



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)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ALVARO VITORINO DE PONTES JUNIOR (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37413 177	16/03/2021 10:58	Petição	Petição
40682 471	16/03/2021 10:58	2767515_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_03	Apelação
40682 473	16/03/2021 10:58	2767515_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_02	Apelação
40682 475	16/03/2021 10:58	2767515_RECURSO_DE_APELACAO_01	Apelação

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610580729300000035698060>
Número do documento: 21031610580729300000035698060

Num. 37413177 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 1



LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

GEOVANDO SOARES DA SILVA

CPF: 047 9 8596 944

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2013

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Número:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

CEP:

Complemento:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CORTE

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (todos os bancos) Poupança (257) Conta (44)Nome do BANCO: BANDEIRANTES Banco do Brasil (381) Conta Econômica Padrão (306)AGÊNCIA: 3832CONTA: 1709-2513AGÊNCIA: 3832CONTA: 1709-2513

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 [assinalar uma das opções]:

- Não há IML que atende a regras do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a regras 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 privativa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disconhece do seu conteúdo.

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 compatrieta(s): Sim Não Se a vítima deixou compatrieta(s), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

páis/vida viva?

 Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderão 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

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA:

1º | Nome:

CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura:

09 MAIO 2019

2º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO

Assinatura:

JOÃO PESSOA

Assinatura:

FPS.D01 V001/2018

(*) A vítima/beneficiário não utilizando deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
GEOVANDRO SOARES DA SILVA
Profissão: *reco* Endereço: *RUA DOS MILAGRES* CPF: *047 935964414*
Bairro: *CRISTO REDENTOR* Cidade: *JOÃO PESSOA* Número: *281* Complemento:
E-mail:

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

RENDIMENTO:
 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *1033* CONTA: *30401 5* AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Inserir o dígito de exíbito) (Inserir o dígito de exíbito) (Inserir o dígito de exíbito) (Inserir o dígito de exíbito)

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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para a realização da perícia de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias ao protocolo.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, sem prejuízo da apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider, bem como ao exame de documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 JUN. 2019

PROTÓCOLO
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 da 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: Vivos: Sim Não Falecidos: 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHA: COMPREV
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: PROTOCOLO
2º | Nome: _____
CPF: _____

Local e Data: *João Pessoa/PB, 09/05/19*

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, 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 HOUVE 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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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" Esta avaliação médica deve ser repetida em dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
 - 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: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve (X) 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


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





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



C E R T I D Ã O.
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.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
		Geovandro Scarcos da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAÍSA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2013		
Nome completo:		
Profissão:	Endereço:	CPF: 04793596944
reuso	RUA DOS MILAGRES	Número: 281
Bairro:	Cidade:	CEP: 52070530
CRISTO REVERENDO	SUAS PESSOAS	Tel.(DDD):
E-mail:		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CORRER

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (257) | <input type="checkbox"/> Itaú (411) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (201) |

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: BANDEIRANTES

AGÊNCIA:

(Inserir o dígito de agência)

CONTA:

(Inserir o dígito de conta)

AGÊNCIA:

(Inserir o dígito de agência)

CONTA:

(Inserir o dígito de conta)

Autentico a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 [assinalar uma das opções]:

- Não há IML que atende a regras do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras 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 privativa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disconhe de seu conteúdo.

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 compatrieta(s): Sim Não Se a vítima deixou compatrieta(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vívo(s): Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/viúva vivos? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderão 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
Nome:	
CPF:	

TESTEMUNHA: **COMPREV**
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: **COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**
09 MAIO 2019
2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: **PROTÓCOLO**
G. JOÃO PESSOA
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RG
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

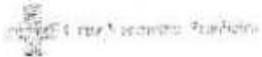
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

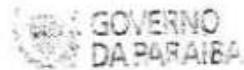
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se h



Hospital de Emergência e Trauma
São José, Município da Capital



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

Boletim de Atendimento: 1020947



Identificação do paciente

ID 203638	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35 anos 11 meses 24 dias	Estado civil Solteiro
Mae ANADETE SOARES DA SILVA		Pai IVANILDO MENEZES DA SILVA
Educacional		Responsável (Parentesco) EDILMA RAMOS - ACOMPANHANTE
DDD móvel 43	Fone Móvel 885777439	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2812009	Nº Cns. 702005807192983
Local de procedência: CRISTO REDENTOR		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58070530	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOS MILAGRES - ATÉ 1555/1596
Número SN	Complemento		Bairro CRISTO REDENTOR

Admissão

Data e Hora 16/03/2017 10:04:40	Número da pulseira 1000006188640	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidades

CIRURGIA GERAL	Clinica
----------------	---------

Classificação de risco

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

Caráter do atendimento

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

Indicadores e Transporte

Velocidade Nenhum	Peso de saída Não	Vazio de ambulância Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou

Sinais Vitais

RR []	Peso []	P脉 []	Temperatura []
100	min/hz		

Exames complementares

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

Dados clínicos

Este paciente entrou na sala de internação com quadro de cianose intensa, apresentando desordens tóxicas e metabólicas. Foi submetido a intubação e ventilação controlada.	SG
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Diagnóstico

	Tempo 01min 13seg
--	----------------------

Assinado por
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

imprimir

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS,
09 MAIO 2019
PROTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA

ISA + HALDOL + Rivotril

16/03/2017



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 9



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 prejuízos, 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]: 0800-022.02.00 | SAC [para deficientes auditivos e de fala]: 0800-022.12.06 | Central Ondulor: 0800-022.01.25

Eu, Raiffe Alves Figueiredo,
RG nº 4.278-681, data de expedição 02/09/2014
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 326.488.034-08
com domicílio na cidade de Joaquim Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Leônio de Moura Braga, nº 200,
complemento Casa, 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/CG 350 Ano: 2013
Placa: PFO 4333 Chassi: 9C2KC3650BR503374
Data do Acidente: 28/01/2019

Local e Data: _____

CARTÓRIO

RAFFE ALVES FIGUEIREDO
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
Bel. Nicanor Vieira Batista - Terreiro / Bel., Rua Dom Pedro I, 100 - Centro
Tel.: (83) 3222-1000 / Fax: (83) 3222-1000 / E-mail: oficio.vieirabatista@tjpb.jus.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

RAFFE ALVES FIGUEIREDO

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 19/04/2019 14:01:09

IVONETE VIZINHA DA SILVA - CORRENTAMENTE AUTORIZADA

[2019-0166913]MOL:R\$ 89,91 FAPPENIR\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,90

SELO DIGITAL: ALJ80958-CILC

Confira a autenticidade no <https://selodigital.tjpb.jus.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 PRONTUÁRIO

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 hálito 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.

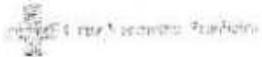
ALTA HOSPITALAR: 17/08/17
DATA DA EMISSÃO: 12/03/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CUBANESE
CRM: 2516

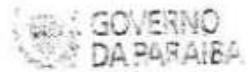
Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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
Santos Dumont - Cabedelo



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

Boletim de Atendimento: 1020947



Identificação do paciente

ID 203638	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35 anos 11 meses 24 dias	Estado civil Solteiro
Mae ANADETE SOARES DA SILVA		Pai IVANILDO MENEZES DA SILVA
Educacional		Responsável (Parentesco) EDILMA RAMOS - ACOMPANHANTE
DDD móvel 43	Fone Móvel 885777439	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2812009	Nº Cns. 702005807192983
Local de procedência: CRISTO REDENTOR		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58070530	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOS MILAGRES - ATÉ 1555/1596
Número SN	Complemento		Bairro CRISTO REDENTOR

Admissão

Data e Hora 16/03/2017 10:04:40	Número da pulseira 1000006188640	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidades

CIRURGIA GERAL	Clinica
----------------	---------

Classificação de risco

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

Caráter do atendimento

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

Indicadores e Transporte

Pronto Socorro Nenhum	Ponto de saída Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou

Sinais Vitais

RR []	Peso []	P脉 []	Temperatura []

Exames complementares

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

Dados clínicos

Está consciente, orientado, sem lesões ósseas. De conduta instável, apresentando signos de trauma e MBD - sobre si mesmo.	
Diagnóstico	SG

Assinado por
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIAS,
09 MAIO 2019
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

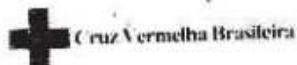
imprimir

Tempo
01min 13seg

ISA + HALDOL + Rivotril

18/03/2021 10:58:11





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ARFA LARANJA UDC

AV. OBESTES 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	Telefone de Contato (83) 986777438 / (83) 986242635
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 LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	Nº Cons. Regional 6028/PB
Data/Hora Classificação 16/08/2017 10:10:52	Data/Hora Prescrição 16/08/2017 14:32:43		

Anamnese

Anamnese
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÓMITOS. AO EXAME: COLUNA CERVICAL / TORÁCICA E LOMBAR: ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA. CD: SOL. TC DE CRÂNIO.

