



Número: **0851296-16.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/12/2021**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PEDRO MACARIO SOARES (AUTOR)		ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53355 892	18/01/2022 14:53	2851260_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200451931

Vítima: PEDRO MACARIO SOARES

Data do Acidente: 08/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO MACARIO SOARES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: PEDRO MACARIO SOARES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001061-8

Conta: 000008384-4

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.

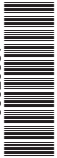
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01173/01174 - carta_15R - INVALIDEZ

00020587



BANCO BRADESCO S.A.

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: 28/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO MACARIO SOARES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000000008384-4

Nr. Autenticação

BRADESCO28122020050000000002370106100000008384168750 PAGO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200451931 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO MACARIO SOARES **Data do acidente:** 08/09/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.11/12 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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: 308.987.304-19 4 - Nome completo da vítima: Pedro mario Soares

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

5 - Nome completo: Pedro mario Soares 6 - CPF: 308.987.304-19
7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Rua Angela 9 - Número: 101 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Das Indústrias 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58083824
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 83 9992-9283

DADOS CADASTRAIS

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)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 resíduo (ou mais)? 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.

PRÓXIMO ASSINADO

34 - Assinatura do segurado ou do beneficiário
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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa 03-12-2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Pedro Mario Soares
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08003.01.2020.1.00.402



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08003.01.2020.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:07 horas do dia 01 de dezembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Pedro Macario Soares**, CPF nº 308.987.304-49, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Josefa Sebastiao da Silva e Manoel Macario Soares, nascido(a) em 16/08/1952 (68 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Angola, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência 101a, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Angola, 101a, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/09/20 09:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

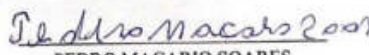
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 08/09/2020, POR VOLTA DAS 09:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA POP DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFM-5904/PB, CHASSI 9C2JB0100HR246343, REGISTRADA EM NOME DE THAISA STEFFANY DE SOUSA LIMA, NA RUA DA ANGOLA, BAIRRO DAS INDUSTRIAS, NESTA CAPITAL, QUANDO UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA COLIDIU NA LATERAL DE SUA MOTOCICLETA; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA E EM SEGUIDA TRNSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EM ANEXO.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 01 de dezembro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


PEDRO MACARIO SOARES
Noticiante

Procedimento Policial: 08003.01.2020.1.00.402





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: 308.987.304-19 4 - Nome completo da vítima: Pedro mario Soares

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

5 - Nome completo: Pedro mario Soares 6 - CPF: 308.987.304-19
7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Rua Angela 9 - Número: 101 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Das Indústrias 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58083824
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 83 9992-9283

DADOS CADASTRAIS

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: RECURSO INFORMAR 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) Itaiú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1061 8 CONTA: 0008384 4

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 resíduo (ou mais)? 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.

PROVA AUTORIZADO

34 - Assinatura do Provedor de Serviços de Atendimento ao Cliente (SAC) da Seguradora Líder: _____
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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa 03-12-2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Pedro mario Soares
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



EMANUEL DA SILVA SOARES
 RUA ANGOLA, 1011/A - DAS INDUSTRIAS
 JOAO PESSOA / PB CEP: 59063624 (AG: 1)



CPF/CNPJ/RANI: 071.102.814-18

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
 Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BAIXA RENDA
 Ligação: MONOFÁSICO
 Roteiro: 15-2-718-1290 Nº Medidor: 00008774394



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1776250-1

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017762501



VALOR DA FATURA
R\$ 64,79



VENCIMENTO
30/09/2020



REFERÊNCIA
Set / 2020



CONSUMO
113kWh

3,77 kWh
 MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CCI	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	DESCRITIVO			ICMS Base Calc			PIS(Cofins)(R\$)	
				Valor Total (R\$)	Base Calc (R\$)	Aliq	(R\$)	Base Calc (R\$)	PIS(0,9338%)	Cofins(4,3010%)	
C601	Consumo até 30kWh-BR	30	0,274910	8,24	8,24	27	2,22	8,24	0,07	0,35	
C601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,471310	32,99	32,99	27	8,91	32,99	0,31	1,42	
C601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	13	0,706960	9,19	9,19	27	2,48	9,19	0,06	0,39	
C610	Subsidio			38,36	38,36	27	10,36	38,36	0,36	1,65	
C307	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			2,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
C308	CONTRIB SERV.ILUM.PÚBLICA			-26,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
C308	Devolução Subsidio										



08/09/2020



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1255931



Identificação do paciente			
ID	Nome	Sexo	
1532975	PEDRO MACARIO SOARES	Masculino	
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
16/08/1952	68 anos 23 dias	SOLTEIRO(A)	
Mãe	Pai		
JOSEFA SEBASTIAO DA SILVA	MANOEL MACARIO SOARES		
Escolaridade	Responsável (Parentesco)		
	ELISABETE DA SILVA SOARES - FILHO(A)		
DDD Celular	Celular	DDD	Telefone
53	988200988		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
RG (IDENTIDADE)	235049		
Local de procedência	Tipo		UF
DISTRITO INDUSTRIAL	BAIRRO		PB
Email	Naturalidade	CBO/R	
	JOAO PESSOA		
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58083629	JOAO PESSOA	PB	LITUÂNIA
Numero	Complemento	Bairro	
27		INDUSTRIAS	
Admissão			
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio	
08/09/2020 09:17:18	100008765368	SUS	
Especialidade	Clínica		
CIRURGIA GERAL			
Classificação de risco	Origem do paciente		
	RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente	
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU	SAMU		
Sinais Vitais			
PA	x	mmHg	Pulso
			Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Líquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Diagnóstico			
Atendido por			
MISAEEL DE JESUS MEDEIROS			
CID			
Tempo			
01seg			

