES DA SILVA						
Escolaridade						
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986777438					
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2812009					
Local de procedência CRISTO REDENTOR						
Email	Naturalidade JOAO PESSOA					
Endereço						
CEP 68070530	Município de residência JOAO PESSOA					
Número SN	Complemento					
Admissão						
Data e Hora 24/11/2018 23:48:52	Número da pulseira 1000005158774					
Especialidade CRURGIA GERAL	Clinica					
Classificação de risco						
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA					
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não					
Meio de transporte SAMU						
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso					
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassom []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						

Imprimir

Dr. Welton Costa G. Almeida
Enfermeiro - Área Vermelha
COREN-PB 01454





BMF + ortó

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM JARDIM

Tel:

CNES: 6121221

Paciente GEOVANDRO SOARES DA SILVA		BAE 1124730	24/11/2018 23:45:52
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37a 3m 2d	Sexo Masculino	24/11/2018 23:45:52
Mãe ANADÊTE SOARES DA SILVA			
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN		Bairro CRISTO REDENTOR	24/11/2018 23:45:52
Acidente QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO		Motivo QUEDA	24/11/2018 23:45:52
Data/Hora Classificação 24/11/2018 23:45:52			24/11/2018 23:45:52

Anamnese

#NCR

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MURO DE CERCA DE 2 METROS. RELATO DE ESQUIZOFRENIA PREVIA.

AO EXAME
GLASGOW 15
SEM DEFICITS MOTORES
ISO/FOTO

TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES

HD. TCE LEVE

CD. LIBERO PARA ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA PELO ROTEIRO ALTA DA NCR
AV. BMF PARA AVALIAR FRATURA NASAL

Conduta

Em observação

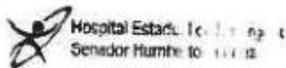
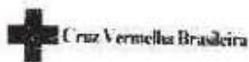
GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Dr. Daniel Ronconi
Neurocirurgião
CRM - PB 7423

Boleim registrado por: THATIANE MARQUES VEIRA BRAGA em 24/11/2018 13:11

http://www.0.0.0.0/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimir=1





AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIA DO

Tel:

CNES: 6121221

Paciente GEOVANDRO SOARES DA SILVA		BAE 1124730	Data/Hora 24/11/2018 23:45:52
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37a 3m 2d	Sexo Masculino	CNS 702005887018515
Mãe ANALETE SOARES DA SILVA			
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1585/1596, SN		Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOÃO PESSOA
Acidente QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO		Motivo QUEDA	Profissional EVERTON DAVID TAVARES
Data/Hora Classificação 24/11/2018 23:45:52		Data/Hora Fes. OCE 25/11/2018 11:05:05	

Anamnese

ORTOPEDIA

PACIENTE COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO (FRATURA DE MURO(2 METROS) , SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO

GLASGOW: 15

HD: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

CD: AGUARDANDO PARECER DA NEUROLOGIA

IMOBILIZAÇÃO

ANALGESIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.M.

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.M. 12,10H, DE 12,10H

Diluir

TENOXCAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 20,0 mg

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição
S62.8	Fratura da extremidade distal do rádio

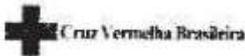
Conduta

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 24/11/2018 23:46:04





2020

Hospital Estadual de Pernambuco
Servidor Humberto

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONÇALVES, JUAZEIRO DO NORTE

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente GEOVANDRO SOARES DA SILVA		BAE 1124730	Data/Hora 24/11/2018 23:45:52
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37a 3m 2d	Sexo Masculino	CNS 70200580711615
Mãe ANALETE SOARES DA SILVA			
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN		Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOÃO PESSOA
Acidente QUEDA DE LIM NIVEL A OUTRO		Motivo QUEDA	Profissão ROBOTEIRO
Data/Hora Classificação 24/11/2018 23:45:52		Data/Hora 25/11/2018 12:00:00	

Anamnese

Paciente relata ter sido vítima de queda de 2 metros de altura. Não utiliza medicamentos e nega doenças de base. No momento consciente, porém verbalizando, deambulando, em bom estado geral.

Ao exame físico, edema em região nasal, histórico de hemorragia e movimentação ocular preservada, boa abertura bucal, oclusão adequada.

Ao exame tomográfico, sinais de fratura prévia de ossos próprios do nariz.

CD.