EXAME DE IMAGEM

TORMOSGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

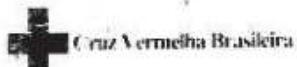
Conduta

Em observação

~~LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(8028/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
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986777438
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	Prontuário 3735
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 PNEUMOPATIA PELO FUMO, NÃO SABE REFERIR O QUE REFERE USO DE HALDOL E AMITRIPTILINA. AO EXAME CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPENEICO, NORMOCORADO, TORAX SIMETRICO, COM DOR A PALPAÇÃO DE ARCOS COSTAIS A DIREITA E DEFORMIDADE EM CAIXA TORACICA ANTERIOR, SEM CREPITAÇÃO. SEM ENFISEMA SUBCUTANEO. ABOME FLÁCIDO E INDOLAR 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 ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% DE 500ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + 100 ML SF 0,9%)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

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 Emergência - Trauma
Senador Humberto Lucena



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	V.L.	Via de	Véloc. Inf.	Patologia	Orientação de Uso	Abrazamento
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
(Assinatura e Carimbo da Profissional)

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
CRM: 10271





Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde
Bragança - PB

GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	1020947	16/08/2017 10:04:40	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
23/05/1981	35	Masculino	(83) 986777438 / (83) 986242035
Mais			Prontuário
ANADETE SOARES DA SILVA			3735
Endereço	Bairro	Município	UF
DOS MILAGRES - ATE 1595/1595, SN	CRISTO REDENTOR	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	TOMAS CATAO MONTE RASO	7742/PB
Data/Hora Clasificação		Data/Hora Prescrição	
16/08/2017 10:10:52		17/08/2017 07:28:14	

Anamnese

PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE BEM. SEM INTERCORRENCIAS. ECG 15. SEM DEFICITS FOCAIS. PIFR: QUE XA-SE DE DISPNEIA - ORTOP. GESSADA? CD: ALTA DA NCIR. REAVAL DA ORTOP.

Conduta

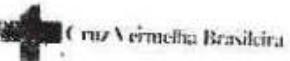
Em observação

TOMAS CATAO MONTE RASO
(7742/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

integro. Paciente com lesão
de braço e costela.
Paciente com dor intensa no
braço e dor intensa na
costela. Fez exames de res-
onância. As duas lesões
na parede torácica e
no braço. Foi operado.
M. Júlio Barcelos P. Robert
Ortopedia e Traumatologia





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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 1595/1595, SN	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	Prontuário 3735
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA	UF PB
Data/Hora Classificação 16/08/2017 10:10:52		Data/Hora Prescrição 16/08/2017 22:06:43	Nº Cons. Regional 4288/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 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

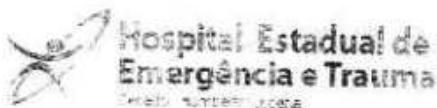
Em observação

MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA
(4288/PB)



GEOVANDRO SOARES DA SILVA





Atendimento: 000000715411

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 15/08/2017

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 clínicos 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.

Hemossinuso.

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. Phydiás L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 19



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador 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 linfonodomegalia 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 clínicos-epidemiológicos do(a) paciente.

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

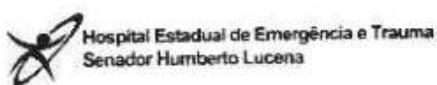
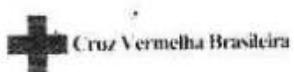

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



	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	ANADETE 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	COMPREV	
RX de coluna cervical	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.	
RX de punho esquerdo	09 MAIO 2019	
RESULTADOS DOS EXAMES:		
Fratura de extremidade distal do rádio esquerdo.		
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 988242635	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Numero documento 2812009	Nº Cns 702005807182983		
Local de procedência CRISTO REDENTOR				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
CBO/R				

Endereço

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

Admissão

Data e Hora 24/11/2018 23:45:52	Número da pulseira 1000005158774	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
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
----------------	------	----	-------------

Exames complementares

<input checked="" type="checkbox"/> Ralo X	<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> Urina	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> Líquor	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Ultrasonografia
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo 12seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Manaus - HEM
Senador Humberto LucenaWCR
NCR

00000000000000000000000000000000

AV. ORESTES LISBOA, 89 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: (011) 5000-0000

Boletim de Atendimento: 1/24730

Identificação do paciente

ID 203639	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Sexo Masculino	Nascimento 1981/03/23
Data de nascimento 23/03/1981	Idade 37 anos 3 meses 1 dia	Endereço Av. Orestes Lisboa, 89 - Pedro Gondim - CNES: 123312 - Tel.: (011) 5000-0000	CPF 111.111.111-11
Mae ANADETE SOARES DA SILVA			RG 2612009
Escolaridade			RG (IDENTIDADE)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986777438	UF PB	Local de procedência CRISTO REDENTOR
Tipo documento	Número documento	CEP 58070530	Município de residência JOAO PESSOA
RG (IDENTIDADE)	2612009	Número SN	Complemento
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		

Endereço

CEP 58070530	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Lote 11301 QD 6 - Lote 6 - Faz. Sítio das Flores
Número SN	Complemento		Rua CRISTO REDENTOR

Admissão

Data e Hora 24/11/2018 23:48:52	Número da pulseira 1000005158774	Clínica
Especialidade CRURGIA GERAL		
Classificação de risco		Cirurgia de procedimento RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Quartel ou incidente QUEDA DE UM NIVEL A CIMA

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância 118
Meio de transporte SAMU		Quartel de origem

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉搏	Respiração
--------------	-----	------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassom/USG []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	-------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGADra. Webma Carla G. Almeida
Enfermeira - Área Veterinária
CONDA-99-GAL

Imprimir



BMF
X
entk



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Belém
Senador Humberto de Alencar

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

Anamnese

#NCR

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

AO EXAME
GLASGOW 15
SEM DEFÍCITS MOTORES
ISO/FOTO

TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES

HD, TCE LEVE

CD. LIBERO PARA ENCAMINHAMENTO AO ORTOGRAUMA PEI - C.R.C.
ALTA DA NCR
AV. BMF PARA AVALIAR FRATURA NASAL

Conduta

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Dr. Daniel Ronconi
Neurocirurgião
CRM-PB 7423





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de São Paulo
Senador Humberto de Alencar**AREA VERMELHA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, RJ - CEP 20000-000

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	1124730	24/11/2018 23:45:56
Data de nascimento	Idade	Sexo
23/03/1981	37a 3m 2d	Masculino
Mãe		CNS
ANADETE SOARES DA SILVA		702005807-018-02
Endereço	Bairro	Município
DOS MILAGRES - ATÉ 1585/1596, SN	CRISTO REDENTOR	JOAO PESSOA
Acidente	Motivo	Profissão
QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO	QUEDA	EVERTON JAVIOTTA FERREIRA
Data/Hora Clasificação		Data/Hora Fase 1CE
24/11/2018 23:45:52		25/11/2018 11:12:56

Anamnese**ORTOPEDIA**

PACIENTE COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO (1 MÉTRICO X 2 MÉTRICAS), SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO.

