

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

01/07/2019

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

319037591401

**VALOR TOTAL:**

1.687,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** EDUARDO SILVESTRE MOREIRA

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 00038

**CONTA:** 000000022670

---

---

**Número da Autenticação**

75F78EC402481283

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190375914

**Cidade:** Araruna

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** EDUARDO SILVESTRE MOREIRA

**Data do acidente:** 23/08/2018

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA PATELA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 07.

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198983/19

**Vítima:** EDUARDO SILVESTRE MOREIRA

**CPF:** 107.975.494-63

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 23/08/2018

**Titular do CPF:** EDUARDO SILVESTRE MOREIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### JOSE ALVES PESSOA : 037.201.024-59

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### EDUARDO SILVESTRE MOREIRA : 107.975.494-63

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019  
Nome: JOSE ALVES PESSOA  
CPF: 037.201.024-59

JOSE ALVES PESSOA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 JUN. 2019  
**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal**

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome

**ARINALDO FERNANDES MATIAS**

Nº de Inscrição

**032703014-30**

Data de Nascimento

**23/06/13**





# PROCURAÇÃO

**Outorgante:** EDUARDO SILVESTRE MOREIRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado à Rua SÍTIO MATA VELHA, nº S/Nº, bairro ZONA RURAL, Município de ARARUNA, Estado de(o) PB, Cep. 58233-000, portador(a) do Rg nº 3.898.196, SSP/PB e CPF nº 107.975.494-63

**Outorgado:** JOSE ALVES PESSOA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão TAXISTA, residente e domiciliado(a) à Rua JOSE FELIPE NEBE, nº 50, bairro CENTRO, Município de ARARUNA, Estado de (o) PB, Cep. 58233-000, portador (a) do RG nº 8511611, SSP/ PB e CPF nº 037.201.024-59.

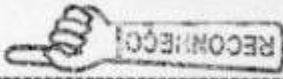
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) EDUARDO SILVESTRE MOREIRA, ocorrido em 23.08.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT** e **então requerer** e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e **praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.**

12 JUN. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

ARARUNA - PB, 17/05/2019, de

Eduardo Silvestre Moreira



Outorgante  
CPF Nº .....

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Serviço Notarial e Registral - "Martins de Sousa"  
Praça Rio Branco, 38 - Fone: (83) 3373 1270  
Reconheço verdadeira letra(s) e Firma(s) por autenticidade de Eduardo Silvestre Moreira, do nº 107.975.494-63  
Araruna, 17 / 05 / 2019  
Em testº Araruna da verdade Araruna

SELO DIGITAL  
ATM96803-04NH  
Consulte Autenticidade em:  
<https://seccdigital.tjpb.jus.br>

**CARTÓRIO**  
**MARTINS**  
**DE**  
**SOUSA**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190375914

**Cidade:** Araruna

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** EDUARDO SILVESTRE MOREIRA

**Data do acidente:** 23/08/2018

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA PATELA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 07.

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

---

**Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190375914**

**Vítima: EDUARDO SILVESTRE MOREIRA**

**Data do Acidente: 23/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDUARDO SILVESTRE MOREIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 joelho 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: **EDUARDO SILVESTRE MOREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000038**

Conta: **0000022670-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

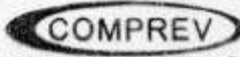
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 JUN. 2019

PROCOLO  
AQ. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012427140E54  
CERTIFICADO DE REGISTRO FRENDS MATIAS PEREIRA  
VA 0033157627-9 00/00000000 2015

03270301430 NOE0534/EB  
NOVO PB BICACELAR/BOBOLDO 799

DAC/MOTONEMA/NO APPLIC ALCO/GASOL  
HONDA/BIZ 125 EX 2011 2011

1	IPVA	30/12/2015	1º	VENZ/OTIM
V	+	124124	2º	
A	5	PARCELAMENTO/COTAS	3º	

SEM RESERVA DE DOMÍNIO  
DOCUMENTO DE CTR/OMIGATORIO  
NOVAVALDO PISA/TRE/SE/00000000

ARARUÁ - PB  
39608  
10/02/2016  
16497

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS CASACAROS HONVEICULOS  
AUTOMOTORES DE VALERH STRE JOURNALISTOR CAROL ALPESOLA  
TRANSFORADORS 00/MO/SEGURO DPVAT

PB Nº 012427140E54 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
ARINALDO FERNANDES MATIAS

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
03270301430 NOE0534/EB  
SAC DPVAT 0800 022 1304

ARINALDO FERNANDES MATIAS  
2015 10/02/2016

1º 03270301430 NOE0534/EB  
00331576279 HONDA/BIZ 125 EX  
2011 Fins (R\$) 9 PREMIO TARIFARIO

SEGURO P A G O  
COTA ÚNICA  
SEGURADORA LIDER - DPVAT

16497 1435380-2016/0210  
5102-100

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.238



*Eduardo Silvestre Moreira*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.898.126 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/09/2010