Imprimir

172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1255931

1/1





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



Paraíba
PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente PEDRO MACARIO SOARES	BAE 1255931	Data/Hora Entrada 08/09/2020 09:17:18	Data Baixa
Data de nascimento 16/08/1952	Idade 68a 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988200958
Mãe JOSEFA SEBASTIAO DA SILVA			Prontuário
Endereço LITUÂNIA, 27	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODRIGO SOARES DA COSTA	Nº Cons. Regional 8809/PB
Data/Hora Classificação 08/09/2020 09:17:18		Data/Hora Prescrição 08/09/2020 09:40:47	

ANAMNESE

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM RELATO DE COLISAO MOTO/CARRO, QUEIXANDO-SE DE DOR EM REGIAO LOMBAR+ ABDOMINAL+ TORNOZELO ESQ. NEGA DESMAIO OU VOMITOS. AO EXAME: EGR, CONSCIENTE E ORIENTADO, CORADO, EUPNEICO, GLASGOW 15, FC 70BPM TORAX: EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, SEM DORES OU CREPITAÇÕES ABDOME: FLACIDO E DORES A PALPAÇÃO PROFUNDA PERIUMBILICAL PELVE: NDN EXT. EDEMA+ DOR EM TORNOZELO ESQ CD: CETOPROFENO+ TC DE COL LOMBOSSACRA+RX DE TORNOZELO+ FAST+ RX DE TORAX+ AVALIAÇÃO DA NCRI+ ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE SF)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE
RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ARTICULACAO TIBICA TARSICA ESQUERDO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro


RODRIGO SOARES DA COSTA
(CRM: 8809/PB)

Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 08/09/2020 09:17:19



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONÇALVES, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32163700 - CNES: 2593262

Paciente PEDRO MACARIO SOARES	BAE 1255931	Data/Hora Entrada 08/09/2020 09:17:18	Data Baixa
Data de nascimento 16/08/1952	Idade 68a 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988200988
Mãe JOSEFA SEBASTIAO DA SILVA			Prontuário
Endereço LITUÂNIA, 27	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS FRÉDERICO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cart. Regional 9301/PB
Data/Hora Classificação 08/09/2020 09:17:18		Data/Hora Prescrição 08/09/2020 11:19:35	

ANAMNESE

ORTOPEDIA # DOR EM TORNOZELO ESQ APOS TRAUMA DIRETO # ESCORIAÇÃO EM FACE MEDIAL DE TORNOZELO - EDEMA # RX COM FRATURA DE MALEOLO LATERAL + ABERTURA DE PINÇA # TALA + ENCAMINHAMENTO P/ TRAUMINHA

CUIDADOS

CURATIVO

PROCEDIMENTO

BOTA TALA, (OBSERVAÇÕES: ESQ)

CID10

S82.4 - Fratura do perônio [fibula]

Conduta

Em observação

Enfermeiro


CARLOS FRÉDERICO TORRES SOARES BOULITREAU
(CRM: 9301/PB)

Sistema registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 08/09/2020 09:17:19



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MEDICA

Usuário: FICRISCO
Bolsim: 1255931

Nome	PE德罗 MACARIO SOARES	Data de Nascimento	16/08/1952	Idade	68	Sexo	MASCULINO	Nº	1255931	Nº Prontuário	08/09/2020 09:40:47
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Matricula		Validade da Prescrição	08/09/2020 09:40:00 - 09/09/2020 09:40:00	Permanência na	Semba	Permanência no	
Convênio	SUS	Data da entrada:	08/09/2020 09:17:18	Data da internação:		Permanência na	24h/n	Permanência no			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admín.	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG	Observação: DILUIR EM 100ML DE SF	E.V.		AGORA	

Relimpreso por:
da: Dr. Rodrigo Soares
Médico
CRM: 8809
C.R.C.M.F.P.E. 22015

RODRIGO SOARES DA COSTA
CRM: 8809

Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL EST/ DUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MED CA

Usuário: CARLOS
Boleim 1255931



Nome	16/08/1952	Data de Nascimento	Idade	68	Sexo	MASCULINO	Nº	1255931	Nº Prontuário	Data Prescrição	08/09/2020 11:19:35			
PEDRO MACARIO SOARES														
Motivo do Atendimento	Emergencia / Leito		Matricula		Data da entrada:		Data da Internação:		Validade da Prescrição		08/09/2020 09:17:18	08/09/2020 11:19:00 - 09/09/2020 11:19:00	Permanencia na	Permanencia no
SUS													Zh 24hrs	Serina