GLASGOW: 15

HD: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

CD: AGUARDO PARECER DA NEUROLOGIA

IMOBILIZAÇÃO
ANALGESIA**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 100ML/1A

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 10,1LH, DE SUSTENTO

Diluir

TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 20,0 MG

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição
G82.8	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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
 Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 25



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de São Paulo
Senador Humberto de Alencar Braga**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, 89, PEDRO GONDIM, ZONA Leste, São Paulo - SP

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	1124736	24/11/2018 23:45:52
Data de nascimento	Idade	Sexo
23/08/1981	37a 3m 2d	Masculino
Mãe		
ANADETE SOARES DA SILVA		
Endereço	Bairro	Município
DOS MILAGRES - ATÉ 1500/1500, 2N	CRISTO REDENTOR	JOÃO PESSOA
Acidente	Motivo	Profissão
QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO	QUEDA	RODOPIANO LIMA
Data/Hora Classificação		Data/Hora Triage
24/11/2018 23:45:52		26/11/2018 00:00:00

Anamnese

Paciente relata ter sido vítima de queda de 2 metros de altura. Não lembra de ter tomado medicamentos e nega doenças de base. No momento consciente, pouco fala, mas consegue verbalizar, desambulando, em bom estado geral.

Ao exame físico, edema em região nasal, histórico de rinorrágia venenosa, dor no nariz e movimentação ocular preservada, boa abertura bucal, oclusão secca e dor no maxilar.

Ao exame tomográfico, sinais de fratura prévia de ossos próprios do maxilar, e rachaduras ósseas.

CD:

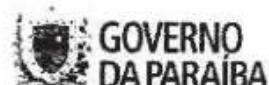
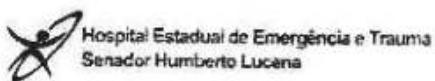
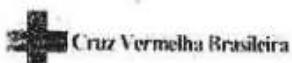
- 1- Orientações
- 2- Alta CTBMP

Dados coletados anteriormente utilizar na barra de busca**Conduta**

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA





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 1124738	Data/Hora Entrada 24/11/2018 23:45:52	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37a 3m 2d	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	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

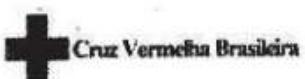
GEOVANDRO SOARES DA SILVA

JOSE MANGUEIRA RAMALHO

(1399/PB)

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

16.0.6:8080/tjbh/nomes/nomecarregado?controle=79&imprimir&id=449524&pesquisa=S&pe



Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Guia de Encaminhamento

Dados do paciente

Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA			
Data de Nascimento 23/08/1981	Idade 37A 3M 2D	Sexo Masculino	Raça / Cor SEM INFOM
Nome da M ^a ANADETE SOARES DA SILVA		Nome da M ^a ANADETE SOARES DA SILVA	
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596		Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596	
Município JOAO PESSOA - PB		Município JOAO PESSOA - PB	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA		CNPJ 15.930.233/0001-02	

Dados da unidade de atenção primária

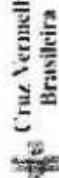
Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	NF R / /	E / /	R / /
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR	V / /	I / /	V / /

Resultado de exames complementares

CID SS2.5	Data de encaminhamento 25/11/2018 02:25:20
--------------	-----------------------------------------------

Assinatura e carimbo São Paulo Prime
Hospital Traumatologista
0848/TEOT 15400





Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasília

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name	Data de nascimento	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	23/08/1981	37a 3m 2d	MASCULINO	1124730	25/11/2018 01:28:51
Motivo do Aendimento	Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição	
Convenio			Matrícula	25/11/2018 01:28:00 - 26/11/2018 01:28:00	
SUS					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pós	Ajazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6@H	06/13/2018
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
2 TENDOCAM 20MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA)	20,0	MG		E.V.		12/12H	FC
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML					

Reimpresaria:

Pronto-Socorro - Senador H





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 proprios do nariz e parede 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.

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

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





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 31

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 - 2^ª VIA SSP PB

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

LEI N° 9.453, DE 16 DE MAIO DE 1996.

RG 2812009 - 2^ª via

CPF 047.935.864-44

T ELEITOR:

027498111252

SEÇÃO: 0124

ZONA: 064

LOCAL DA EMIS.

DRT/PB

EMISSÃO: 27/02/2007

**BRA
SILEIRO**

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 AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA ESCÁPULA, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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





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: 01701/01702 - carta_03 - INVALIDEZ



00040851

Carta nº 14255739



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 34



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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

SCHILLER (a), GELOWANDTOS SQUARS DA SILVEIRA

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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14296064



Pag. 00169/00170 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103161058105790000038745068>
Número do documento: 2103161058105790000038745068

Núm. 40682471 - Pág. 35



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



Carta nº 14416100



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 36



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



00050694

Carta nº 14510422



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 37



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 38



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.

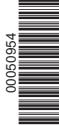
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01907/01908 - carta_03 - INVALIDEZ



00050954

Carta nº 14649485



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 39



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 41



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: <i>GEOVANDO SOARES DA SILVA</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2013				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
revisor	RUA DOS MILAGRES	281		
Bairro:	Cidade:	CEP:		
CRISTO REVEROR	SUAS PESSOAS	52070530		
E-mail:	Tel.(DDD):			

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

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CORRER

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Autorize uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Poupança (257)	<input type="checkbox"/> Conta (411)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (201)
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)

Autentico a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 [assinalar uma das opções]:

- Não há IML que atende a regras do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras 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 privativa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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 compatrieta(s): Sim Não Se a vítima deixou compatrieta(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vel nascit.)? Sim Não Vítima deixou pais/viúva vivos? Sim Não

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

Local e Data:	<i>Jean Carneiro/PB, 09/05/19</i>
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA:	<i>COMPREV</i>
1º Nome:	
CPF:	
Assinatura	
<i>09 MAIO 2019</i>	
2º Nome:	
CPF:	
Assinatura	
<i>PROTÓCOLO</i>	
<i>JOÃO PESSOA</i>	

FPS.D01 V001/2018

(*) A vítima/beneficiário não utilizando 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 cópia do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: <i>GEOVANDRO SOBRINHO DA SILVA</i>		
Profissão: <i>RECAUD</i>	Endereço: <i>RUA DOS MILAGRES</i>	CPF: <i>047 935964414</i>	Número: <i>281</i>	Complemento: <i>CEP: 52070530</i>
Bairro: <i>CRISTO REDENTOR</i>	Cidade: <i>JOÃO PESSOA</i>	Estado: <i>PB</i>	Tel.(DDD):	
E-mail:				

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

RENDIMENTO:
 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 INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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: *1033* CONTA: *10401 5*
(Inserir o dígito de exatidão) (Inserir o dígito de exatidão)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Inserir o dígito de exatidão) (Inserir o dígito de exatidão)

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, quaisquer total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para a realização da perícia de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (escolha uma das opções):

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias ao protocolo.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, sem prejuízo da apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider, bem como ao exame de constatação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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 (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data da 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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 recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *João Pessoa/PB, 09/05/19*
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHA: **COMPREV**
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: **PROTÓCOLO**
2º | Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura de Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, 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 HOUVE 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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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" Esta avaliação médica deve ser repetida em dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
 - 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: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve (X) 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o 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



C E R T I D Ã O.
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.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: GEOVANDO SOARES DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2013				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
revisor	RUA DOS MILAGRES	281		
Bairro:	Cidade:	CEP:		
CRISTO REVEROR	SUAS PESSOAS	52070530		
E-mail:	Tel.(DDD):			

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CORRER:

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Autorize uma opção)
- Bradesco (257)
 - Itaú (411)
 - Banco do Brasil (001)
 - Caixa Econômica Federal (201)

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **LIDER**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

Autentico a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 [assinalar uma das opções]:

- Não há IML que atende a regras do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras 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 privativa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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 compatrieta(s): Sim Não Se a vítima deixou compatrieta(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Víctima deixou nascituro (velho)?: Sim Não Vítima deixou pais/viúva vivos? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omitido 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: **Jean Carneiro/PB, 09/05/19**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHA: **COMPREV**
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: **09 MAIO 2019**
2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: **PROTÓCOLO**
Assinatura: **JOÃO PESSOA**

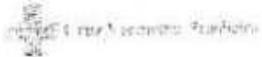
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

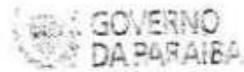
(*) A vítima/beneficiário não utilizando deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.D01 V001/2018



Hospital de Emergência e Trauma
Sírio-Libanês - Município Libanês



AV. ORESTES LISBOA, 66 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1020947