NOME **EDUARDO SILVESTRE MOREIRA**

FILIAÇÃO **FRANCISCO DO NASCIMENTO LUZIA JOSÉ SILVESTRE MOREIRA**

NATALIDADE **ARARUNA-PB** DATA DE NASCIMENTO **03/07/1993**

DOC. ORIGEM **NASC.N.20487 FLS.154 LIV.A-20**

**CARTORIO ARARUNA-PB**

CPF **107.975.494-63**

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 28/05/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR **EDUARDO SILVESTRE MOREIRA**

DATA DE NASCIMENTO **03/07/1993** Nº INSCRIÇÃO **0423 5393 1295** ZONA **020** SEÇÃO **0199**

MUNICÍPIO / UF **ARARUNA/PB** DATA DE EMISSÃO **23/05/2017**

JUIZ ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO



*Eduardo Silvestre Moreira*  
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

**107.975.494-63**

Nome

**EDUARDO SILVESTRE MOREIRA**

Nascimento

**03/07/1993**



**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 JUN. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 01/2019

Ocorrência nº. 146/2019

Aos OITO dias de MAIO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de ARARUNA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SYMONE ROSEMBERG SILVA DE MEDEIROS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:0min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

EDUARDO SILVESTRE MOREIRA, conhecido(a) por EDUARDO, Identidade nº 3.898.126-SSP/PB, CPF nº 107.975.494-63, nacionalidade brasileira, estado civil: união estável, profissão: agricultor, filho(a) de Francisco Nascimento e Luzia José Silvestre Moreira, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 03/07/1993 (25 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Mata Velha, tendo como ponto de referência: Bar do Ilton, na cidade de Araruna/PB, fone(s) para contato: 99947.9100.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 23 de agosto de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 15h:15min;
- 4) **Local do fato:** Sítio Mata Velha - zona rural de Araruna/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcício Burity;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** SIM

6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 EX COR AZUL - PLACA NQF0534/PB ANO/MODELO 2011/2011 CHASSI 9C2JC4830BR010799 LICENCIADA EM NOME DE ARINALDO FERNANDES MATIAS

7) **Testemunha(s) do fato/acidente:**

**ROBERTO RIVELINO GUALBERTO GOMES - SÍTIO CAMUCAR - ARARUNA/PB**  
**AUGUSTO ALVES MARTINS - SÍTIO CAMUCAR - Araruna/PB**

8) **Breve resumo do fato:**

QUE no dia 23 de agosto 2018 por volta das 15h:15min o noticiante pilotava a moto supracitada em direção a sua residência no Sítio Mata Velha; QUE foi surpreendido com outra moto que vinha em sentido contrário; QUE na colisão sofreu uma queda fratura no joelho direito; QUE foi socorrido pela equipe do SAMU/Araruna e encaminhado para o complexo Hospitalar de Mangabeira; QUE se submeteu a procedimento cirúrgico de acordo com os laudos em anexo; QUE procurou esta DP para registrar o fato.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

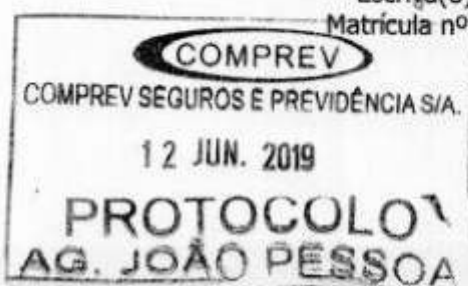
*Eduardo Silvestre Moreira*

EDUARDO SILVESTRE MOREIRA

Comunicante

*[Assinatura]*  
Escrivã(o)/Agente

Matrícula nº 168.474-4



**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME: EDUARDO SILVESTRE MOREIRA					PRONTUÁRIO N°	
IDADE : 25 ANOS	SEXO MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:	
DATA DE ADMISSÃO: 23/08/2018		DATA DE ALTA: 31/08/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Exposta da Patela DIREITA</i>					CID S.82.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em patela</i>						
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			<p style="text-align: center;"><b>COMPREV</b></p> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A</p> <p style="text-align: center;">12 JUN. 2019</p>			
ANATOMIA PATOLÓGICA			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDICÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO			<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AG. JOÃO PESSOA</b></p> <p>( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )</p>			
ÓBITO						

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

*Paciente portador(a) de fratura da patela direita, foi submetido(a) a tratamento através de limpeza mecânica cirurgica + desbridamento + imobilização gessada. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de de tratamento e orientações.*

**ORIENTAÇÕES PÓS ALTA**

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *aiine + analgésico*

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em 7 dias para revisão.

31.08.18

DATA

Dr. Enes P. Bessa Neto  
Médico Residente Ortopedia  
e Traumatologia  
CRM 8499

ASS. MÉDICO / C.R.M

38

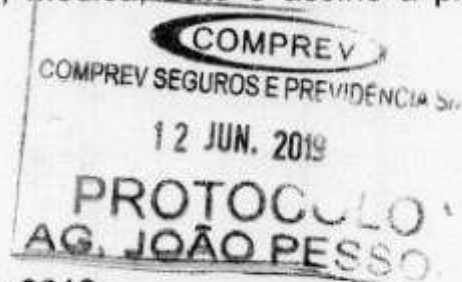
## CERTIDÃO

Nº. 1643/2018

Atendendo solicitação de **EDUARDO SILVESTRE MOREIRA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 156987 e Prontuário nº 2018.08.003651 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 23/08/2018 às 19H44min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em joelho direito.

