



Número: **0849505-46.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **20/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.075,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FERNANDO MARIANO DA SILVA (AUTOR)		NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38535510	19/01/2021 20:59	<a href="#">2777266_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235396

Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO MARIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

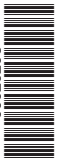
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15910834

Pag. 00409/00410 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020205





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235396

Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FERNANDO MARIANO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01227/01228 - carta\_02 - INVALIDEZ

00030614



Carta nº 1592586



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:59:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920592868500000036745177>

Número do documento: 21011920592868500000036745177



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200235396**

**Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA**

**Data do Acidente: 20/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), FERNANDO MARIANO DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 01721/01722 - carta\_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Novembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200235396**

**Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA**

**Data do Acidente: 20/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FERNANDO MARIANO DA SILVA**

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\$ 3.375,00

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\$ 3.375,00

**Recebedor: FERNANDO MARIANO DA SILVA**

**Valor: R\$ 3.375,00**

**Banco: 237**

**Agência: 000002159-8**

**Conta: 000000011240-2**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00771/00772 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020386



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200235396  
Nome do(a) Examinado(a): FERNANDO MARIANO DA SILVA  
Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOSE FERNANDES MEDEIROS, SN,CENTRO  
SAPE Paraíba - CEP: 58340-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSDS / Paraíba ] 1112201  
Data local do acidente: [ 20/12/2019 ]  
Data local do exame: [ 20/07/2020 ] JOAO PESSOA - Paraíba

## Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**Fratura exposta da perna direita( pilão tibial direito). Fratura fechada da perna esquerda.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos na perna direita e fixador externo na perna esquerda que já foi retirado.**  
**Complicações: Não houve complicações neste caso.**  
**Data da Alta: 05/06/2020**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**Ao exame físico apresenta cicatrizes cirúrgicas em ambas as pernas e tornozelo direito, edema residual, rigidez articular e deficit de força motora de ambos os tornozelos.**
- 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 rigidez articular dos tornozelos direito e esquerdo, dificuldade para deambular, deficit de força motora de ambos os tornozelos.**  
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 (\*)
- |   |                              |
|---|------------------------------|
| ( ) "Vítima em tratamento"  | ( ) "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i>  |                              |
| <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |                              |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (\*)
- |   |  |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>Tornozelo - Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><b>Tornozelo - Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                 | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                  |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.  
**PERICIANDO APRESENTA DEFICIT EM AMBOS OS TORNOZELOS**

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

  
João Bartolomeu Pinto Rabelo



CPF - 45681465420  
CRM - Paraíba - 4518





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 759.956.204-44 4 - Nome completo da vítima: Fernando Mariano de Silva

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

5 - Nome completo: Fernando Mariano de Silva 6 - CPF: 759.956.204-44

7 - Profissão: aposentado 8 - Endereço: R. José Guimarães Medeiros 9 - Número: 511 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 05334-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (11) 99921-9283

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco

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

AGÊNCIA: 0159 08 CONTA: 0011240 02

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido: 75345757453

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido: 75345757453

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido: 38 - 1ª Nome: Elielton Barbosa da Silva

CPE: 016.817.574.88 39 - 2ª Nome: Maria Aparecida da Silva

CPE: 759.956.204-44 40 - Local e Data: São Paulo, 16/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019





SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00374.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00374.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:11 horas do dia 10 de janeiro 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 Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Fernando Mariano da Silva**, CPF nº 759.956.204-44, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Irene Maria da Conceição e Mariano Felix da Silva, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 23/01/1944 (76 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose Fernandes Medeiros, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Sapé/PB, telefone(s) para contato (83) 99962-8966.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Napoleão Laureano, Xx, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/12/19 12:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 20/12/2019, POR VOLTA DAS 12:10, ESTAVA CAMINHANDO A RUA NAPOLEÃO LAUREANO, CENTRO, SAPÉ/PB, QUANDO FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO DE PLACA MNQ-6260/PE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA E FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

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 fê.

João Pessoa/PB, 28 de janeiro de 2020.