Identificação do paciente

ID 203638	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35 anos 11 meses 24 dias	Estado civil Solteiro	Religião 3738
Mae ANADETE SOARES DA SILVA	Pai IVANILDO MENEZES DA SILVA		
Educande	Responsável (Parentesco) EDILMA RAMOS - ACOMPANHANTE		
DDD móvel 43	Fone Móvel 985777439	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2812009	Nº Cns. 702005807192983	
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 1555/1596
Número SN	Complemento		Bairro CRISTO REDENTOR

Admissão

Data e Hora 16/03/2017 10:04:40	Número da pulseira 1000006188640	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade

CIRURGIA GERAL	Clinica
----------------	---------

Classificação de risco	Origem do paciente RUA
------------------------	---------------------------

Caráter do atendimento

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

Indicadores e Transporte

Modo	Ponto de saída Não	Vias de ambulância Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou

Sinais Vitais

mmHg	P脉	Temperatura
------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos: *3x coronectas, contusões superficiais, ferida de cintilante retroescotânea, apresentando dor no tórax e MBD - sobre o abdômen*

Diagnóstico

Assinado por
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

imprimir



JSA + HALDOL + Rivotril

16/03/2021 10:58:11





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>

Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 48



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 prejuízos, 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]: 0800-022.02.00 | SAC [para deficientes auditivos e de fala]: 0800-022.12.06 | Central Ondulor: 0800-022.01.25

Eu, Raiffe Alves Figueiredo,
RG nº 4.278.681, data de expedição 02/09/2014
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 326.488.034-08
com domicílio na cidade de Joaquim Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Lerônio de Moura Braga, nº 200,
complemento Casa, 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/CG 350 Ano: 2013
Placa: PFO 4333 Chassi: 9C2KC3650BR503374
Data do Acidente: 28/01/2019

Local e Data: _____

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: Raimundo Vieira Batista - Torreão / Bela Vista - João Pessoa - PB
Tel.: (83) 3222-1000 / Cel.: (83) 98888-1000 / E-mail: oficio.vieirabatista@tjpb.jus.br

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

RAIFFE ALVES FIGUEIREDO

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 19/04/2019 14:01:09

EVONETE VIZINHA DA SILVA - CORRENTAMENTE AUTORIZADA

[2019-0166913]MOL:R\$ 89,91 FAPPENIR\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,90

SELO DIGITAL: AJD80958-CILC

Confira a autenticidade no <https://selodigital.tjpb.jus.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 PRONTUÁRIO

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 hálito 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 CUBANESE
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



Centro de Emergência e Trauma
Santo Antônio - Cabedelo



Centro de Emergência e Trauma
Santo Antônio - Cabedelo

GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 66 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1020947



Identificação do paciente

ID 203638	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35 anos 11 meses 24 dias	Estado civil Solteiro
Mae ANADETE SOARES DA SILVA		Pai IVANILDO MENEZES DA SILVA
Educande		Responsável (Parentesco) EDILMA RAMOS - ACOMPANHANTE
DDD móvel 43	Fone Móvel 985777439	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2812009	Nº Cns. 702005807192983
Local de procedência: CRISTO REDENTOR		Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB
CBO/R		

Endereço

CEP 58070530	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOS MILAGRES - ATÉ 1555/1596
Número SN	Complemento		Bairro CRISTO REDENTOR

Admissão

Data e Hora 16/03/2017 10:04:40	Número da pulseira 1000006188640	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica

Classificação de risco		Origem do paciente RUA
------------------------	--	---------------------------

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

Indicadores e Transporte

Pronto Socorro Nenhum	Plano de saída Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou

Sinais Vitais

RR []	Peso []	Vaso de oxigênio []
	mmHg	

Exames complementares

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

Dados clínicos	2ºº círculo contusão contuso envolvendo o tórax do paciente multilobular, apresentando signos de trauma de M/S - sobre si mesmo	Tempo 01min 13seg
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

Diagnóstico

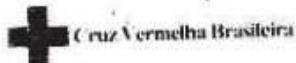
Assinado por
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

imprimir

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS,
09 MAIO 2019
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

ISA + HALDOL + Rivotril

18/03/2021 10:58:11



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ARFA LARANJA UDC

AV. OBESTES 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	Telefone de Contato (83) 986777438 / (83) 988242635
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 LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	Nº Cons. Regional 6028/PB
Data/Hora Classificação 16/08/2017 10:10:52	Data/Hora Prescrição 16/08/2017 14:32:43		

Anamnese

Anamnese
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÓMITOS. 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

TELEOGRAMA COMPUTADORIZADA DO CRANIO. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

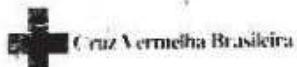
Conduta

Em observação

~~LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(8028/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
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986777438
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	Prontuário 3735
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 PNEUMOPATIA 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 A DIREITA E DEFORMIDADE EM CAIXA TORACICA ANTERIOR, SEM CREPITAÇÃO. SEM ENFISEMA SUBCUTANEO. ABOME FLÁCIDO E INDOLAR 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 ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% DE 500ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + 100 ML SF 0,9%)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

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

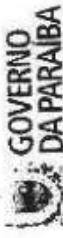
Conduta

Em observação

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
(10271/PB)



Hospital Estadual de Emergência Senador Humberto Lucena
Senador Humberto Lucena



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	V.L.	Via de	Veloc. Inf.	Patologia	Orientação de Uso	Abrazamento
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
(Assinatura e Carimbo do Profissional)

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
CRM: 10271





Centro di Studi di Emergenza e Inquinamento
Roma - Umberto Lucchini

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	Telefone de Contato (83) 986777438 / (82) 986242035
Mae ANADETE SOARES DA SILVA			Prontuario 3735
Endereço DOS MILAGRES - ATE 1595/1595, SN	Bairro CRISTO REDENTOR	Municipio JOAO PESSOA	UF PE
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PE
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 - ORTEZ
DESSADA? CD: ALTA DA NCIR. REAVAL DA ORTOP

Conducta

Em observação

Ch. 17742
TOMAS CATAO MONTE RASO
(7742/PR)

[View all posts by admin](#) | [View all posts in category](#)

integrum. Postea cum sum
di tenuis : varix 2.
Post et ipsius fractura ex-
osculat. Ita diversificata. Pro-
cupatio dura et dolorosa. Cui
experiit postea dolor et
dolor. frustatione. Ita suffi-

Mr. João Bartolomeu P. Roberto
Ortopedia e Traumatologia





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 1595/1595, SN	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	Prontuário 3735
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA	UF PB 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

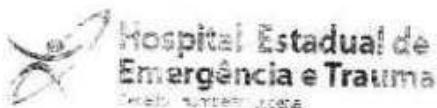
Conduta

Em observação

MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA
(4288/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA





Atendimento: 000000715411

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 15/08/2017

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 clínicos 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.

Hemossinuso.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 58



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 linfonodomegalia 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 clínicos-epidemiológicos do(a) paciente.

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

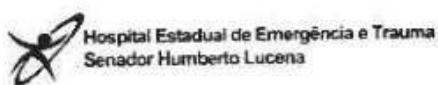
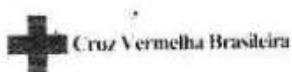
Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



	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	ANADETE 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	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.	
RX de coluna cervical		
RX de punho esquerdo	09 MAIO 2019	
RESULTADOS DOS EXAMES:		
Fratura de extremidade distal do rádio esquerdo.		
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 702005807182983		
Local de procedência CRISTO REDENTOR				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
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 1000005158774	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clinica
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	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA <input checked="" type="checkbox"/> mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
<input type="checkbox"/> Ralo X	<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> Urina	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> Líquor
<input type="checkbox"/> ECG				
<input type="checkbox"/> Ultrasonografia				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				
Imprimir				



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Manaus - HEM
Senador Humberto LucenaWCR
NCR

AV. ORESTES LISBOA, 89 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: (011) 3000-1000

Boletim de Atendimento: 1/24730

Identificação do paciente

ID 203639	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Sexo Masculino	Nascimento 1981/08/23
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37 anos 3 meses 1 dia	Endereço Av. Orestes Lisboa, 89 - Pedro Gondim - CNES: 123312 - Tel.: (011) 3000-1000	CPF 123.456.789-00
Mae ANADETE SOARES DA SILVA			PIS MANOEL MENESSES DA SILVA
Escolaridade			RG ANADETE SOARES DA SILVA
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986777438	CEP 68070530	RG ANADETE SOARES DA SILVA
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2612009	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Local de procedência CRISTO REDENTOR		Complemento	Cidade CRISTO REDENTOR
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		Rua CRISTO REDENTOR

Endereço

CEP 68070530	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Lote 006 - Bloco 006 - Lote 006
Número SN	Complemento		Rua CRISTO REDENTOR

Admissão

Data e Hora 24/11/2018 23:48:52	Número da pulseira 1000005158774	Clínica
Especialidade CRURGIA GERAL		
Classificação de risco		Cirurgia de maior risco
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Querido paciente QUEDA DE UM NIVEL A QUED

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância N/A
Meio de transporte SAMU		Quem realizou: N/A

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉搏	Respiração
--------------	-----	------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Urografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------

Dados clínicos

Dra. Welma Costa G. Almeida
Enfermeira - Área Veterinária
CONDA-PP-GA/GA

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Imprimir



BMF
X entro



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Belém
Senador Humberto de Alencar

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

Anamnese

#NCR

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MURO DE CERCA DE 2 METROS. NO CÓRREDOR.
RELATO DE ESQUIZOFRENIA PREVIA.

