



Número: **0856581-24.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **20/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HELENO ELIAS PEREIRA (AUTOR)		ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38534 860	19/01/2021 20:22	2775521_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200346145

Vítima: HELENO ELIAS PEREIRA

Data do Acidente: 07/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HELENO ELIAS PEREIRA

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 nº 16164965





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, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200346145

Vítima: HELENO ELIAS PEREIRA

Data do Acidente: 07/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELENO ELIAS PEREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: HELENO ELIAS PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000056127-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

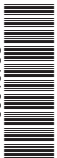
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01515/01516 - carta_15R - INVALIDEZ

00010758





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou AG:	3 - CPF da vítima: 578.844.634-15	4 - Nome completo da vítima: Heleno Elias Penina
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR JOSEF Nº 46/2002		
5 - Nome completo: Heleno Elias Penina		6 - CPF: 578.844.634-15
7 - Profissão: Motorista	8 - Endereço: R. Jornal o Norte	9 - Número: 706
11 - Bairro: Marcos Moura	12 - Cidade: Santa Rita	13 - Estado: PB
14 - CEP: 59.300-00	15 - E-mail:	16 - INSCRIC: 33-99921-5263
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR		
17 - Nome completo do Representante Legal:		
18 - CPF do Representante Legal:		
19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.502,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLIPANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1914 CONTA: 56127 B		
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:		
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu li e entendi o conteúdo e dou, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor recebido.		
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Declaro, sob as penas da lei, que não impossibilito 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):		
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou		
<input type="checkbox"/> O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou		
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.		
Por 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. 1º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a, caso discordar do seu conteúdo.		
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE		
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
31 - Vítima tem irmão(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 contra, 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 209 do Código Penal.		
34 - Assinatura legível do titular do seguro ou do representante legal (se houver):		
35 - Nome legível de quem assina a região pedido		
36 - CPF legível de quem assina a região pedido		
37 - (*) Assinatura de quem assina a região pedido		
38 - 3ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha		
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha		
40 - Local e Data, 41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)		

FP5.001.0002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03084.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03084.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:05 horas do dia 02 de setembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Heleno Elias Pereira**, CPF nº 578.844.634-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Luzia Nunes de Lima e Jose Elias Pereira, natural de Princesa Isabel/PB, nascido(a) em 17/06/1968 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornal Norte, Nº 706, bairro Marcos Moura, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB.

Dados do(s) Fatos:

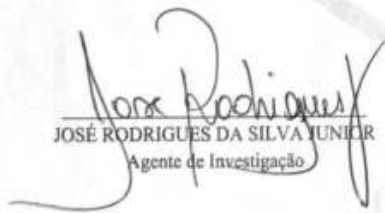
Local: Sítio Mumbaba, Zona Rural, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/05/20 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

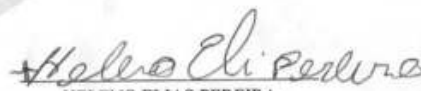
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 07/05/2020, POR VOLTA DAS 18:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFN-3074/PB, CHASSI 9C2KD1000HR012857, REGISTRADA EM NOME DE EDMILSON ELIAS PEREIRA, NO SÍTIO MUMBABA, ZONA RURAL, SANTA RITA/PB, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DA MOTOCICLETA DERRAPOU NA AREIA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MESMA E CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. KLÊNIO F. DA NOBREGA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 02 de setembro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


HELENO ELIAS PEREIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 03084.01.2020.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AG: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

578.844.634-15 Heleno Elias Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR JOSEF Nº 46/2002

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Heleno Elias Pereira 578.844.634-15 Motorista R. Jornal o Norte 706

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - INSCRICAO: 17 - Data de nascimento:

Manoel Moura Santa Rita RS 91.300-00 33-99921-3243

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POLPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

1914 56127 B

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu li e entendi o conteúdo e dou, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não impossibilito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmão(s)? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando contra, 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 209 do Código Penal.

34 - Assinatura legível do representante legal da vítima ou do beneficiário: 35 - Nome legível de quem assina a região pedido: 36 - CPF legível de quem assina a região pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a região pedido:

38 - 39 - Nome: CPF: Assinatura do testemunha: 39 - 28 - Nome: CPF: Assinatura do testemunha:

40 - Local e Data: 41 - Assinatura do representante Legal (se houver): 42 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FP5.001.0002/2019

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:	14/10/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELENO ELIAS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000056127-8

Nr. da Autenticação 7362C01FA8948157



COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITTY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: _____
Data: 07/05/2020
Hora: 19:46:53
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: HELENO ELIAS PEREIRA
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 578.844.634-15
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1183593 Fone: 986539231
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 17/06/1968 Id: 51 ano(s)
End.: RUA JORNAL NORTE, 706
Bairro: MARCOS MOURA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB
Mae: LUZIA NUNES DE LIMA Pai: JOSE ELIAS PEREIRA
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)
Ocupação: SEM PROFISSAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: HELENO ELIAS PEREIRA
Telem. Responsavel: 986539231 / IDENTIDADE: 1183593
Precedencia: RUA

Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS
Vítima de acidente por: NAO
Vítima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: C2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Causa Principal

Observacao

VITIMA DE QUEDA DE MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente trazido pelo Bolson, com queixa de queda de moto, sem lesões aparentes, referiu trauma e dor no tornozelo e pé direito. Exame físico: sem lesões aparentes, referiu trauma e dor no tornozelo e pé direito. Exame físico: sem lesões aparentes, referiu trauma e dor no tornozelo e pé direito.

