Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

20/01/2021

Número: **0842156-26.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **29/07/2019**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDUARDO BARBOSA DA SILVA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38575699	20/01/2021 20:35	Petição	Petição
38575700	20/01/2021 20:35	2661614_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38575701	20/01/2021 20:35	2661614_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO

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, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190020431 **Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 03/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01839/01840 - carta_01 - INVALIDEZ

00010920

Carta nº 13799609

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, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190020431
Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA
Data do Acidente: 03/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDUARDO BARBOSA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01731/01732 - carta_03 - INVALIDEZ

00050866

Carta nº 13810816

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, 27 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190020431 **Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 03/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Pag. 01715/01716 - carta_15R - INVALIDEZ

00020858

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$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **EDUARDO BARBOSA DA SILVA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000000044**
Conta: **00000105735-0**
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

Seguradora LÍDER

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: 128.776.494-07 | Nome completo da vítima: Eduardo Barbosa da Silva

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Eduardo Barbosa da Silva | CPF: 128.776.494-07

Profissão: Reciclador | Endereço: Rua São Miguel | Número: SIN | Complemento: –

Bairro: Centro | Cidade: Baía da Traição | Estado: PB | CEP: 58295-000

E-mail: | Tel.(DDD):

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)

AGÊNCIA: 0044 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 105735 ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) 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

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.

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: Vivos: Falecidos: | 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: João Pessoa, PB 08/01/2019

Nome: Eduardo Barbosa da Silva

CPF: 128.776.494-07

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Eduardo Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

2ª DSPC

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 10219.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10219.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:25 horas do dia 28 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigacao, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Eduardo Barbosa da Silva**, CPF nº 128.776.494-07, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Reciclador, filho(a) de Lindinalva Maria Braga e Cecílio Barbosa da Silva, natural de Sirinhaem/PE, nascido(a) em 20/05/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Miguel, bairro Centro, tendo como ponto de referência Aldeia São Miguel, na cidade de Baía da Traição/PB, telefone(s) para contato (83) 98731-6682.

Dados do(s) Fatos:

Local: Vila São Miguel, Vila São Miguel, Baía da Traição/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/02/18 08:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 03/02/2018, POR VOLTA DAS 08:30, ESTAVA DE CARONA EM UMA MOTOCICLETA, QUANDO O PILOTO DA MESMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO; QUE O PILOTO DA MOTOCICLETA EVADIU-SE APÓS A QUEDA E NÃO SOCORREU ESTE NOTIFICANTE; QUE ESTE NOTIFICANTE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ O HOSPITAL DE TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO, COM CID S72.3 E REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO CONSTANTE NO PRONTUÁRIO 110248, ASSINADO PELO MÉDICO EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM/PB 2516; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de dezembro de 2018.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigacao

EDUARDO BARBOSA DA SILVA
Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 10219.01.2018.1.00.401

Seguradora LÍDER

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: 128.776.494-07 | Nome completo da vítima: Eduardo Barbosa da Silva

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Eduardo Barbosa da Silva | CPF: 128.776.494-07

Profissão: Reciclador | Endereço: Rua São Miguel | Número: SIN | Complemento: –

Bairro: Centro | Cidade: Baía da Traição | Estado: PB | CEP: 58295-000

E-mail: | Tel.(DDD):

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)

AGÊNCIA: 0044 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 105735 ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) 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

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.

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: Vivos: Falecidos: | 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: João Pessoa, PB 08/01/2019

Nome: Eduardo Barbosa da Silva

CPF: 128.776.494-07

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Eduardo Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO‹O PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1098951

Identificação do paciente

ID **1312642**	Nome **EDUARDO BARBOSA DA SILVA**			Sexo **Masculino**
Data de nascimento **20/05/1996**	Idade **22 anos 3 meses 2 dias**	Estado civil	Religião	Prontuário **110248**
Mãe **LINDINALVA MARIA BRAGA**			Pai **CECILIO BARBOSA DA SILVA**	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) **- PAI**	
DDD Móvel **83**	Fone Móvel **987316682**		DDD Fixo **83**	Fone Fixo **999438493**
Tipo documento **RESERVISTA**	Número documento **7997604**		Nº Cns **706003341958448**	
Local de procedência **BAIA DA TRAICAO**			Tipo **MUNICIPIO**	UF **PB**
E-mail	Naturalidade **SIRINHAÉM**		CBO/R	