AO EXAME
GLASGOW 15
SEM DEFÍCITS MOTORES
ISO/FOTO

TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES

HD, TCE LEVE

CD. LIBERO PARA ENCAMINHAMENTO AO ORTOGRAUMA PEI - C.R.C.
ALTA DA NCR
AV. BMF PARA AVALIAR FRATURA NASAL

Conduta

Em observação

Dr. Daniel Ronconi
Neurocirurgião
CRM-PB 7423

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Boleto registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 24/11/2018, 15:11.





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de São Paulo
Senador Humberto de Alencar**AREA VERMELHA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, RJ - 20000-000

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	1124730	24/11/2018 23:45:56
Data de nascimento	Idade	Sexo
23/03/1981	37a 3m 2d	Masculino
Mãe		CNS
ANADETE SOARES DA SILVA		702005807-018-02
Endereço	Bairro	Município
DOS MILAGRES - ATÉ 1585/1596, SN	CRISTO REDENTOR	JOAO PESSOA
Acidente	Motivo	Profissão
QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO	QUEDA	EVERTON JAVI DAVIE
Data/Hora Clasificação		Data/Hora Fase TCE
24/11/2018 23:45:52		25/11/2018 11:15:05

Anamnese**ORTOPEDIA**

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

GLASGOW: 15

HD: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

CD: AGUARDO PARECER DA NEUROLOGIA

IMOBILIZAÇÃO
ANALGESIA**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 100ML/1A

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., V.I.H, DE SUSTENTO

Diluir

TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 20,0 MG

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição
G82.8	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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
 Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 64



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de São Paulo
Senador Humberto de Alencar Braga

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, ZONA Leste

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	1124736	24/11/2018 23:45:52
Data de nascimento	Idade	Sexo
23/08/1981	37a 3m 2d	Masculino
Mãe		
ANADETE SOARES DA SILVA		
Endereço	Bairro	Município
DOS MILAGRES - ATÉ 1500/1500, 0H	CRISTO REDENTOR	JOÃO PESSOA
Acidente	Motivo	Profissão
QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO	QUEDA	RODOPILO
Data/Hora Classificação		Data/Hora Triage
24/11/2018 23:45:52		26/11/2018 00:00:00

Anamnese

Paciente relata ter sido vítima de queda de 2 metros de altura. Negou ferimentos medicamentosas e nega doenças de base. No momento consciente, pouco fala, verbalizando, desambulando, em bom estado geral.

Ao exame físico, edema em região nasal, histórico de rinorrágia venenosa e movimentação ocular preservada, boa abertura bucal, oclusão secca e normal.

Ao exame tomográfico, sinais de fratura prévia de ossos próprios da face, entre os ossos

CD.

- 1- Orientações
- 2- Alta CTBMP

Dados coletados anteriormente utilizar na barra de topo

Conduta

Em observação

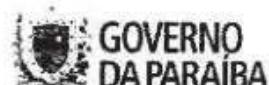
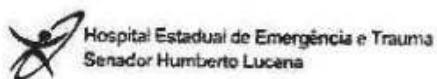
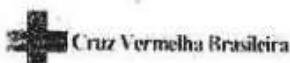
GEOVANDRO SOARES DA SILVA

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
 Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 65



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 1124738	Data/Hora Entrada 24/11/2018 23:45:52	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37a 3m 2d	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	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

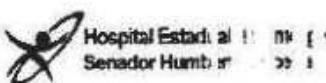
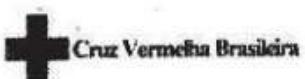
GEOVANDRO SOARES DA SILVA

JOSE MANGUEIRA RAMALHO

(1399/PB)