  
GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA  
Agente de Investigação

  
FERNANDO MARIANO DA SILVA  
Notificante

Procedimento Policial: 00374.01.2020.1.00.401

1/1





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 759.956.204-44 4 - Nome completo da vítima: Fernando Mariano de Silva

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

5 - Nome completo: Fernando Mariano de Silva 6 - CPF: 759.956.204-44

7 - Profissão: aposentado 8 - Endereço: R. José Guimarães Medeiros 9 - Número: 511 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 05334-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (11) 99921-9283

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0159 08 CONTA: 0011240 02

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido: 75345757453

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido: 759.956.204-44

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido: 38 - 1ª Nome: Elielone Barbosa da Silva

39 - 2ª Nome: Maria Aparecida da Silva

40 - Local e Data: São Paulo, 16/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

45 - Assinatura do Procurador (se houver):

46 - Assinatura do Procurador (se houver):

47 - Assinatura do Procurador (se houver):

48 - Assinatura do Procurador (se houver):

49 - Assinatura do Procurador (se houver):

50 - Assinatura do Procurador (se houver):

51 - Assinatura do Procurador (se houver):

52 - Assinatura do Procurador (se houver):



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO MARIANO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02159-8

CONTA: 000000011240-2

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2307202005000000000023702159000000011240337500 PAGO



SIMONE MENDES ALVES DA SILVA  
RUA JOSE FERNANDES MEDEIROS, S/N - CENTRO  
SAPE/PA CEP: 68340000 (AG: 51)

Ligacao: MONOFÁSICO

Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA

Roteiro: 17 - 51 - 170 - 1940

Medidor: 00008168473

Referencia: Jul/2019  
Emissao: 26/07/2019

ENERGISA PAR  
Br230, Km25 - Cristo Rei  
CNPJ09

Nota Fiscal

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Conta referente a

JUL/2019

Apresentação

26/07/2019

Data prevista  
próxima leitura

27/08/2019

UC (Unidade Consumidora):



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 DE SAPE



PREFEITURA  
MUNICIPAL DE SAPE  
O futuro se faz agora

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 20/12/19	ID da Ocorrência 2645921	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA	Nº / Equipe 63	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 12:30 Hs	Hora de Chegada no Local 12:35 Hs
Paciente / Usuário Fernando Henrique de Sousa		Idade 75		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem		Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> Sape <input type="checkbox"/> Mari <input type="checkbox"/> Sobrado <input type="checkbox"/> Riachão <input type="checkbox"/> Outro:		Bairro Sapê		Médico Regulador Walter		
Logradouro R. ...						
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> SMTRANS <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
OTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evolu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						

Documento de identificação do paciente:

RG: 702.301808-455110 ; CPF: ; CNS:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

☒ TRAUMA

Motivo: Atropelamento

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico
<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Desabamento / soterramento	<input type="checkbox"/> Caso clínico
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/ afogamento
<input type="checkbox"/> F.A. B	<input type="checkbox"/> Queda _____ metros
<input type="checkbox"/> F.A.F (P.A.F)	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> Gineco - obstétrico	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Lesões térmicas	

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Resposta verbal	Resposta motora	Resposta ocular
Resposta verbal	Resposta motora	Resposta ocular

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença renal
<input type="checkbox"/> AVE	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infecto - contagiosa	<input type="checkbox"/> Outros

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico Hospital ...

Responsável: Antonio Vieira de Moura  
Cirurgião Geral  
CRM-PS 4371

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de maior complexidade ☐ transferência simples ☐ outro:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: Responsável: Função:

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

...  
☐ agitação ☐ alergia ☐ Ausência de pulso (central) ☐ Cianose ☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dificuldade respiratória ☐ dor local  
☐ febre ☐ Inconsciente/ desmaio ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ outros:

1. DADOS VITAIS:

PA. Sistólica 90 PA diastólica 60 Pulso 94 FC 94 FR 24 TEMP: \*C Glicemia SPO2 99 Glasgow

2. VIA AÉREA

☒ Livre ☐ obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs:

VENTILAÇÃO

☒ Espontânea ☐ Parada respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular

EXPANSIBILIDADE

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

ACHADOS

☐ Crepitação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Hálito etílico ☐ Outro:

3- CIRCULAÇÃO

☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros:

EDEMA





COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 21/12/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 05:13:12

58056-JB4 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALNTI

FAX: ( ) - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Num. Prontuario: 2019.12.002307

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 759.956.204-44

CNS: 702101808755170 Sexo: M IDENTIDADE: 1112201-2 Fone: 991636433

Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 23/01/1944 Id: 75 ano(s)

End: RUA URBANO GUEDES, 673

Bairro: CENTRO Cidade: SAPE UF: PB

Mae: IRENE MARIA DA CONCEICAO

Pai: MARIANO FELIX DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: APOSENTADO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 991636433 / IDENTIDADE: 1112201-2

End: HOSPITAL DE SAPE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

HEETSHL

Exa Principal

Exa DOS OSSOS DA PERNA D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Fx exposto dos ombros direito há 42 h.