Endereço

CEP **58295000**	Município de residência **BAIA DA TRAICAO**	UF **PB**	Logradouro **SAO MIGUEL**
Número **SN**	Complemento		Bairro **CENTRO**

Admissão

Data e Hora **03/08/2018 13:21:57**	Número da pulseira **1000006096068**	Convênio **SUS**
Especialidade **CIRURGIA GERAL**	Clínica	
Classificação de risco		Origem do paciente **RUA**
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**	Detalhe do acidente **QUEDA / OUTROS**

Indicadores e Transporte

Caso policial **Não**	Plano de saúde **Não**	Veio de ambulância **Não**	Trauma **Não**
Meio de transporte **RESGATE - BOMBEIROS**		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] **Sangue [ ]** **Urina [ ]** **TC [ ]** **Liquor [ ]** **ECG [ ]** **Ultrasonografia [ ]**

Dados clínicos

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico	CID
Médico **DE OLIVEIRA PORTO**	Tempo **01min 05seg**

Imprimir

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	EDUARDO BARBOSA DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO	20/05/96
NOME DA MÃE	LINDALVA MARIA BRAGA
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.098.951
Nº PRONTUARIO	110.248
DATA DO ATENDIMENTO	03/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	13:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10	S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo Corpo de Bombeiros, há cêrca de 1 hora, encaminhado do hospital geral de Mamanguape-PB, apresentando dor, deformidade e crepitação em coxa E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX da coxa E - AP e P
RX dojoelho E - AP e P
RX da perna E - AP e P

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Raiff Gonçalves e Dr. Indalécio Pacelli no 1º tempo e pelo Dr. Rodrigo Amaral e José Rodriguez no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 19/08/18

DATA DA EMISSÃO: 16/11/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/01/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00044
CONTA: 000000105735-0

Nr. da Autenticação 1759F14213336869

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é segunda via de conta.
Válido para emissão de nota fiscal/conta de energia elétrica

Nº 016.572.786

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cruzeiro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.523-0

DADOS DO CLIENTE
EDUARDO BARBOSA DA SILVA
RUA SAO MIGUEL S/N CASA
BAIA DA TRAICAO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/1364073-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2018	05/12/2018	17	12/12/2018	R$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br

COMPROVANTE

energisa

EDUARDO BARBOSA DA SILVA
Roteiro: 02-015-200-0240
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 12/12/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
12/12/2018	R$ 0,00	1364073-2018- 12-0

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

energisa

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010 942 224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			

Demonstrativo

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	28/11/2018	R$ 198,62

Histórico de Consumo (kWh)

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)

Discriminação	Valor (R$)	%
Total	198,62	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28/11/2018	R$ 198,62

83640000001-1 98620149000-0 16983582018-7 11400005619-4

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou [illegible]1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece [illegible]ular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina qu[illegible] as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cad[illegible]eve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mens[illegible] da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da inden[illegible] do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada ab[illegible]tal-ização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, [illegible]nas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024 [illegible]91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eduardo Barbosa da Silva [illegible]scrito (a) no CPF sob o Nº 128.776.494 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez [illegible]ítima Eduardo Barbosa da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.776.494 / 07 [illegible]orme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos com[illegible]órios: _____.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no ende[illegible]baixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Pen[illegible]

Endereço		Número	Complemen[illegible]
Rua Agente Fiscal José Costa Duarte		157	Sala [illegible]06
Bairro: Mangabeira	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58056[illegible]384
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD[illegible]	

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2019
Local e Data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S[illegible]
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSO[illegible]

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO‹O PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1098951