Diagnostico

Trauma Tornozelo e Pé direito

Prescrição

Conduta

Horario da medicação

Kerginaldo Gondim
Cirurgião Geral
CRM-PB 11146

24.

three

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM					
Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução	
	Injeção				
	(C)				
	Cin / Tabem				

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão:

PROCEDIMENTO REALIZADO

ioribin Gomes Pereira
ORTOPEDIA - CIRURGIÃO DE JOELHO
CRM PB 6350 TEST 12163

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência () U.II
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O. ()

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: _____ Data da Admissão: 08/05/20
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ____ Kg em ____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Ictericia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Infecção*

Condução: *Leve*

Leve

Com

Toribio Gomes Pereira
ENFERMEIRO - CRESSA DO RJ 021110
CRM-PB 6330 TEST 12/13





Nome: HELENO ELIAS PEREIRA			Registro:	
Idade: 58	Sexo: M	Cor:	EMP:	LR:
Data: 13/05/2020		Clínica: Traumatologia		
1º Assistente: KLENO R2		Cirurgião: DR TORIBIO		
Anestesista:		2º Assistente:		
		Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
Fratura do Maléolo Medial do Tornozelo esquerdo				S82.5
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
O mesmo				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
Osteossíntese do Tornozelo				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não				
Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:				
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () CRM				
Cirurgião: Dr. Klelio F. de Nóbrega				
Especialidade: Ortopedia e Traumatologia				

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Realizado garroteamento de membro inferior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região medial do tornozelo
Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do maléolo medial

Conduta:

Realizada manobra de redução
Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem
Aposição de 2 parafusos esponjosos 45mm com auxílio do intensificador de imagem

Realizado RX controle
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo
Tala bota gessada

OBS:

Dr. Klênio F. da Nóbrega
CRM 11.094 PB
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM

Data: 13/05/2020

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA					
NOME: HELENO ELIAS PEREIRA					
IDADE: 55a	SEXO: MAS	COH	ELÉRICA	PROFISSIONAL N°	
DATA DE ADMISSÃO: 07/05/2020		DATA DE ALTA: 13/05/2020		Ortopedia	LEITO: 140
DIAGNÓSTICO INICIAL			TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			CID		
OUTROS DIAGNÓSTICOS			582.5		
PRINCIPAIS EXAMES					
Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo Medial					
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA					
(X) MELHORADO	() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()	
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO <small>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPEUTICA, COMPAÇÃO</small>					
Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial esquerdo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com aposição de 2 parafusos esponjosos 45mm. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: ciprofloxacino + profenid					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR TORIBIO					
13/05/2020			Dr. Klênio F. da Nogueira CRM 11.094 PB Ortopedia e Traumatologia		
DATA			ASS. MÉDICO / C.R.M		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO					
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03084.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03084.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:05 horas do dia 02 de setembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Heleno Elias Pereira**, CPF nº 578.844.634-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Luzia Nunes de Lima e Jose Elias Pereira, natural de Princesa Isabel/PB, nascido(a) em 17/06/1968 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornal Norte, Nº 706, bairro Marcos Moura, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB.

Dados do(s) Fatos:

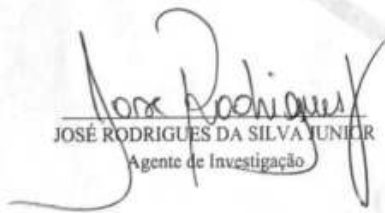
Local: Sítio Mumbaba, Zona Rural, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/05/20 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 07/05/2020, POR VOLTA DAS 18:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFN-3074/PB, CHASSI 9C2KD1000HR012857, REGISTRADA EM NOME DE EDMILSON ELIAS PEREIRA, NO SÍTIO MUMBABA, ZONA RURAL, SANTA RITA/PB, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DA MOTOCICLETA DERRAPOU NA AREIA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MESMA E CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. KLÊNIO F. DA NOBREGA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 02 de setembro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


HELENO ELIAS PEREIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 03084.01.2020.1.00.401



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200346145 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELENO ELIAS PEREIRA **Data do acidente:** 07/05/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.(P-5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE,REDUÇÃO,PARAFUSO).P-5-6-7
E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0272961/20

Vítima: HELENO ELIAS PEREIRA

CPF: 578.844.634-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HELENO ELIAS PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HELENO ELIAS PEREIRA : 578.844.634-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/09/2020
Nome: HELENO ELIAS PEREIRA
CPF: 578.844.634-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

HELENO ELIAS PEREIRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