Diagnostico

Conduta

fx exp dos ombros direito

Prescrição

Horario da medicacao

CD: solicitado Bloco. Emergencia.

6h. (não dispono de

6h. (não dispono de

1 hora de espera).

CRM 890



*[Signature]*  
Dra. Janael Ferrnandez Florin  
Omnipedia de Otorrinolaringología  
CRM 8907

Dr. Pedro Thiago  
TECH: 16255  
CNPQ: 301402

[illegible]

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

( ) Residência ( ) Transferido ( ) Desistência ( ) U.T.I  
( ) Alta a Pedido ( ) Enfermaria Óbito: ( ) Atestado ( ) S.V.O ( ) I.M.L

N. Eduardo Barreira da Silva.  
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edmarso Manoel da Silva Data da Admissão: 21/12/19  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1  
QPD: \_\_\_\_\_  
HDA: Resumo da história clínica do paciente  
Resumo da história  
Medicações em uso: \_\_\_\_\_  
Interrogatório Sintomatológico:  
**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
**Pele:** \_\_\_\_\_  
**Cabeça e Pescoco:** ☐ 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-reposouso ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos  
**SN e PSO:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

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





**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] 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: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Fernando</u>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:
Data: <u>13/01/20</u>		Cirurgião: <u>2</u>	1º Assistente: <u>2</u>
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:
Anestesista: <u>Dr. Cássio</u>	Tipo Anestesia: <u>2</u>		Horário: I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<u>- T-2</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<u>- Laparoscopia + Sutura Transversal</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico			

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pac o DDM sob oclusão</li> <li>- De GONALGA, ASSORIA D-ANT</li> <li>- Assortio 2 canos</li> </ul>
Incisão:	- Incisão na via lateral 20-25
Achados:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fratura comminada com impação no fêmur distal</li> <li>- Fratura da tíbia distal</li> <li>- Fratura distal da tíbia com impação no fêmur</li> <li>- Fratura da tíbia</li> </ul>
Conduta:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Drenagem do hematoma do fêmur distal e da tíbia</li> <li>- Fixação com placa e parafusos</li> <li>- Oclusão da fratura da tíbia com placa e parafusos</li> <li>- Fratura da tíbia</li> </ul>
Fechamento:	- Sutura da pele com fio 3/0
OBS:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anestesia com bloqueio da perna e da coxa</li> <li>- Paco com oclusão distal do MTD</li> </ul>

Data: 13/01/2020

Dr. Thales Farias  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 8799 - PE 21393  
TEOT 15803  
MÉDICO/CRM

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





### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Fernando Manoel do Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>08/02/20</u>	Cirurgião: <u>Dr. Temístocles</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Rx. exposta de pulso tibial</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>1 unido</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Pro. nêungio de</u> <u>Rx. exposta de pulso tibial</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (x) Não				Descreva:  <u>Temístocles de A. R. Filho</u> ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PB: 7046 / TEOT: 15747 / RQE: 5245	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (x) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	<p>Pt em DPT sob anestesia</p> <p>Antesepara + entorpe</p> <p>Apunção de corpos estranhos</p>
<b>Incisão:</b>	<p>Longitudinal em região antero-medial</p> <p>de punho D + longitudinal</p> <p>em região lateral de punho D</p>
<b>Achados:</b>	<p>Pt. com ferida em região lateral de</p> <p>punho D, com exudação purulenta.</p>
<b>Conduta:</b>	<p>Reduzido o edema do punho</p> <p>Redução da pressão de tibia</p> <p>Apunção de placa bloqueada +</p> <p>parafusos / fixação</p> <p>com soro, g.</p>
<b>Fechamento:</b>	<p>Sutura</p> <p>Curativo</p>
<b>OBS:</b>	

Data: 08/06/20

Temístocles de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB: 7614 / RQE: 5245

MÉDICO/CRM

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





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGRE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031000  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>FERNANDO MARIANO DA SILVA</b>	BAE <b>1211805</b>	Data/Hora Entrada <b>20/12/2019 13:46:21</b>	Data Baixa <b>2019-12-20 17:50:46.0</b>
Data de nascimento <b>23/01/1944</b>	Idade <b>75a 10m 27d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702101808755170</b>
Mãe <b>IRENE MARIA DA CONCEICAO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 991636433</b>
Endereço <b>URBANO GUEDES, 673</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>SAPE</b>	Prontuário
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JANSEN HENRIQUES CEZARINO</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/12/2019 13:55:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>20/12/2019 17:50:46</b>	Nº Cons. Regional <b>11385/PB</b>

### SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica :	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal:	Saturação (spO2):	Hemoglicoteste (HGT):	Cor da Pele: <b>NORMAL</b>
Peso:	Altura (m): <b>0</b>		

### ANAMNESE

#ORTOPEDIA paciente vítima de atropelamento consciente orientado , referindo ferimento cortante na cabeça e dor na perna direito e esquerda. AO EXAME: EGR, ADM LIMITADO, NEUROVASCULAR OK RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBILA DIREITA + FRATURA DE MALEOLO LATERAL EM PERNA ESQUERDA LIBERADO PELA NEUROCIRURGIA CD: CEFAZOLINA 2 G + SAT + ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

### CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

### Alta

Usuário  
**JANSEN  
HENRIQUES  
CEZARINO**

Data e Hora  
**20/12/2019 17:50:46**

Motivo de  
Alta  
**ALTA  
MEDICA**

Observações:  
#ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO CONSCIENTE ORIENTADO , REFERINDO FERIMENTO CORTANTE NA CABEÇA E DOR NA PERNA DIREITO E ESQUERDA. AO EXAME: EGR, ADM LIMITADO, NEUROVASCULAR OK RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBILA DIREITA + FRATURA DE MALEOLO LATERAL EM PERNA ESQUERDA LIBERADO PELA NEUROCIRURGIA CD: CEFAZOLINA 2 G + SAT + ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