Identificação do paciente

ID **1312642**	Nome **EDUARDO BARBOSA DA SILVA**			Sexo **Masculino**
Data de nascimento **20/05/1996**	Idade **22 anos 3 meses 2 dias**	Estado civil	Religião	Prontuário **110248**
Mãe **LINDINALVA MARIA BRAGA**			Pai **CECILIO BARBOSA DA SILVA**	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) **- PAI**	
DDD Móvel **83**	Fone Móvel **987316682**		DDD Fixo **83**	Fone Fixo **999438493**
Tipo documento **RESERVISTA**	Número documento **7997604**		Nº Cns **706003341958448**	
Local de procedência **BAIA DA TRAICAO**			Tipo **MUNICIPIO**	UF **PB**
E-mail	Naturalidade **SIRINHAÉM**		CBO/R	

Endereço

CEP **58295000**	Município de residência **BAIA DA TRAICAO**	UF **PB**	Logradouro **SAO MIGUEL**
Número **SN**	Complemento		Bairro **CENTRO**

Admissão

Data e Hora **03/08/2018 13:21:57**	Número da pulseira **1000006096068**		Convênio **SUS**
Especialidade **CIRURGIA GERAL**		Clínica	
Classificação de risco			Origem do paciente **RUA**
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**		Detalhe do acidente **QUEDA / OUTROS**

Indicadores e Transporte

Caso policial **Não**	Plano de saúde **Não**	Veio de ambulância **Não**	Trauma **Não**
io de transporte **ESGATE - BOMBEIROS**		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] **Sangue [ ]** **Urina [ ]** **TC [ ]** **Liquor [ ]** **ECG [ ]** **Ultrasonografia [ ]**

Dados clínicos

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

stico	CID
por **DE OLIVEIRA PORTO**	Tempo **01min 05seg**

Imprimir

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	EDUARDO BARBOSA DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO	20/05/96
NOME DA MÃE	LINDALVA MARIA BRAGA
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.098.951
Nº PRONTUARIO	110.248
DATA DO ATENDIMENTO	03/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	13:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10	S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo Corpo de Bombeiros, há cêrca de 1 hora, encaminhado do hospital geral de Mamanguape-PB, apresentando dor, deformidade e crepitação em coxa E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX da coxa E - AP e P
RX dojoelho E - AP e P
RX da perna E - AP e P

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Raiff Gonçalves e Dr. Indalécio Pacelli no 1º tempo e pelo Dr. Rodrigo Amaral e José Rodriguez no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 19/08/18

DATA DA EMISSÃO: 16/11/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	EDUARDO BARBOSA DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO	20/05/96
NOME DA MÃE	LINDALVA MARIA BRAGA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.098.951
Nº PRONTUARIO	110.248
DATA DO ATENDIMENTO	03/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	13:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10	S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo Corpo de Bombeiros, há cêrca de 1 hora, encaminhado do hospital geral de Mamanguape-PB, apresentando dor, deformidade e crepitação em coxa E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX da coxa E - AP e P
RX dojoelho E - AP e P
RX da perna E - AP e P

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Raiff Gonçalves e Dr. Indalécio Pacelli no 1º tempo e pelo Dr. Rodrigo Amaral e José Rodriguez no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 19/08/18

DATA DA EMISSÃO: 16/11/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome: EDUARDO BARBOSA DA SILVA			**Número Prontuário:** 110248
Data de 20/05/1996	**Sexo:** Masculino	**Data de Internação:** 03/08/2018 17:53:31	**Data de Alta:** 19/08/2018 09:25:53

Motivo da alta:
ALTA MEDICA

Conduta:
Paciente internado com diagnóstico de fratura da diáfise femoral esquerda, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Procedimento sem intercorrências. Hoje apresenta-se em condições de alta hospitalar.

Resumo da Internação:
Paciente internado com diagnóstico de fratura da diáfise femoral esquerda, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Procedimento sem intercorrências. Hoje apresenta-se em condições de alta hospitalar.