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

16.0.6:8080/tjbh/nomes/nomecarregado?controle=79&menu=1&acao=1&id=1&id2=1&id3=1&id4=1&id5=1&id6=1&id7=1&id8=1&id9=1&id10=1&id11=1&id12=1&id13=1&id14=1&id15=1&id16=1&id17=1&id18=1&id19=1&id20=1&id21=1&id22=1&id23=1&id24=1&id25=1&id26=1&id27=1&id28=1&id29=1&id30=1&id31=1&id32=1&id33=1&id34=1&id35=1&id36=1&id37=1&id38=1&id39=1&id40=1&id41=1&id42=1&id43=1&id44=1&id45=1&id46=1&id47=1&id48=1&id49=1&id50=1&id51=1&id52=1&id53=1&id54=1&id55=1&id56=1&id57=1&id58=1&id59=1&id60=1&id61=1&id62=1&id63=1&id64=1&id65=1&id66=1&id67=1&id68=1&id69=1&id70=1&id71=1&id72=1&id73=1&id74=1&id75=1&id76=1&id77=1&id78=1&id79=1&id80=1&id81=1&id82=1&id83=1&id84=1&id85=1&id86=1&id87=1&id88=1&id89=1&id90=1&id91=1&id92=1&id93=1&id94=1&id95=1&id96=1&id97=1&id98=1&id99=1&id100=1&id101=1&id102=1&id103=1&id104=1&id105=1&id106=1&id107=1&id108=1&id109=1&id110=1&id111=1&id112=1&id113=1&id114=1&id115=1&id116=1&id117=1&id118=1&id119=1&id120=1&id121=1&id122=1&id123=1&id124=1&id125=1&id126=1&id127=1&id128=1&id129=1&id130=1&id131=1&id132=1&id133=1&id134=1&id135=1&id136=1&id137=1&id138=1&id139=1&id140=1&id141=1&id142=1&id143=1&id144=1&id145=1&id146=1&id147=1&id148=1&id149=1&id150=1&id151=1&id152=1&id153=1&id154=1&id155=1&id156=1&id157=1&id158=1&id159=1&id160=1&id161=1&id162=1&id163=1&id164=1&id165=1&id166=1&id167=1&id168=1&id169=1&id170=1&id171=1&id172=1&id173=1&id174=1&id175=1&id176=1&id177=1&id178=1&id179=1&id180=1&id181=1&id182=1&id183=1&id184=1&id185=1&id186=1&id187=1&id188=1&id189=1&id190=1&id191=1&id192=1&id193=1&id194=1&id195=1&id196=1&id197=1&id198=1&id199=1&id200=1&id201=1&id202=1&id203=1&id204=1&id205=1&id206=1&id207=1&id208=1&id209=1&id210=1&id211=1&id212=1&id213=1&id214=1&id215=1&id216=1&id217=1&id218=1&id219=1&id220=1&id221=1&id222=1&id223=1&id224=1&id225=1&id226=1&id227=1&id228=1&id229=1&id230=1&id231=1&id232=1&id233=1&id234=1&id235=1&id236=1&id237=1&id238=1&id239=1&id240=1&id241=1&id242=1&id243=1&id244=1&id245=1&id246=1&id247=1&id248=1&id249=1&id250=1&id251=1&id252=1&id253=1&id254=1&id255=1&id256=1&id257=1&id258=1&id259=1&id260=1&id261=1&id262=1&id263=1&id264=1&id265=1&id266=1&id267=1&id268=1&id269=1&id270=1&id271=1&id272=1&id273=1&id274=1&id275=1&id276=1&id277=1&id278=1&id279=1&id280=1&id281=1&id282=1&id283=1&id284=1&id285=1&id286=1&id287=1&id288=1&id289=1&id290=1&id291=1&id292=1&id293=1&id294=1&id295=1&id296=1&id297=1&id298=1&id299=1&id300=1&id301=1&id302=1&id303=1&id304=1&id305=1&id306=1&id307=1&id308=1&id309=1&id310=1&id311=1&id312=1&id313=1&id314=1&id315=1&id316=1&id317=1&id318=1&id319=1&id320=1&id321=1&id322=1&id323=1&id324=1&id325=1&id326=1&id327=1&id328=1&id329=1&id330=1&id331=1&id332=1&id333=1&id334=1&id335=1&id336=1&id337=1&id338=1&id339=1&id340=1&id341=1&id342=1&id343=1&id344=1&id345=1&id346=1&id347=1&id348=1&id349=1&id350=1&id351=1&id352=1&id353=1&id354=1&id355=1&id356=1&id357=1&id358=1&id359=1&id360=1&id361=1&id362=1&id363=1&id364=1&id365=1&id366=1&id367=1&id368=1&id369=1&id370=1&id371=1&id372=1&id373=1&id374=1&id375=1&id376=1&id377=1&id378=1&id379=1&id380=1&id381=1&id382=1&id383=1&id384=1&id385=1&id386=1&id387=1&id388=1&id389=1&id390=1&id391=1&id392=1&id393=1&id394=1&id395=1&id396=1&id397=1&id398=1&id399=1&id400=1&id401=1&id402=1&id403=1&id404=1&id405=1&id406=1&id407=1&id408=1&id409=1&id410=1&id411=1&id412=1&id413=1&id414=1&id415=1&id416=1&id417=1&id418=1&id419=1&id420=1&id421=1&id422=1&id423=1&id424=1&id425=1&id426=1&id427=1&id428=1&id429=1&id430=1&id431=1&id432=1&id433=1&id434=1&id435=1&id436=1&id437=1&id438=1&id439=1&id440=1&id441=1&id442=1&id443=1&id444=1&id445=1&id446=1&id447=1&id448=1&id449=1&id450=1&id451=1&id452=1&id453=1&id454=1&id455=1&id456=1&id457=1&id458=1&id459=1&id460=1&id461=1&id462=1&id463=1&id464=1&id465=1&id466=1&id467=1&id468=1&id469=1&id470=1&id471=1&id472=1&id473=1&id474=1&id475=1&id476=1&id477=1&id478=1&id479=1&id480=1&id481=1&id482=1&id483=1&id484=1&id485=1&id486=1&id487=1&id488=1&id489=1&id490=1&id491=1&id492=1&id493=1&id494=1&id495=1&id496=1&id497=1&id498=1&id499=1&id500=1&id501=1&id502=1&id503=1&id504=1&id505=1&id506=1&id507=1&id508=1&id509=1&id510=1&id511=1&id512=1&id513=1&id514=1&id515=1&id516=1&id517=1&id518=1&id519=1&id520=1&id521=1&id522=1&id523=1&id524=1&id525=1&id526=1&id527=1&id528=1&id529=1&id530=1&id531=1&id532=1&id533=1&id534=1&id535=1&id536=1&id537=1&id538=1&id539=1&id540=1&id541=1&id542=1&id543=1&id544=1&id545=1&id546=1&id547=1&id548=1&id549=1&id550=1&id551=1&id552=1&id553=1&id554=1&id555=1&id556=1&id557=1&id558=1&id559=1&id560=1&id561=1&id562=1&id563=1&id564=1&id565=1&id566=1&id567=1&id568=1&id569=1&id570=1&id571=1&id572=1&id573=1&id574=1&id575=1&id576=1&id577=1&id578=1&id579=1&id580=1&id581=1&id582=1&id583=1&id584=1&id585=1&id586=1&id587=1&id588=1&id589=1&id590=1&id591=1&id592=1&id593=1&id594=1&id595=1&id596=1&id597=1&id598=1&id599=1&id600=1&id601=1&id602=1&id603=1&id604=1&id605=1&id606=1&id607=1&id608=1&id609=1&id610=1&id611=1&id612=1&id613=1&id614=1&id615=1&id616=1&id617=1&id618=1&id619=1&id620=1&id621=1&id622=1&id623=1&id624=1&id625=1&id626=1&id627=1&id628=1&id629=1&id630=1&id631=1&id632=1&id633=1&id634=1&id635=1&id636=1&id637=1&id638=1&id639=1&id640=1&id641=1&id642=1&id643=1&id644=1&id645=1&id646=1&id647=1&id648=1&id649=1&id650=1&id651=1&id652=1&id653=1&id654=1&id655=1&id656=1&id657=1&id658=1&id659=1&id660=1&id661=1&id662=1&id663=1&id664=1&id665=1&id666=1&id667=1&id668=1&id669=1&id670=1&id671=1&id672=1&id673=1&id674=1&id675=1&id676=1&id677=1&id678=1&id679=1&id680=1&id681=1&id682=1&id683=1&id684=1&id685=1&id686=1&id687=1&id688=1&id689=1&id690=1&id691=1&id692=1&id693=1&id694=1&id695=1&id696=1&id697=1&id698=1&id699=1&id700=1&id701=1&id702=1&id703=1&id704=1&id705=1&id706=1&id707=1&id708=1&id709=1&id710=1&id711=1&id712=1&id713=1&id714=1&id715=1&id716=1&id717=1&id718=1&id719=1&id720=1&id721=1&id722=1&id723=1&id724=1&id725=1&id726=1&id727=1&id728=1&id729=1&id730=1&id731=1&id732=1&id733=1&id734=1&id735=1&id736=1&id737=1&id738=1&id739=1&id740=1&id741=1&id742=1&id743=1&id744=1&id745=1&id746=1&id747=1&id748=1&id749=1&id750=1&id751=1&id752=1&id753=1&id754=1&id755=1&id756=1&id757=1&id758=1&id759=1&id760=1&id761=1&id762=1&id763=1&id764=1&id765=1&id766=1&id767=1&id768=1&id769=1&id770=1&id771=1&id772=1&id773=1&id774=1&id775=1&id776=1&id777=1&id778=1&id779=1&id780=1&id781=1&id782=1&id783=1&id784=1&id785=1&id786=1&id787=1&id788=1&id789=1&id790=1&id791=1&id792=1&id793=1&id794=1&id795=1&id796=1&id797=1&id798=1&id799=1&id800=1&id801=1&id802=1&id803=1&id804=1&id805=1&id806=1&id807=1&id808=1&id809=1&id810=1&id811=1&id812=1&id813=1&id814=1&id815=1&id816=1&id817=1&id818=1&id819=1&id820=1&id821=1&id822=1&id823=1&id824=1&id825=1&id826=1&id827=1&id828=1&id829=1&id830=1&id831=1&id832=1&id833=1&id834=1&id835=1&id836=1&id837=1&id838=1&id839=1&id840=1&id841=1&id842=1&id843=1&id844=1&id845=1&id846=1&id847=1&id848=1&id849=1&id850=1&id851=1&id852=1&id853=1&id854=1&id855=1&id856=1&id857=1&id858=1&id859=1&id860=1&id861=1&id862=1&id863=1&id864=1&id865=1&id866=1&id867=1&id868=1&id869=1&id870=1&id871=1&id872=1&id873=1&id874=1&id875=1&id876=1&id877=1&id878=1&id879=1&id880=1&id881=1&id882=1&id883=1&id884=1&id885=1&id886=1&id887=1&id888=1&id889=1&id890=1&id891=1&id892=1&id893=1&id894=1&id895=1&id896=1&id897=1&id898=1&id899=1&id900=1&id901=1&id902=1&id903=1&id904=1&id905=1&id906=1&id907=1&id908=1&id909=1&id910=1&id911=1&id912=1&id913=1&id914=1&id915=1&id916=1&id917=1&id918=1&id919=1&id920=1&id921=1&id922=1&id923=1&id924=1&id925=1&id926=1&id927=1&id928=1&id929=1&id930=1&id931=1&id932=1&id933=1&id934=1&id935=1&id936=1&id937=1&id938=1&id939=1&id940=1&id941=1&id942=1&id943=1&id944=1&id945=1&id946=1&id947=1&id948=1&id949=1&id950=1&id951=1&id952=1&id953=1&id954=1&id955=1&id956=1&id957=1&id958=1&id959=1&id960=1&id961=1&id962=1&id963=1&id964=1&id965=1&id966=1&id967=1&id968=1&id969=1&id970=1&id971=1&id972=1&id973=1&id974=1&id975=1&id976=1&id977=1&id978=1&id979=1&id980=1&id981=1&id982=1&id983=1&id984=1&id985=1&id986=1&id987=1&id988=1&id989=1&id990=1&id991=1&id992=1&id993=1&id994=1&id995=1&id996=1&id997=1&id998=1&id999=1&id1000=1&id1001=1&id1002=1&id1003=1&id1004=1&id1005=1&id1006=1&id1007=1&id1008=1&id1009=1&id1010=1&id1011=1&id1012=1&id1013=1&id1014=1&id1015=1&id1016=1&id1017=1&id1018=1&id1019=1&id1020=1&id1021=1&id1022=1&id1023=1&id1024=1&id1025=1&id1026=1&id1027=1&id1028=1&id1029=1&id1030=1&id1031=1&id1032=1&id1033=1&id1034=1&id1035=1&id1036=1&id1037=1&id1038=1&id1039=1&id1040=1&id1041=1&id1042=1&id1043=1&id1044=1&id1045=1&id1046=1&id1047=1&id1048=1&id1049=1&id1050=1&id1051=1&id1052=1&id1053=1&id1054=1&id1055=1&id1056=1&id1057=1&id1058=1&id1059=1&id1060=1&id1061=1&id1062=1&id1063=1&id1064=1&id1065=1&id1066=1&id1067=1&id1068=1&id1069=1&id1070=1&id1071=1&id1072=1&id1073=1&id1074=1&id1075=1&id1076=1&id1077=1&id1078=1&id1079=1&id1080=1&id1081=1&id1082=1&id1083=1&id1084=1&id1085=1&id1086=1&id1087=1&id1088=1&id1089=1&id1090=1&id1091=1&id1092=1&id1093=1&id1094=1&id1095=1&id1096=1&id1097=1&id1098=1&id1099=1&id1100=1&id1101=1&id1102=1&id1103=1&id1104=1&id1105=1&id1106=1&id1107=1&id1108=1&id1109=1&id1110=1&id1111=1&id1112=1&id1113=1&id1114=1&id1115=1&id1116=1&id1117=1&id1118=1&id1119=1&id1120=1&id1121=1&id1122=1&id1123=1&id1124=1&id1125=1&id1126=1&id1127=1&id1128=1&id1129=



