



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
38535 510	19/01/2021 20:59	2777266_CONTESTACAO_Anexo_02



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, 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, 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 15910834



230 00409/000410 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:59:29
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101192059286850000036745177>
Número de documento: 2101192059286850000036745177

Núm. 38535510 - Pág. 1



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, 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 15922986



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

Num. 38535510 - Pág. 2



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, 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.

Pag. 01721/01722 - carta_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Num. 38535510 - Pág. 3



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, 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 inden

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%
Painel 10 - 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, retorno 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-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:59:29
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101192059286850000036745177>
Número do documento: 2101192059286850000036745177

Núm. 38535510 - Pág. 4

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: 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo - Direito

Tornozelo - Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

(X) 50% médio 75% intensa 100% completo

(X) 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

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 TORMOZELOS

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



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

Num. 38535510 - Pág. 5

CPF - 45681465420
CRM - Parafba - 4518



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

Num. 38535510 - Pág. 6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER Seguradora Administradora de Seguro Social

DADOS CADASTRAIS

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

2 - Nif do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 759.956.204-44 4 - Nome completo da vítima: Fernando Mariano de Sá

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

7 - Profissão: capataço 8 - Endereço: R. José Fernando Medeiros 9 - Número: S/N 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Sópé 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.340-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos shato. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Bradesco
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: CONTA: AGENCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 os fins de requerimento 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 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 cuntas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 **29 - SE TINHA FILHOS, INFORMAR VIVOS:** **30 - VÍTIMA DEIXOU NASCEROS:** Sim **31 - VÍTIMA TEVE IRMÃOS:** Sim **32 - SE TINHA IRMÃOS, INFORMAR VIVOS:** **33 - VÍTIMA DEIXOU PAIS/AVÔS 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.

34 - TESTEMUNHA

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1^ª TESTEMUNHA
Nome: Edilene Barbosa da Silva
CPF: 016.317.574-82
Assinatura da testemunha

39 - 2^ª TESTEMUNHA
Nome: X 759.954.926-90
CPF: 759.954.926-90
Assinatura da testemunha

40 - LOCAL E DATA: Sópé - PB, 16/03/2020

41 - ASSINATURA DA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO (DECLARANTE)

42 - ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL (SE HOUVER)

FPS.001 V002/2019

43 - ASSINATURA DO PROCURADOR (SE HOUVER)





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Centro 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: A(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 SEGUITA 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 fé.

João Pessoa/PB, 28 de janeiro de 2020.

GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação

FERNANDO MARIANO DA SILVA
Notificador

Procedimento Policial: 00374.01.2020.1.00.401

1/1



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

Num. 38535510 - Pág. 8

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER
Seguradora Administradora de Seguro Social

DADOS CADASTRAIS

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

2 - Nif do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 759.956.204-44 4 - Nome completo da vítima: Fernando Mariano de Sá

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

7 - Profissão: capoeirado 8 - Endereço: R. José Fernando Medeiros 9 - Número: S/N 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Sópé 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.340-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 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 shato. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0159 CONTA: 0011240

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 os fins de requerimento 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 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 cuntas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

23 - 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 (falsos)? Sim Não 31 - Vítima teve imóveis? Sim Não 32 - Se tinha imóveis, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: Edilene Barbosa da Silva
CPF: 016.317.574-82
X Edilene Barbosa da Silva
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: X 759.956.204-90
CPF: 759.956.204-90
X Maria Aparecida da Silva
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Sópé - PB, 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



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

BRADESCO23072020050000000002370215900000011240337500 PAGO



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

Num. 38535510 - Pág. 10

SIMONE MENDES ALVES DA SILVA
RUA JOSE FERNANDES MEDEROS, S/N - CENTRO
SAPEIREPE CEP 58340000 (AC 51)

ENERGISA PAR
Br230, Km 25 - Cristo Rei
CNPJ 08

Ligacao: MONOFÁSICO
Ois/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 17 - 51 - 170 - 1940
Emissao: 26/07/2019
Medidor: 00008168473