Resultado de Exames:

Tratamento:
Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise femoral - 19/08/2018 - Dr. Rodrigo Amaral

Diagnóstico:
S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur

.ecomendações:
Retorno com 07 dias Orientações Evitar carga no membro inferior esquerdo

Data: 19/08/2018

MARCOS VINICIOS AMORIM FREITAS
CRM: 7605 - PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

HGM HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

ASSISTENCIAIS
Endereço: RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn, PB 057, MAMANGUAPE - PB, 58280000
Tel: 32929050
CNES: 7666772

Paciente **EDUARDO BARBOSA DA SILVA**		BAE **283741**	Data/Hora Entrada **03/08/2018 11:37:05**	Data Baixa **2018-08-03 12:22:55.0**
Data de nascimento **20/05/1996**	Idade **22a 2m 14d**	Sexo **Masculino**	CNS **706003341958448**	Telefone de Contato **(83) 00000000**
Mãe **LINDALVA MARIA BRAGA**				Prontuário
Endereço **SAO MIGUEL, S/N - CASA**		Bairro **CENTRO**	Município **BAIA DA TRAICAO**	UF **PB**
Acidente	Motivo **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**		Profissional **LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA**	Nº Cons. Regional **11253/PB**
Data/Hora Classificação **03/08/2018 12:16:22**			Data/Hora Prescrição **03/08/2018 12:22:59**	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, SEM CAPACETE, HÁ APROXIMADAMENTE 1H.

Exame Físico

OR E CREPTAÇÃO A PALPAÇÃO EM COXA ESQUERDA. GLASGOW 15, PUPILAS ISO/FOTOREATIVAS. PACIENTE COLABORATIVO E ESTÁVEL.

CID10

Código	Descrição
S72.8	Fraturas de outras partes do fêmur

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário **LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA**	Data e Hora **03/08/2018 12:22:55**
Motivo de Alta **ALTA MEDICA**	Observações **REGULAÇÃO AO TRAUMA**

Drª Lourdes Gabriele Lima Beltrão
Médica
CRM-PB: 10.281
CRM-PE: 24.806

EDUARDO BARBOSA DA SILVA

LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA
(CRM: 11253/PB)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Boletim registrado por: JACKSON FIGUEIREDO DA SILVA em 03/08/2018 11:40:07

GOVERNO DA PARAÍBA

INSUMOS E ASSISTÊNCIA

Nome		RAE 1088997	Data/Hora Entrada 01/06/2018 10:21:07	Data Saída
Idade	Sexo	Sexo Masculino	CPF 70802304985(49)	Telefone de Contato (83) 987310382
				Prontuário
Nome		Bairro CENTRO	Endereço RUA DA TRAIÇÃO	UF PB
Nome	Profissão ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Consultação			Data/Hora Prescrição 01/06/2018 10:34:44	

TEXTO/TABELA

ITOPRIL 2

CAPACETE PARA DIRETOR SEM USO DE CAPACETE PERFEITAMENTE ESTÁVEL EM BAIXA VELOCIDADE VEGA
RCA 22 DJ VIDO ENCIAL VEGA TOE
PERF [illegible] ESQUERDA

FIBULA 233 CONSOLIDANTE E ORGANIZANTE DO NATRIUM [illegible] COLUNA COLUNA CERVICAL
COLUNA CERVICAL TORAX CAP COMBAP SEM DOR A PALPAÇÃO SEM CREPITAÇÕES
E PLANO DA COLUNA
[illegible] SEM CREPITAÇÕES E DEFORMIDADES
E SEM ALTERAÇÕES
[illegible] DOR E DEFORMIDADE DO COXA [illegible] TRAUMA

[illegible] FECHADA DE PÉRNA ESQUERDO

XRAY [illegible] CERVICAL BACIA E COXA ESQUERDA

DIETA

DIETA ZERO VIA ALIMENTAR

MEDICAÇÃO

[illegible] FISIOLOGICA [illegible] ADMINISTRAR [illegible] VIA EM AGORA, 0.0 (AGORA)

[illegible]

[illegible] ADMINISTRAR [illegible] VIA EM AGORA
[illegible] ADMINISTRAR [illegible] VIA EM AGORA
[illegible] ADMINISTRAR [illegible] VIA EM AGORA

EXAME DE IMAGEM

[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible] ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

Código [illegible] Descrição [illegible]
[illegible] Fratura de [illegible]

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Tibério Vanomark
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM/PB 2252 | TEOT 14840