Submetido avaliação física e exame de imagem que evidenciou fratura de patela direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 30/08/2018 com alta médica dia 31/08/2018.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.



João Pessoa, 23 de novembro de 2018



Fabiana Fernandes de Araújo  
CARDIOLOGIA  
CRM/PB 4516  
Médica  
CRM/PB 4516

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

Ficha Nr: 156987 Atd: Nao Regulac  
Data: 23/08/2018  
Hora: 19:44:15  
Recepcionista: WILMA FERNANDES M. C.  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: EDUARDO SILVESTRE MOREIRA  
CNS: 704806562639344 Sexo: M IDENTIDADE: 3898126 Fone: 96511422  
Natural: ARARUNA/PB Data Nasc.: 03/07/1993 Id: 25 ano(s)  
End.: SITIO MATA VELHA, 00  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: ARARUNA UF: PB  
Mae: LUZIA JOSE SILVESTRE MOREIRA Pai: FRANCISCO DO NASCIMENTO  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO  
Ocupação:  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Resp.: CUNHADO JAILSON  
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD  
Endereco: HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

Transporte utilizado: SAMU  
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO  
Vitima de violencia por: EM ARARUNA  
 Caso Policial

PRE-CONSULTA  
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem  Grave  
 Politraumatizado  Convulsao  
 Hemorragia  Dispineia  
 Diarreia  Agitado  
 Regular  Chocado  
 Vomito

Observacao

Principa  
VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO NEGA VOMITO E  
DESMAIO (SAMU ARARUNA)

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS( SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de colisão moto x moto. Negar  
perda de consciência ou vômitos. ABD e  
torax NPV. ECG 15, pupilas isocólicas  
sem limitação do movimento da cabeça @

Diagnóstico

Condução Rx TORAX  
1º Atendimento

Prescrição

com in glho apt | Horário da medicação  
dependência local. idrúis numeradas.

medicação local.  
10  
F. L. M. D. M. D. M. D. M.

Lebica 15/08/2018

08/08/2018

-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

-----  
Assinatura da Enfermagem

-----  
Reservado p/ liberacao  
-----

PROCEDIMENTO REALIZADO

-----  
DESTINO DO PACIENTE

Residencia       Transferido       Desistencia       UTI  
 Alta a pedido       Enfermaria      Obito:  Atestado       SVO       IML

-----  
*Juliana Dantas*  
Assinatura do Paciente/Responsavel

-----  
Assinatura e Carimbo do Medico  
-----



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: Adriano de Menezes

Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

PD: \_\_\_\_\_

HDA: Transtorno de ansiedade

de Pânico

D<sup>o</sup> Sérgio Bruno S. Barros  
CRM 5615

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 [ ] 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-reposo [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

**SN e PSO:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor

Nome: EDUARDO SILVESTRE MOREIRA			Registro:		
Idade: 25 A	Sexo: MASC	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: 30/08/2018			Cirurgião: ROBERTO SANTOS		
1º Assistente: ENEAS R2			2º Assistente: VALDEBAN R1		
Anestesista: EUCLIDES			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Fratura de patela</i>					<i>S82.0</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Redução Aberta + Fixação interna</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão longitudinal em região Anterior do joelho

Dissecção por planos até foco da fratura

Achados:

Visualizado fratura de patela

Conduta:

Realizada manobra de redução com uso de intensificador de imagem

Aposição de 02 fios de KC 2,0

Aposição de 01 Fio de cerclagem com 2 orelhas

Realizado Rx de controle

Fechamento:

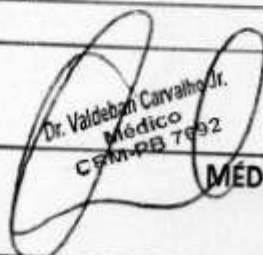
Limpeza exaustiva com SF 0,9 %

SUTURA POR PLANOS

Curativo

OBS:

Data: 30 / 08 / 2018

  
Dr. Valdeban Carvalho Dr.  
Médico  
CRM-PB 7892

MÉDICO/CRM

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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 107.975.494-63 Nome completo da vítima: EDUARDO SILVESTRE MOREIRA

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

Nome completo: EDUARDO SILVESTRE MOREIRA CPF: 107.975.494-63

Profissão: AGRICULTOR Endereço: SÍTIO MATA VELHA Número: S/N Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: RURAL Cidade: ARAÚNA Estado: PB CEP: 58233-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 83999479100

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

**DADOS CADASTRAIS**  
RENDA MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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

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

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 92670 (9)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (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.

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

**COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

12 JUN. 2019

PROCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data, ARAÚNA-PB 09/05/2019  
Nome: EDUARDO SILVESTRE MOREIRA  
CPF: 107.975.494-63

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Eduardo Silvestre Moreira  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

João Alves Pessoa  
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

---

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190375914**

**Vítima: EDUARDO SILVESTRE MOREIRA**

**Data do Acidente: 23/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDUARDO SILVESTRE MOREIRA**

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