Motivo de Alta  
Dr. Jansen  
CRM: 11385

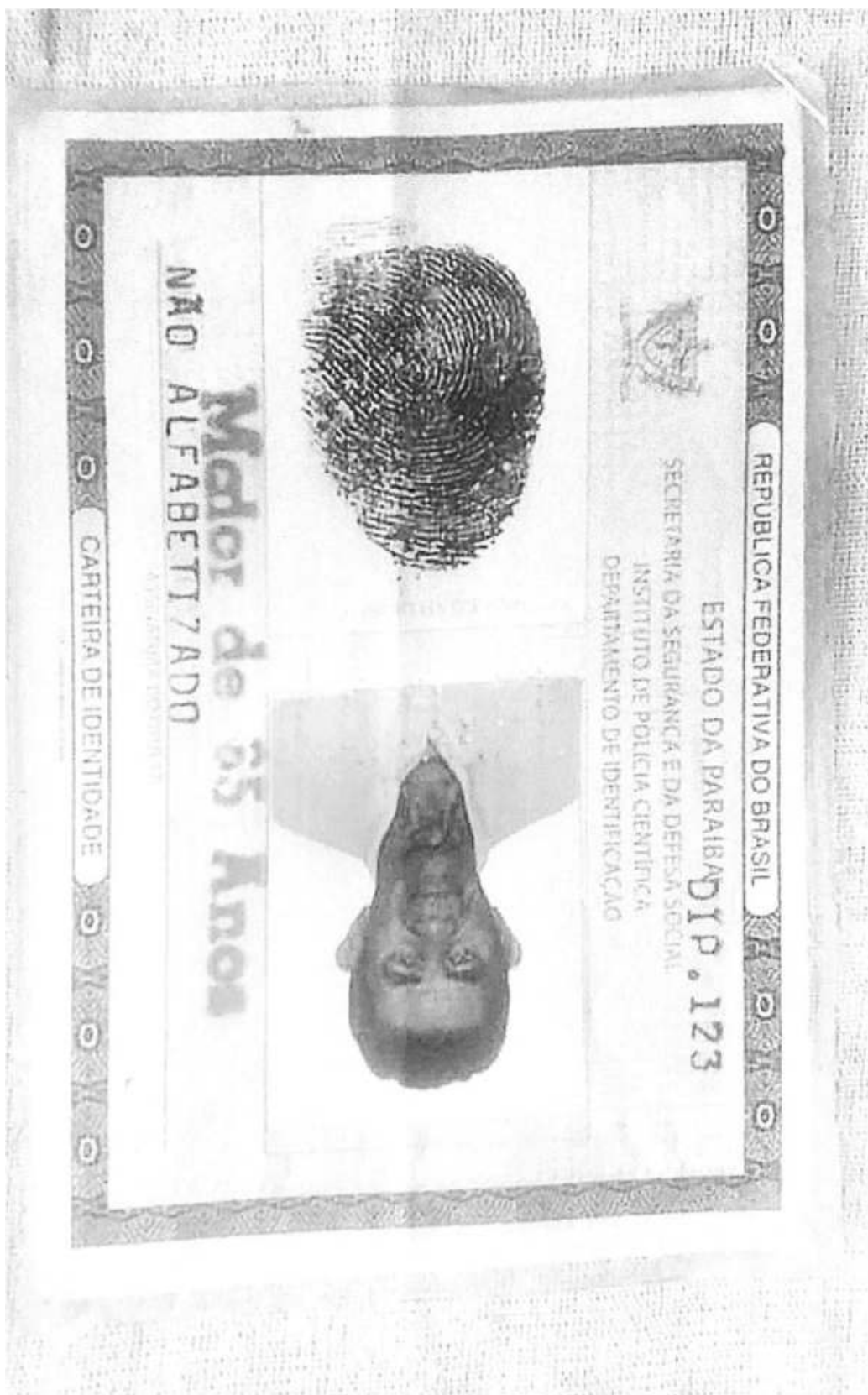
Enfermeiro

**JANSEN HENRIQUES CEZARINO**  
(CRM: 11385/PB)

Boletim registrado por: FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS em 20/12/2019 13:47:38







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

NOME

1.112.201 - 2 VIA

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

06/11/2009

FILIAÇÃO

MARIANO FELIX DA SILVA  
IRENE MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SAPE-PB

23/01/1944

DOC ORIGEM

CASAM N.6199 FLS.97 LIV.B29

CPF

CARTORIO SAPE-PB

759.956.204-44

João Pereira PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200235396 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FERNANDO MARIANO DA SILVA **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta da perna direita( pilão tibial direito).  
Fratura fechada da perna esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico apresenta cicatrizes cirúrgicas em ambas as pernas e tornozelo direito, edema residual, rigidez articular e deficit de força motora de ambos os tornozelos.

**Resultados terapêuticos:** houve consolidação das fraturas porém, resultou em edema residual nos tornozelos, periciando idoso, ainda com dificuldade para andar, em uso de cadeira de rodas, com rigidez articular em ambos os tornozelos e deficit de força motora de ambos os tornozelos.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIA DO(A) TORNOZELO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIA DO(A) TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/07/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### 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 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



*1020*

VALID

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL  
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



0203

Polegar Direito



*Suelio Moreira da Silva*

Assinado por SUELIO

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

*Filho*



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

33.390.006-6

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

NOME

CEZARIO MARIANO DA SILVA

FILIAÇÃO

FERNANDO MARIANO DA SILVA

MARIA TERÊZA DOS SANTOS SILVA

NATURALIDADE

SAPÉ/PB

DOC ORIGEM

C. NASC LIV 3A

FLS 112V TERM 19

SAPÉ

PB

CPF

753.457.574-53

001

1 Via

VENHA PRESTAR O PAGAMENTO DO DÍVIDA  
DO ICM/ICM

LEI Nº 7 116 DE 29/08/83





*À rogo*

VALID

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL  
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



0203

Polegar Direito



*Lejiano e. carvalho da Silva*  
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

*Filho*





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 33.390.006-6

DATA DE  
EXPEDIÇÃO 13/10/2017

NOME  
CEZARIO MARIANO DA SILVA

FILIAÇÃO  
FERNANDO MARIANO DA SILVA

MARIA TERÉZA DOS SANTOS SILVA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SAPÉ/PB

18/12/1969

DOC. ORIGIN

C. NASC LIV 3A

FLS 112V TERM 1900

SAPÉ

PB

CPF

753.457.574-53

001

1 Via

VENCIU PERCECÃO PLENA  
PRESIDENTE DO TRIBUNAL  
DO JUIZADO

PIS 18087453293

0203

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.682.782 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2011

NOME EDILANE BARBOSA DA SILVA

FILIAÇÃO FERNANDO MARIANO DA SILVA  
EDIJANE BARBOSA DA SILVA

NATURALIDADE SAPE-PB DATA DE NASCIMENTO 02/06/1992

ODC ORIGEM NASC.N.30622 FLS.220 LIV.A-34  
CARTORIO SAPE-PB

CPF 016.317.574-82

Assinatura do Diretor Israel Aureliano de Silva

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-236

Edilane Barbosa da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184174/20

**Vítima:** FERNANDO MARIANO DA SILVA

**CPF:** 759.956.204-44

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FERNANDO MARIANO DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**FERNANDO MARIANO DA SILVA : 759.956.204-44**

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](http://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: 02/07/2020  
Nome: FERNANDO MARIANO DA SILVA  
CPF: 759.956.204-44

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

FERNANDO MARIANO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

