



Número: **0850659-36.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/08/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|-----------------------------------|--------------------|---|-------------------|
| EDUARDO SILVESTRE MOREIRA (AUTOR) | | HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO (ADVOGADO) MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO) | |
| MAPFRE (REU) | | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 70596 221 | 20/03/2023 11:13 | 2881543_CONTESTACAO_Anexo_04 | Outros Documentos |

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 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



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
CPF de: Próprio
Titular do CPF: EDUARDO SILVESTRE MOREIRA

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 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
ARNALDO FERNANDES MATIAS

Nº de Inscrição
032703014-30

Data de Nascimento
27/06/73



Scanned by CamScanner



1 6 9 3 5 7 8

18 FEV 1992

ANTONIO FERNANDES NATIAS

Caridade Matias da Costa
Maria de Lina Fernandes Matias

ALICUDA-PA.

27.06.1973

Cart. N.º 16577 Tit. 168 Livro
56 - Cart. Alameda-PA.

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

Este documento é o comprovante de inscrição no CAGASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

Antonio Fernandes Matias
ANTONIO FERNANDES NATIAS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 13/03/92

Scanned by CamScanner



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 NERE, nº 50, bairro CENTRO, Município de ARARUNA, Estado de(o) PB, Cep. 58233-000, portador (a) do RG nº 2511611, SSP/ PB e CPF nº 037.901.024-59.

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 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
PROCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ARARUNA - PB, 17/05/2019, de

Eduardo Silvestre Moreira

RECONHEÇO

Outorgante
CPF Nº

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Serviço Notarial e Registral - "Martins de Sousa"
Praça Rio Branco, 36 - Fone: (83) 3373 1270
Reconheço verdadeira letra(s) e Firma(s) por autenticidade de
Eduardo Silvestre Moreira
Araruna, 17/05/2019
Em testº Araruna da verdade

SELO DIGITAL
ATM 96803 - 04NH
Consulte Autenticidade em:
<https://seccigital.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 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |





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, 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.

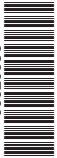
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01359/01360 - carta_15R - INVALIDEZ

00020680



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
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**

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

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

CARTÓRIO ARARUNA-PB

CPF **107.975.494-63**

José Pessoa - PB
Mário do Espírito Santo
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR **EDUARDO SILVESTRE MOREIRA**

DATA DE NASCIMENTO **03/07/1993** Nº INDICAÇÃO **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 Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SYMONE ROSEMBERG SILVA DE MEDEIROS**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, ai, 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 Policia 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.

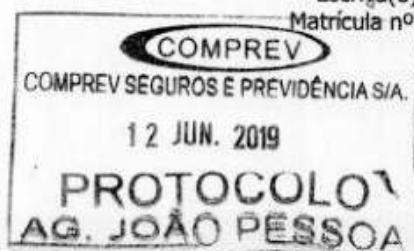
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitel.

Eduardo Silvestre Moreira

EDUARDO SILVESTRE MOREIRA

Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.474-4

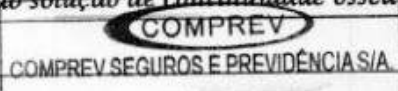



Horario_Delegado_ILAP6170





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 | | |  COMPREV | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | 12 JUN. 2019 | | | |
| INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO | | | COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO | | | |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | |  PROTOCOLO | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO | | () REMOVIDO | | () A PEDIDO | | () CURADO |
| ÓBITO | | | | | | |

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura da patela direita, foi submetido(a) a tratamento através de limpeza mecânica cirúrgica + 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: *aïne + 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 8498

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





38

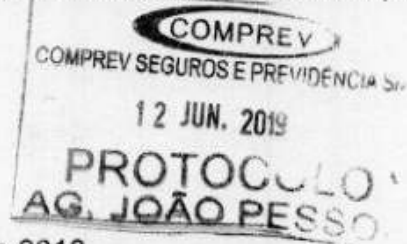
CERTIDÃO

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
Médica
CRM/PB 4516



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
0-384 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 Num. de vezes atendido: 1
CNS: 704806562639344 Sexo: M IDENTIDADE: 3898126 Fone: 96511422 Num. Prontuario: 2018.08.003651
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
Localidade: 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

Exa Principal

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

Observacao

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de colisao moto x moto. Negar
perda de consciencia ou vomitos. ABD e
torax NPV. ECG 15, pupila isocicas
sem limitacao de movimento em palmo @

Diagnostico

Conduca Rx ORTO
1º Atendimento

Prescricao

sem in palmo apt. Horário da medicacao
dependida local. idrugs numeradas.

medicacao local.
F. C. L. M. P. A. U. M.

Letícia Ferreira
CRM 15.000



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

Suelio Moreira Torres
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Roberto Augusto Data da Admissão: / /
 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:
 HDA: Tramite a pedido do pai
de Pethe

Medicações em uso:
 Dr. Sérgio Bruno S. Barros
 CRM 5615

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-reposu 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.





| | | | | | |
|---|------------|------|----------------------------|------|---------------|
| 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: | | |
| DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>Fratura de patela</i> | | | | | <i>S82.0</i> |
| DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>O mesmo</i> | | | | | |
| PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) | | | | | CÓDIGO |
| <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 | | | | | |

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



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:

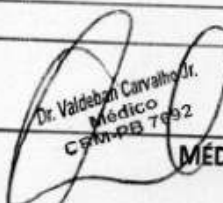
Limpeza exaustiva com SF 0,9 %

SUTURA POR PLANOS

Curativo

OBS:

Data: 30 / 08 / 2018


Dr. Valdeboni Carvalho Jr.
Médico
CRM-PB 7692
MÉDICO/CRM

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ 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): 83 999479100

DADOS CADASTRAIS

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

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 92670 (Informar o dígito se existir)

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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.

12 JUN. 2019

PROCOLO

AG. JOÃO PESSOA

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Eduardo Silvestre Moreira

Assinatura do Representante Legal (se houver): João Alves Pessoa

Assinatura do Procurador (se houver): João Alves Pessoa

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.

001 V001/2018





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, 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

Carta nº 14447380

Pag. 00991/00992 - carta_01 - INVALIDEZ