Dr. Tibério Vanomark
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM/PB 2252 | TEOT 14840

03/08/2018

Conduta

Em observação

Dr. Tiberio Vasconcart
Ortopedia / Cirurgia da mão
CRM/PB 8252 RQE 7607 TEOT 14848

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Eduardo Barbosa da Silva BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: _____ Data: ___/___/___

Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Fratura Diafisária do fêmur DIR

Cirurgião: Dr Rodrigo Aurélio 1° Assistente: Dr José Eduardo

2° Assistente: Dr Vinicius R2 3° Assistente: Dr Yuky R1

Instrumentador: Clovis Anestesista: Dr [illegible]

Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início ___:___ Término ___:___

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura Diafisária do fêmur DIR	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
RAFI	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim ( )Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

( )Enfermaria ( )Terapia Intensa ( )Residência( )Óbito durante Ato Cirúrgico

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 11/07/13

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:
- Paciente em DH sob raquianestesia
- Assepsia + antissepsia + campos de campo estéril

Incisão:
- Lateral do tórax esquerdo
- Acesso por plano muscular

Achados:
- Fratura diafisária do fêmur esquerdo

Conduta:
- Realizado redução da fratura e fixação
- Aplicado da área doadora do [illegible] + [illegible] [illegible]
- Realizado [illegible] de p. esto cirurgia sem [illegible]
-

Fechamento:
- Por planos anatômicos
- Retirada de dreno
- Curativo compressivo

Observação:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 11/01/17

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: EDUARDO BARBOSA DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1098951
IDADE: SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 3/8/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRAÇÃO TRANSESQUELETICA DE TIBIAL ESQUERDO

CIRURGIÃO: DR RAIFF 1º ASS: DR PACELLI
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRAÇÃO TRANSESQUELETICA EM TIBIAL ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
DESCRIÇÃO:
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
X ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
RESIDENCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MÉDICO/CRM: DATA: 3/8/2018

Daniel Conserva
MÉDICO
CRM 11734

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
INCISÃO EM FACE LATERAL DE TIBIA ESQUERDA
Achados:
Conduta:
PASSAGEM DE FIO KC 5 MM PARA TRAÇÃO TRANSTIBIAL E EM 1/3 SUPERIOR DE TIBIA ESQUERDA
CURATIVOS ESTEREIS
10KGS EM TRAÇÃO TRANSESQUELETICA
RAIO-X CONTROLE
Fechamento:
Observação:
10 KGS EM TRAÇÃO TRANSESQUELETICA

Médico/CRM:

Daniel Conserva
CRM 11134

João Pessoa, 3/8/2016

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Eduardo Barbosa Silva
IDADE: 21 BE: 10/09/97 PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO:
CIRURGIA: Incisão sanguinolenta MSE
CIRURGIÃO: Roberto S. PAIA: Dorvil (R4)
ANESTESIA: Sedação
ANESTESISTA: Andre
INSTRUMENTADOR:
DATA: 05/08/18 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO FIM: 16:00 CIRURGIA: INÍCIO 16:30 FIM:
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS)
ASA I ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )
GRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.			MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA				JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAINA ISOBÁRICA				JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAINA PESADA				JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA				JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°23	1	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	
SOEVOFLURANO		PVPI TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAINA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAINA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTERIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTERIL N°7,5		FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		LUVA ESTERIL N°8,0		FIO SEDA N°	
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTERIL N°8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
PROPOFOL	1	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNNER N°	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNNER N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML	1	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETONIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL N		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM	
DEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
DIPIRONA SODICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS		SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS	1	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	☒	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		01 fio KC 3,0			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			1	EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK	FIO ALGODÃO S.A N°		( ) BISTURI ELETRICO	
		GAZES	☐	FIO ALGODÃO S.A N°		( ) CAPNOGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C.A N°		( ) ELETROCAUTERIO	
		GEL ELETROLITICO		FIO ALGODÃO C.A N°		( ) DESFIBRILADOR	
		JELCO N°14				( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO N°16				( ) FOCO CENTRAL	
						( ) MICROSCOPIO	
						( ) MONITOR DE PULSO	
						( ) PUNÇÃO NÃO INVASIVA	
						( ) PERFURADOR ELETRICO	
						( ) SERRA	
						CIRCULANTE	