Guia de Encaminhamento

Dados do paciente

Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA			
Data de Nascimento 23/08/1981	Idade 37A 3M 2D	Sexo Masculino	Raça / Cor SEM INFOM
Nome da Mé ANADETE SOARES DA SILVA		Nome da Pé ANADETE SOARES DA SILVA	
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596		Bairro CENTRO	
Município JOAO PESSOA - PB		CEP 58052-120	
Unidade de s´auda solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA		CNPJ 19.350.2	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	NF R / /	E / /	R / /
--------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-------	-------

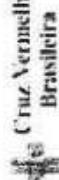
Motivo do encaminhamento
ALTA HOSPITALAR

Resultado de exames complementares

CID SS2.5	Data de encaminhamento 25/11/2018 02:25:20
--------------	-----------------------------------------------

Assinatura e carimbo São Paulo Prime
Hospital Traumatologista
0848/TEOT 15400





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA		Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37a 3m 2d	Sexo MASCULINO	Nº Prescrição 1124730	Nº Prontuário 3735	Data Prescrição 25/11/2018 01:28:51
Motivo do Aendimento Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 25/11/2018 01:28:00 - 26/11/2018 01:28:00					
Convenio SUS		Matrícula					
		Data da entrada: 24/11/2018 23:45:52	Data da Internação: 24/11/2018 23:45:52	Permanência na 1h 44min	Senha		

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

Reimpresaria por:





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 proprios do nariz e parede 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.

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

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





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 70

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 - 2^ª VIA SSP PB

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

LEI N° 9.453, DE 16 DE MAIO DE 1996.

RG 2812009 - 2^ª via

CPF 047.935.864-44

T ELEITOR:

027498111252

SEÇÃO: 0124

ZONA: 064

LOCAL DA EMIS.

DRT/PB

EMISSÃO: 27/02/2007

**BRA
SILEIRO**

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 AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA ESCÁPULA, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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





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: 01701/01702 - carta_03 - INVALIDEZ



00040851

Carta nº 14255739



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 73



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, contados 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 n° 14296064



Pag 00169/00170 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103161058105790000038745068>
Número do documento: 2103161058105790000038745068

Núm. 40682471 - Pág. 74



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 75



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



00050694

Carta nº 14510422



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 76



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

Part 1 - A11 - Page 13/20/2017 Author: jmw/AMR/ET

Assunto: INTERUPÇÃO 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 n° 14579246



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 77



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.

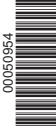
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01907/01908 - carta_03 - INVALIDEZ



00050954

Carta nº 14649485



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 78



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 59567/39

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: 047935964-44

Profissão: Vigilante

Endereço: Rua dos Milagres

Número: 102

Bairro: Bristo

Cidade: José Bonifácio

Estado: SP

E-mail:

CEP: 58071260

Tel.(DDD): 186826190

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 0036

CONTA: 88003

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir 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.

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 atende 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. 39, §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 (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 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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 opinião ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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: Jocé Denece 30/02/2019
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____ 18 FEV. 20192º | 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 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.

V001/2018





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>
Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 80

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)</p>				Número do boleto: 200.1.21.10369/01 Data de emissão: 08/03/2021
Nº do Processo: 0814313-52.2020.815.2001	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7		Data de vencimento: 31/03/2021
Número da 200.2021.610369	Tipo da Custas de Recursos			UFR vigente: R\$ 53,97
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 323,82 - Taxa bancária: R\$ 1,38				Promovente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA Promovido: BRADESCO SEGUROS S/A Valor da causa: R\$ 13.500,00
				Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 Parcela: 1/1 Valor total: R\$ 325,20
				Desconto total: R\$ 0,00
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.				
 866400000034 252009283182 520210331200 012110369019				Valor final: R\$ 325,20

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)</p>				Número do boleto: 200.1.21.10369/01 Data de emissão: 08/03/2021
Nº do Processo: 0814313-52.2020.815.2001	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7		Data de vencimento: 31/03/2021
Número da 200.2021.610369	Tipo de Custas de Recursos			UFR vigente: R\$ 53,97
Promovente GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Promovido: BRADESCO SEGUROS S/A			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Valor da causa: R\$ 13.500,00				Parcela: 1/1
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 323,82 - Taxa bancária: R\$ 1,38				Valor total: R\$ 325,20
				Desconto total: R\$ 0,00
				Valor final: R\$ 325,20

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)</p>				Número do boleto: 200.1.21.10369/01 Data de emissão: 08/03/2021
Nº do Processo: 0814313-52.2020.815.2001	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7		Data de vencimento: 31/03/2021
Número da 200.2021.610369	Tipo de Custas de Recursos			UFR vigente: R\$ 53,97
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 323,82 - Taxa bancária: R\$ 1,38				Promovente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA Promovido: BRADESCO SEGUROS S/A Valor da causa: R\$ 13.500,00
				Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 Parcela: 1/1 Valor total: R\$ 325,20
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.				Desconto total: R\$ 0,00
 866400000034 252009283182 520210331200 012110369019				Valor final: R\$ 325,20





Guia - Ficha de Compensação

Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	Nº DA CONTA JUDICIAL
		10/03/2021	0	0
DATA DA GUIA	Nº DA GUIA	Nº DO PROCESSO	TIPO DE JUSTIÇA	
10/03/2021	2002021610369	08143135220208152001	ESTADUAL	
UF/COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
PB	Vara Cível	RÉU	325,20	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
BRADESCO SEGUROS S/A		Jurídica	33055146000193	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
GEOVANDRO SOARES DA SILVA		FÍSICA	04793596444	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
84D48BA12C52CB46				
CÓDIGO DE BARRAS				
86640000003 4 25200928318 2 52021033120 0 01211036901 9				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581159900000038745070>
Número do documento: 21031610581159900000038745070

Num. 40682473 - Pág. 2



EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n. 08143135220208152001

BRADESCO SEGUROS S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GEOVANDRO SOARES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 8 de março de 2021.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581229300000038745072>
Número do documento: 21031610581229300000038745072

Num. 40682475 - Pág. 1

PROCESSO ORIGINÁRIO DA 7^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA / PB

Processo n.º 08143135220208152001

APELADA: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

APELANTES: BRADESCO SEGUROS S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

DAS RAZÕES DO RECURSO

COLENDÂ CÂMARA,

INCLÍTOS JULGADORES,

A sentença proferida no juízo “a quo” merece ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos e fundamentada em afronta as normas legais aplicáveis.