Nota Fiscal

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista para próxima leitura
JUL / 2019	26/07/2019	27/08/2019

Unidade Consumidor:





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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 20/12/19	ID da Ocorrência: 2645923	<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: 12:10 Hs	Hora de Chegada no Local: 12:15 Hs
Paciente / Usuário: Fernandes Mariana de Souza						Idade: 45	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Local da Ocorrência: Sapé	<input checked="" type="checkbox"/> Mari	<input type="checkbox"/> Sobrado	<input type="checkbox"/> Riachão	<input type="checkbox"/> Outro:			Telefone:
Logradouro: Rua Pedro Iacuraci					Bairro: Centro		Médico Regulador: Wellington
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de Três							
Após 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:							
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evacuou-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:							

Documento de identificação do paciente:

RG: 102 1018 CR 455 110; CPF: ; CNS: ;

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO PSQUIÁTRICO GINECO-OBSTÉTRICO
 TRAUMA

Motivo: Atropelamento

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura ocular	Experiências A dor responde	V
Resposta verbal	Comunicação Falações inadequadas Incoerentes	V
Resposta motora	Locomoção automática Locomoção delirante Palidez anormal Sintomas crônicos Recuperação	V
		V

TIPO DE AGRADO

<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 checked="" 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	

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 de Emergência

Responsável: Antonio Vieira de Moura

Cirurgião Geral
CRM-PB 4371

MOTIVO DO TRANSPORTE

Apoio Diagnóstico Serviço de maior complexidade transferência simples outro: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: _____ Responsável: _____ Função: _____

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

Doente com lesões presentes e futura expectativa em 3 meses.

agitação alergia Ausência de pulso (central) Cianose Convulso Diarreia Dificuldade respiratória dor local

febre Inconsciente/ desmaio Palidez Sangramento Vômito outros: _____

1. DADOS VITAIS:

PA: Sistólica 140 PA diastólica 90 Pulso: 94 FR: 24 TEMP: 36°C Glicemia: SPO₂ 99 Glasgow: _____

2. VIA AÉREA

Livre obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Bronco aspiração Edema de gote Obs: _____

VENTILAÇÃO

Espontânea Parada respiratória Assistida Ritmo irregular

EXPANSIBILIDADE

Normal Superficial Regular Irregular

ACHADOS

Crepitação Enfisema subcutâneo Expectorado Hemoptise Iáculo estofado Outro: _____

3 - CIRCULAÇÃO

Cianose Fria Úmida Normal Palidez Quente Seca Outros: _____

EDEMA

*Assinatura: Suelio Moreira Torres
Data: 20/12/2019
CRM-PB 4371*

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Data: 21/12/2019
Hora: 05:13:12
Recepção: GILMAR DE SOUTO CAVALNTI
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: FERNANDO MARIANO DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO Num. Frontuario: 2019.12.002307
CNP: 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
Especialidade: HOSPITAL DE SAPE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem [] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
[] Vomito		
Observacao		

Doença Principal

OS OSSOS DA Perna D

HEETSHL

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

fx exp de osso perna h 42 h.

Diagnóstico

| Conduta

ld exp dos ossos perna

6.000 h

Prescrição

| Horário da medicacão

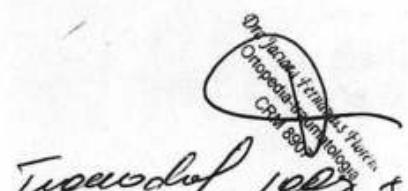
cd: solicto bls e enx. 6 h. (não disponivel de dx) oto. gelenos; spudos! (hors no reaviso).

*dia 10/12/2019
Media-Traumato-Ortopedia
CRM 890
SANTOS*



1) bed solep 29 mm; w
2) diporeus keep 300; 60.0625

11) Two sets of reef rods & reef posts or ~~15:15~~



ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

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

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

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

X Edição Barroca da sib.