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Int.	Pos	Aparazamento	Reimpresso por:	Reimpresso por:
1 CURATIVO	0								dar

CARLOS FREDERICO TORRES SOARES
CRM: 9301

Assinatura e Carimbo do Profissional



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 685727

Nome	PEDRO MACARIO SOARES		CNS	Idade
Data de Nascimento	16/08/1952	Boletim Emergencia	1255931	Prontuario
Material a examinar				

Seção:
SALA DE ESTABILIZAÇÃO

Data Prescrição:
08/09/2020 09:40:47

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE
RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ARTICULACAO TIBIO TARSICA ESQUERDO

fast
08 09 2020
09 55

Dr. Vilomar Belmonte J. Hora
Urologista
CRM-PB 104317 RQE 5588

Reimpresso por: *RODRIGO SOARES*
Médico
CRM-PB 9809
CREMEPE 72015

TOMOGRAFIA
TIPO... <i>lombo</i>
DATA... <i>08/09/2020</i>
HORA... <i>18</i>
NOME DOTEC. RAD.: <i>Belmonte</i>
ASS.: <i>lh</i>

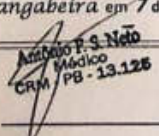
TIPO... <i>lombo</i>
DATA... <i>08/09/2020</i>
HORA... <i>18</i>
NOME DOTEC. RAD.: <i>Belmonte</i>
ASS.: <i>lh</i>

Assinatura e Carimbo do Profissional





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: PEDRO MACARIO SOARES				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 68 A	SEXO: M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 08/09/2020		DATA DE ALTA: 30/09/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral ESQUERDO</i>				CID S82.5	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO [HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES] <i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral ESQUERDO foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações em relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>CEFALEXINA AINE</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em 7 dias para revisão. DR RAVA					
30/09/2020		 ASS. MÉDICO / C.R.M			
DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO					
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TAPACURIBÁ BURNITZ Data: 08/09/2020
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 12:53:30
1096-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Recepcionista: CLERIA FERREIRA RODRIGUEZ
Paciente:) - CNPJ: Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: PEDRO MACARIO SOARES Num. Prontuario: 2020.09.000666
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 308.987.304-49
INS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 235049 Fone: 988200988
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 16/08/1952 Id: 68 ano(s)
Ind.: RUA LITUANIA, 27
Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: JOSEFA SEBASTIAO DA SILVA Pai: MANOEL MACARIO SOARES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: COMERCIANTE Escolaridade: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: PEDRO MACARIO SOARES
Responsavel: 988200988 / IDENTIDADE: 235049
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violencia por: NAO
 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Dir. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Sem Grave
 Politraumatizado Convulsao
 Hemorragia Dispneia
 Diarreia Agitado
 Regular Chocado
 Vomito
Observacao

Trauma Principal

PRATICAÇÃO, AVALIAÇÃO DA ORTOPEdia

TRAUMA TORCAO E TWT (E)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

FR BILATERAL (E)

PA-

Prescricao

Horario da medicacao

15 dias

Dr. Yury ...
CRO ...





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: PEDRO MACANIO SOARES Data da Admissão: 08/09/20
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

OPD: DOH e TN? @

HDA: VÍTIMA DE TRAUMA TORCIONAL e TN? @
DOH e EDEMA

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 []Palpitações []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-reposuo []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: _____

Cirurgias: _____ []HTF

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

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

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: FX DE TAT + ABCESSO PILEO

Conduta: _____

Dr. Suelio Moreira Torres
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Nelson

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 55056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1. Preparo em DD 503 Bari
- 2. Anestesia + CLE

Incisão:

- 3. V + as peças locais p/ Alveolo
local do maxilar superior
- 4. Dissociação dos dentes + assistência de
fogo de forma - Retorção do

Achados:

- 5. Retorção de forma satisfatória p/ forma
1/3 fusão
- 6. Retorção de forma p/ os dentes

Conduta:

- 7. Curativo de ferida
- 8. Curativo de ferida
- 9. Curativo de ferida

Carlos Alexandre Rêgo
CRM-PB 9973

Fechamento:

OBS:

Data: ___/___/___

MÉDICO/CRM

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
PEDRO MACARIO SOARES



INSC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
235049 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
308.987.304-49 16/08/1952

FILIAÇÃO
MANOEL MACARIO SOARES
JOSEFA SEBASTIAO DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 B

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
00388344752 23/11/2021 18/08/1988

OBSERVAÇÕES

Pedro Macario Soares

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
JOAO PESSOA, PB 24/11/2016

Arvelo
ASSINATURA DO EMISSOR

43715805842
PB033567859

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1404178903

RECEBIDO PLASTIFICAR
404178903



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360858/20

Vítima: PEDRO MACARIO SOARES

CPF: 308.987.304-49

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO MACARIO SOARES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PEDRO MACARIO SOARES : 308.987.304-49

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: 14/12/2020
Nome: PEDRO MACARIO SOARES
CPF: 308.987.304-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2020
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

PEDRO MACARIO SOARES

JOSIVAN GOMES DA SILVA