BREVE RELATO DOS FATOS

Cuida-se o feito de ação de cobrança de seguro DPVAT, em que o recorrido, alega na peça vestibular ter sofrido acidente de trânsito em 16/08/2017.

Aduz ainda, que, em razão do sinistro noticiado nos autos é portador de invalidez permanente, tendo se submetido a exame pericial.

Por fim, em razão da suposta invalidez adquirida, o recorrido, ajuizou a presente lide pleiteando verba indenizatória do Seguro DPVAT.

Entendeu o Nobre Juiz *a quo*, em acolher parcialmente o pedido inicial, ultrapassando todas as teses lançadas na defesa da Demandada, assim, julgou a lide parcialmente procedente, em desfavor da Recorrente, condenando-a a indenizar a parte Apelada, a título de seguro DPVAT, nos seguintes termos:

Pelo exposto, com base no art. 487, I do CPC, **JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE** o pedido exposto na inicial, condenando a promovida ao pagamento de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), com correção monetária pelo INPC desde o evento danoso, e juros de mora de 1% a partir da data em que se deu por citado o promovido.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581229300000038745072>
Número do documento: 21031610581229300000038745072

Num. 40682475 - Pág. 2

Data vênia, não houve com o habitual acerto o Ilustre Magistrado *a quo*, pois, conforme se passa a demonstrar, a r. Decisão não guarda sintonia com as questões de fato e de direito ventiladas nos autos.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito¹**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo².

Perceba Ilustres julgadores., que há divergências na data do acidente informada no BO e na documentação médica, vejamos:

- BO

Dados do(s) Fatos:

Local: Av da Fraternidade, Mercadinho Bio Costa, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/08/17 09:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

¹SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

²APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



- DECLARACAO MEDICA

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 812/033, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1792529, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente GEOVANDRO SOARES DA SILVA idade 37 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 16/08/2018 na Av. da Fraternidade, Bairro: Cristo - João Pessoa - aproximadamente as 09:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

SINISTRO OCORRIDO APÓS A MEDIDA PROVISÓRIA 451/2008

Conforme se verifica dos documentos acostados pela parte apelante, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/08/2017**.

Em razão do aludido sinistro, após a devida regulação administrativa, foi pago à parte Apelada, **o valor de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos). Vejamos comprovante do pagamento:**

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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

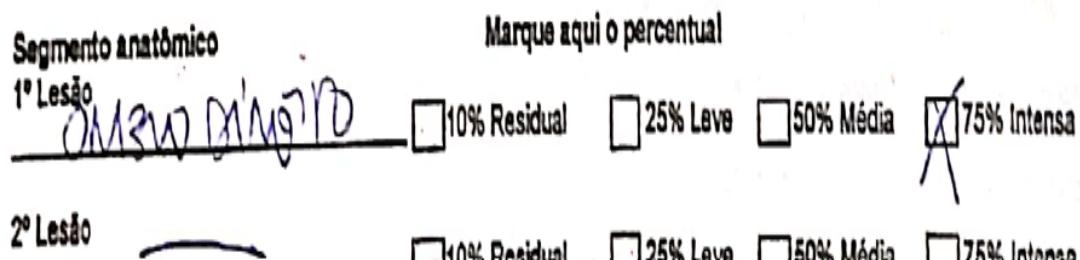


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581229300000038745072>
Número do documento: 21031610581229300000038745072

Num. 40682475 - Pág. 4

Após dilação probatória, foi confeccionado laudo pericial, que consta às fls. dos autos. Por certo, o limite indenizatório estipulado na condenação, deveria ser o estipulado na referida prova, debitando-se o valor pago na via administrativa. Todavia, a condenação imposta na r. sentença sobejou o montante devido ao apelado em razão de sua permanente invalidez, pelo que merece pronta reforma.

Vejamos conclusão da perícia:



Frisa-se que com a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, foram estabelecidos percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, estes últimos em completos e incompletos³.

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁴.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas, observadas quando da elaboração da prova pericial:

- 1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e
- 2) Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

³PROCESSUAL CIVIL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. EXISTÊNCIA DE OMISSÃO. ATRIBUIÇÃO DE EFEITO MODIFICATIVO. POSSIBILIDADE. APLICAÇÃO DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273 DE 19/12/2012. EMBARGOS ACOLHIDOS, COM EFEITO MODIFICATIVO. PRECEDENTES STJ. DECISÃO UNÂNIME. 1. Ao julgar o Recurso Especial Repetitivo nº 1.303.038-RS, que discutia a aplicação da graduação da invalidez permanente parcial incompleta aos acidentes anteriores à MP 451/08, o STJ, por meio do Acórdão transitado em julgado, em 30/04/2014, decidiu pela validade da utilização da Tabela do CNSP para estabelecer a proporcionalidade da indenização ao grau de invalidez, na hipótese de sinistro anterior a 16/12/2008, data da entrada em vigor da Medida Provisória 451/08.2. Tendo em vista que do acidente automobilístico, o qual vitimou o apelante, ora embargado, decorreu debilidade permanente, conforme Laudo Traumatológico presente nos autos, aplica-se ao caso a Resolução CNSP Nº 273 DE 19/12/2012, devendo-se quantificar a indenização DPVAT, prevista no art. 3º, II, da Lei Nº 6.194/74, ALTERADA PELA LEI Nº 11.482/2007, conforme o grau e local da invalidez permanente sofrida pela vítima, nos termos da perícia médica a ser realizada para tal fim.3. "A possibilidade de atribuição de efeitos modificativos a embargos declaratórios resulta da presença de omissão verificada no acórdão embargado" (STJ, Relator: Ministra LAURITA VAZ, Data de Julgamento: 14/09/2010, T5 - QUINTA TURMA).4. Embargos acolhidos, com efeito modicativo. Decisão unânime. Embargos de Declaração 240917-6 - 0044662-52.2010.8.17.0001 - Relator(a) Roberto da Silva Maia - 1ª Câmara Cível - Data do Julgamento - 03/02/2015

⁴Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."



Para uma melhor visualização, segue tabela demonstrando o valor devido ao Apelado, com base na lesão suportada:

Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas	Valor da Indenização
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais		
Perda completa da mobilidade de um dos ombros , cotovelos, punhos ou dedo polegar	25	R\$ 3.375,00

Repercussão	Valor da Indenização
75% (grau intenso)	R\$ 2.531,25

Sendo assim, na hipótese de manutenção da r. Sentença, o valor indenizatório deverá respeitar o cálculo apresentado acima, apurado com base no exame pericial que consta dos autos, evidentemente descontando-se o valor pago na esfera administrativa, na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), de modo que o valor da condenação não poderá ultrapassar a monta de R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS).

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Apelante no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “a quo”, dando provimento ao presente recurso, para:

Seja respeitada a tabela de graduação inserida na Lei, nos termos das Súmulas 474 e 544 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 8 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581229300000038745072>
Número do documento: 21031610581229300000038745072

Num. 40682475 - Pág. 6

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB 4246-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado SUELIO MOREIRA TORRES, inscrito na 15477 - OAB/PB, os poderes que lhes foram conferidos por **BRADESCO SEGUROS S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **GEOVANDRO SOARES DA SILVA**, em curso perante a **7ª VARA CÍVEL** da comarca de **JOAO PESSOA**, nos autos do Processo nº 08143135220208152001.

Rio de Janeiro, 8 de março de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581229300000038745072>
Número do documento: 21031610581229300000038745072

Num. 40682475 - Pág. 7