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Eduardo Alvaro Aragão	Data da Admissão:	21/01/19
Prontuário:		Idade:	
Nome da Mãe:		Enfermaria:	
Endereço:		Bairro:	
Cidade:		Estado:	
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:			Data de Nascimento
QPD:			
HDA:	<p>Trabalho com fármacos e peças de ferro e plástico Fumar de charutos</p>		
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 PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____			
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos			
SN e PSQ: []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 []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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: _____

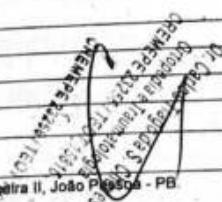
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *taq epatik h feuzel + fach n puer*Conduta: *ao blus ampu*

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Torres Lemos</u>				Registro:	
Idade: <u>13/01/19</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>P</u>	Clinica: <u></u>	EMP: <u></u>	LR: <u></u>
Date: <u>13/01/18</u>	Cirurgião: <u>Dr. Lemos</u>			1º Assistente: <u></u>	Instrumentador: <u></u>
2º Assistente: <u></u>	3º Assistente: <u></u>			Horário: I: <u></u> T: <u></u>	
Anestesista: <u>Dr. Lemos</u>	Tipo Anestesia: <u>LAC</u>			CID	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <u>- Dr = D - z - 0</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <u>- Dr = D - f Socia Intensiva</u>				CÓDIGO	
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim	2 () Não	Descriva:		
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:

- Paco o DOR SOS órbita esquerda
- De goma nega, assentada D-A
- Acessório à Cadeira

Incisão:

- Incisão da unha lateral ao 5-2 e 5

Achados:

- Fratura contínua com luxação avançada
- Ponto de fratura óssea
- Fracasso ósseo direito frágil fratura traseira de face com goma

Conduta:

- TPAW 2000 70-70 da nefrose para 20-20
- Ponto avulso frágil que não é possivel
- Fracasso = ósso seco
- OPções para sobremaneira é 1) fixar com fios frágeis ósseos

Fechamento:

- Sutura com pontos com agulha 3/0

OBS:

- Ausculta contínua com estetoscópio e NC ou aus
- Paco amarrado para órbita direita ao MFD

Data: 13/01/2020

Dr. Thales Farias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8799 - PE 21390
TELE 15803

MÉDICO/CRM





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Fernando Manoel do Silva</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>08/02/20</i>	Cirurgião: <i>Dr. Túmulo Lira</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Px. exponha os pilões tibial (R)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>I nemo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Pro. nínguno ou Ex. exponha os pilões tibial (R)</i>					
					<i>Temistógenes de A. R. Filho</i> ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PB: 7048 / TECI: 15747 / RQE: 5245
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pt em DDH sob anest.

Auxílio + entorse

Aparições de corpos estranhos

Incisão:

longitudinal na região anteromedial
de punha P + longitudoal
na região lateral da punha P

Achados:

Pt com ferida na região lateral da
punha P, com exsudação profusa.

Conduta: Realizado enxamento da ferida
Redução da fratura do fêmur
Apareceu de placa biconvexa +
lado paralelo / fôrmosa
LME com SBOG.

Fechamento: Enxiva
Cicatriz

OBS:

Temistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 7614 - MAT: 15747 / RQE: 5245

MÉDICO/CRM

Data: 08/01/20

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





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



GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUE o trabalho

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

Paciente	FERNANDO MARIANO DA SILVA	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
Data de nascimento	23/01/1944	1211805	20/12/2019 13:46:21	2019-12-20 17:50:46,0
Mãe	IRENE MARIA DA CONCEICAO	Sexo	CNS	Telefone de Contato:
Endereço	URBANO GUEDES, 673	Município	702101608755170	(83) 991636433
Acidente	VEICULO X MOTO	Bairro	SAPE	Prontuário
Data/Hora Classificação	20/12/2019 13:55:52	Motivo	CENTRO	UF
			PROFESSIONAL	PB
			JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Nº Cons. Regional
				11385/PB
			Data/Hora Prescrição:	
			20/12/2019 17:50:46	