1- Orientações

2- Alta CTBMF

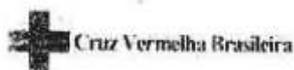
Dados coletados anteriormente utilizar na hora

Conduta

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente GEOVANDRO SOARES DA SILVA		BAE 1124730	Data/Hora Entrada 24/11/2018 23:46:52	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37a 3m 2d	Sexo Masculino	CNS 702005807192983	Telefone de Contato (83) 986777438 / (83) 986242635
Mãe ANALETE SOARES DA SILVA				Prontuário 3735
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN		Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO	Motivo QUEDA	Profissional JOSE MANGUEIRA RAMALHO	Nº Cons. Regional 1399/PB	
Data/Hora Classificação 24/11/2018 23:45:52		Data/Hora Prescrição 24/11/2018 23:56:51		
Anamnese				
paciente deu entrada neste serviço vítima de queda apresentando tce ,dor na cervical e punho esquerdo mucosas coradas estado geral regular.				
solicito parecer da neuro e ortopedia				
EXAME DE IMAGEM				
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO				
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL				
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)				
CID10				
Código	Descrição			
T07	Traumatismos múltiplos não especificados			
Conduta				
Em observação				

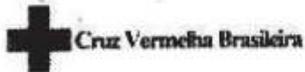
GEOVANDRO SOARES DA SILVA

JOSE MANGUEIRA RAMALHO
(1399/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 24/11/2018 23:46:04

16.0.6:80R0/cub/naves/inscricao.do?controlar=72&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=449524&pesquisa=S&pe





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto de Alencar Castelo Branco

Guia de Encaminhamento

1124730

Dados do paciente

Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA			
Data de Nascimento 23/08/1981	Idade 37A 3M 2D	Sexo Masculino	Raça / Cor SEM INFORMAÇÃO
Nome da Mãe ANALETE SOARES DA SILVA			Nome do Pai [SEM INFORMAÇÃO]
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596			Cidade [SEM INFORMAÇÃO]
Município JOAO PESSOA - PB			UF PB
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES [SEM INFORMAÇÃO]

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR	
Resultado de exames complementares	
CID S52.5	Data de encaminhamento 25/11/2018 02:25:20

Assinatura e carimbo

 João Paulo Príncipe
 Médico Traumatologista
 CRM 8848/TEOT 15901

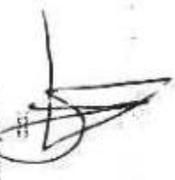


PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 25/11/18 01:29
 Usuário: EVERTON DAVID
 Boletim 1124730

Nome	GEOVANDRO SOARES DA SILVA		Data de Nascimento	23/08/1981	Idade	37 a 3m 2d	Sexo	MASCULINO	Nº Prontuário	1124730	Nº Prescrição	3735	Data Prescrição	25/11/2018 01:28:51
Motivo do Atendimento	Enfermária / Leito		Validade da Prescrição	25/11/2018 01:28:00 - 26/11/2018 01:28:00		Matrícula		Senha		Permanência na Internação		1h 44min	Permanência no Hospital	
Convenio SUS			Data da entrada:	24/11/2018 23:45:52	Data da internação:			Veloc. Int.		Pos		Aprazamento		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H	06/33
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
2 YENOXICAM 200MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA)	20,0	MG		E.V.		12/12H	FC
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					

Reinscrição por: -


PLANO DE SAÚDE TATA S.A.





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

Atendimento: 201831729916

Data Nasc: 23/08/1981 - 37 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data Exame: 25/11/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura dos ossos próprios do nariz e paredê posterolateral do seio maxilar esquerdo, associada a hemossinus deste.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 26/11/2018 23:37.

Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

127.43253.44-6

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1287985

002-0

PB

GEORGINO BORGES DA SILVA



Scanned by CamScanner



NOME **GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

LOC. DE NASC. **JOAO PESSOA - PB**

FILIAÇÃO **IVANILDO MENESES DA SILVA**

ANADETE SOARES DA SILVA

DOC. APRESENTADO **R.G. 2812009 - 2ª VIA SSP PB**

ESTADO CIVIL **SOLTEIRO**

LEI Nº 049, DE 18 DE MAIO DE 1995.

RG **2812009 - 2ª via**

T. ELEITOR **027498111252**

SEÇÃO **0124**

CPF **047.935.964-44**

ZONA **064**

LOCAL DA EM. **DKT/PB**

EMISSÃO **27/02/2007**

23/08/2007
103921001

BRASILEIRO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Scanned by CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190318045 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 16/08/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA ESCÁPULA, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.,

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