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica:	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal:	Saturação (SpO2):	Hemoglicose (HGT):	Cor da Pele: NORMAL
Peso:	Altura (m):		

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

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
ALTA MEDICA

Enfermeiro

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

Dr. Jansen H
Cath.../c
Médico
Endocrinologista

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





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

Num. 38535510 - Pág. 22

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

NOME

FERNANDO MARIANO DA SILVA

FILIAÇÃO

MARIANO FELIX DA SILVA

TRENE MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SAPÉ-PB

DOC ORIGEM

CASAM N. 6199 FLS. 97 LIV. B29

23/01/1944

CARTORIO SAPE-PB

CPF

759.956-204-44

JOÃO PEREIRA PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 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

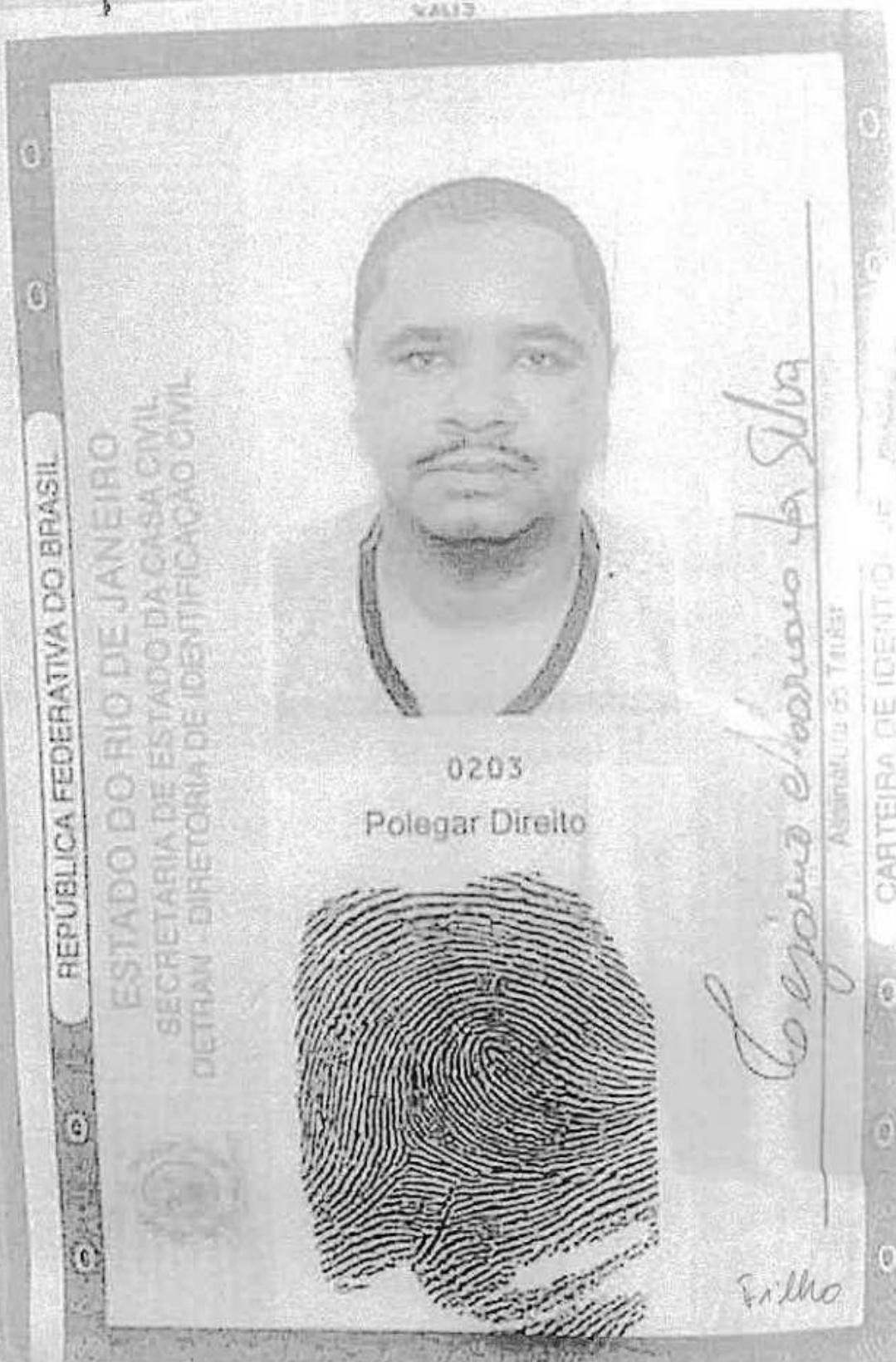
Conduta mantida:

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





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

Num. 38535510 - Pág. 25

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 TERÉZA 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

VENCIMENTO PREFERENCIAL
PERMITIDA 30 DIAS
10 ANOS

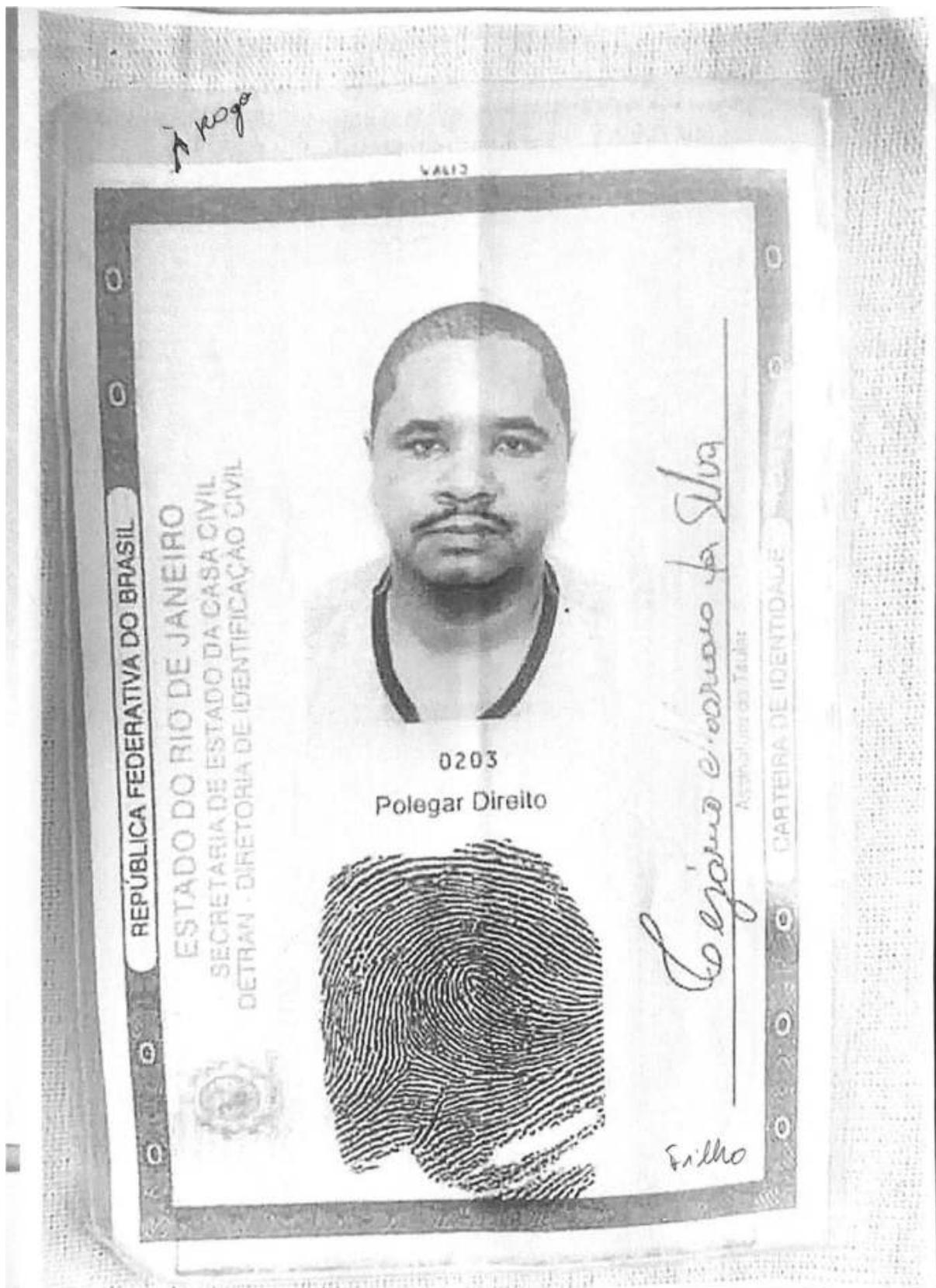
LEI Nº 7 116 DE 29/08/83





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

Num. 38535510 - Pág. 27



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

Num. 38535510 - Pág. 28

O O O VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL O O O

REGISTRO 33.390.006-6 DATA DE EXPEDÇÃO 13/10/2017
GERAL

NOME

CEZARIO MARIANO DA SILVA

FILIAÇÃO

FERNANDO MARIANO DA SILVA

MARIA TERÉZA DOS SANTOS SILVA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO
18/12/1969

SAPÉ / PB

DOC. ORIGEM C. NASC LIV 3A FLS 112V TERM 1900

SAPÉ

PB

CPF 753.457.574-53

PIS 18087453293

001 1 Via

0203

*VALORAS PESQUISAS FONTE
PROVIMENTO DO PESQUISADOR
O BOLSO*

O O O LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 O O O

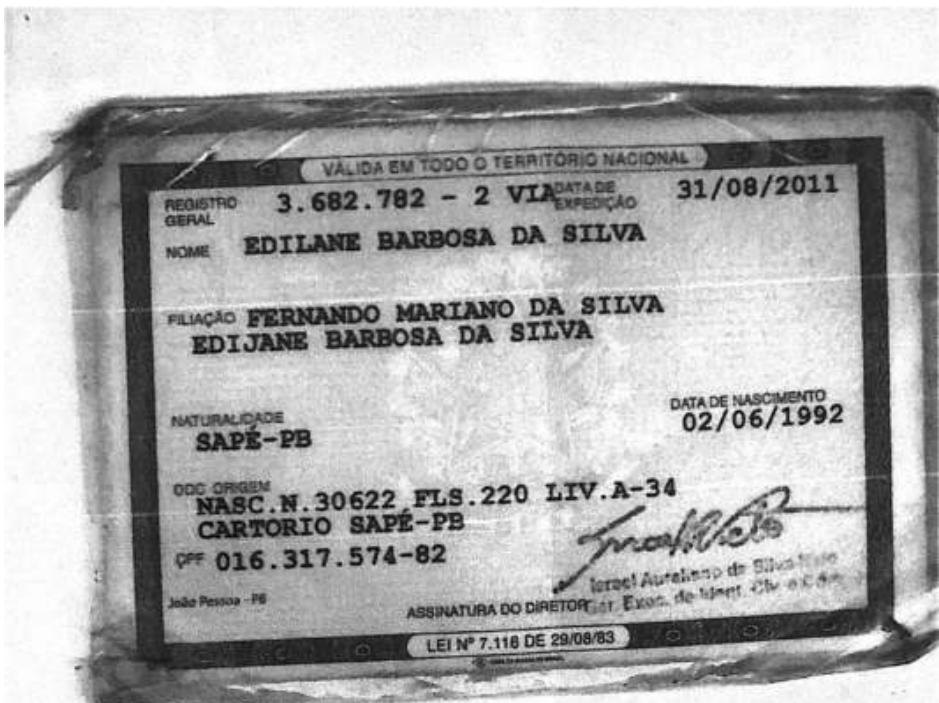


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:59:29

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

Número do documento: 21011920592868500000036745177

Num. 38535510 - Pág. 29



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184174/20

Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA

CPF: 759.956.204-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/12/2019

Titular do CPF: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 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