FNG1 ASCIR 02/12

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HEETSHL

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 03/08/2018 PRONTUÁRIO: 1098951

PACIENTE: Eduardo B. de Souza SEXO: M COR: Br IDADE: 22a

PRESSÃO ARTERIAL 10/7 PULSO 70 RESPIRAÇÃO 12 TEMPERATURA PESO 70 GRUPO SANGUINEO

ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( )MAU ( )PÉSSIMO RISCO CIRURGICO ( ) BOM (X) REGULAR ( )MAU ( )PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES ok

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO Ok

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL LOA DROGAS EM USO —

PRÉ-ANESTÉSICO ESTADO FISICO (ASA) 4

DOSE /HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FISSURA DE FÊMUR

CIRURGIA REALIZADA TRATO TRANSCIRÚRGICO

CIRURGIÃO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA 30'

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R$

ANESTESISTA Dr Andre CPF CRM-PB 7779

AGENTES/HORA

O_2

N_2O

LÍQUIDOS VENOSOS 50

PULSO ○ COLUNA ● CIRURGIA X ANESTESIA — P. ARTERIAL SISTÓLICA ∨ DIASTÓLICA ∧

220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

100%

ANOTAÇÕES

☑ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ PLEXO ☐ BLOQ NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA

TOOS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

Volume em ml	1		11
	2		12
	3		13
	4		14
	5		15
	6		16
	7		17
	8		18
	9		19
	10		20

DESTINO DO PACIENTE

☐ UPA ☒ ENFERMARIA

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F.ANG.ABCIR.026-1

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

HEETSHL

Número:
Paciente: Eduardo Barbosa da Silva
Procedimento: Tração transquelética
SUS: (X) Não SUS ( )
Médico: Roberto

Prontuário: 1049951
Data: 03/08/19
Reposição:

Data: / /
Caixa Pronta:

DISPENSAÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Fio de Steinman 5.0	02		

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
10 JAN. 2019

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Proc. 15943

Dr.ª Fabiana Cristina de Brito Dantas
Enfermeira
COREN-PB 367.820

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN
ASSINATURA DO PACIENTE RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2

Anexo II

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: TRAUMA

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1098951

5 - NOME DO PACIENTE: Eduardo Barbosa da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO: Masc [1] Fem [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

[ ] DIÁRIA DE ACOMPANHANTE [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO I [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO II [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 31-QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 34-QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 37-QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Ol Fio KC 5.0
Steiman

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Roberto

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/1/19

41 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Raiff Leite Soares, Ortopedia e Traumatologia, CRM-PB 9350, Prot. 15347

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Nota de Sala Cirúrgica

BE 1098951

NOME DO PACIENTE: Eduarde Barbosa da Silva

IDADE: 22 BE: PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO:

CIRURGIA: Fratura Diafisária de fêmur (E)

CIRURGIÃO: Rodrigo PACA: José Rodrigues

ANESTESIA: Raqui 14:10 às 16:00

ANESTESISTA: Ana Luiza Ana Luiza

INSTRUMENTADOR: Cleomar

DATA: 17.03.18 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO: FIM: CIRURGIA: INICIO: FIM:

INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS)

ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.			MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA				JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAINA ISOBÁRICA	1	SRI	☐	JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAINA PESADA				JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA		SF	☐	JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N° 2	☐
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	✓	LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	1	PVPI DEGERMANTE	✓	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUNITRAZENIL		PVPI TINTURA	✓	LÂMINA BISTURI N°24	L	FIO POLIGLACTINA N° 0	☐
ISOFLURANO		PVPI TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
[illegible] BUPIVACAINA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
[illegible] BUPIVACAINA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTERIL N°7,0	L	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTERIL N°7,5	L	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08	L	LUVA ESTERIL N°8,0	L	FIO SEDA N°	
MORFINA	1	AGULHA 40X12	L	LUVA ESTERIL N°8,5	☐	FITA CARDÍACA	
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	☐ L	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI N°25G	L	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNNER N°	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNNER N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML	L	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	☐	SERINGA 10ML	L	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	L	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL N		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM	
DEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	L	CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
[illegible] AMCINOLONA	1	CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
[illegible] NA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
DEXAMETASONA	1	COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	☐	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	☐	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	5	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	☐	FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S.A N°		( ) BISTURI ELETRICO	
		GAZES	☐ ☐	FIO ALGODÃO S.A N°		( ) CAPNOGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C.A N°		( ) DESFIBRILADOR	
		GEL ELETROLITICO		FIO ALGODÃO C.A N°		( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO N°14				( ) FOCO CENTRAL	
		JELCO N°16				( ) MICROSCOPIO	
						( ) OXIMETRO DE PULSO	
						( ) PA INVASIVA/NÃO INVASIVA	
						( ) PERFURADOR ELETRICO	
						( ) SERRA	
						CIRCULANTE	

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Carlos T. de Oliveira
CRM-PB 5[illegible]
ORTOPEDISTA

HEETSHL

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/08/18 PRONTUÁRIO: 1091951

PACIENTE: Eduardo Barbosa de Souza SEXO: M COR: IDADE: 22

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 153x70/20 RESPIRAÇÃO Espontânea TEMPERATURA PESO 60kg GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VPN

AP. RESPIRATÓRIO NDN AP. CIRCULATÓRIO NDN

AP. DIGESTIVO jejum ESTADO MENTAL consciente / calmo DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO ESTADO FÍSICO ASA
DOSE HORA II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de diáfise de fêmur (E)

CIRURGIA REALIZADA Hemiartroplastia

CIRURGIÃO Dr Rodrigo AUXILIARES Dr. Eduardo Rodrigues

INÍCIO DA ANESTESIA 14:10 TÉRMINO DA ANESTESIA 16:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA 01:50

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R$

ANESTESISTA Dra. Ana Luisa CPF Juliana (R2) CRM-PB

AGENTE/HORA	14:10	15:10	16:10	
O_2 / N_2O				- Paciente hemodinamicamente estável
LÍQUIDOS VENOSOS	Ringer	Ringer		PA = 156x84 / Sat O_2 - 99% / FC - 90 bpm
PULSO ○ / FREQUÊNCIA CARDÍACA ● / PA ARTERIAL SISTÓLICA X / DIASTÓLICA V				- Cirurgia sob intercorrências
ANOTAÇÕES	→ Check list Pré-anestésico realizado → Paciente nega dispneia, nega precordialgia, nega sibilos			

☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ PLEXO ☐ BLOQ NERVOS ☒ OUTROS

TÉCNICA

LÍQUIDOS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLICOSE	1 Fentanil 50 µg	11	
NACL	2 Midazolam 6mg	12	
SANGUE	3 Bupivacaína isobárica 15mg	13	
RINGER	4 Morfina 0,100 mg	14	
TOTAL	5 Cefazolina 2g	15	
	6 Dexametasona 8mg	16	
	7 Dipirona 2g	17	
	8 Nimesulida 8mg	18	
	9 Enduro 01 ampola (administrado)	20	
	10		

DESTINO DO PACIENTE: ☐ APT ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☒ OUTROS UPPA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
Paciente em DDH, monitorizado, venóclise prévia em MSD, injeção (sedação) c/ ⑦ + ⑥ sentado, asepsia c/ clorex 70%. Punção subaracnoídea L3-L4, LCR ⊙, 3,6 ml, agulha 25G, injeção de ③ + ④.

Ana Luisa Souto
Anestesiologista
CRM-PB 9190

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F.(NO) ABCIR 026-1

Anexo II

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Hrcp

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Hrcp

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Eduardo Barbosa da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1098951

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc [X] 1 Fem. [ ] 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF: PB

16 - CEP:

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA:

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

23 - CID 10 PRINCIPAL:

24 - CID 10 SECUNDÁRIO:

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE: [ ] DIÁRIA DE ACOMPANHANTE [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO I [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO II [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

31 - QTDE:

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

34 - QTDE:

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

37 - QTDE:

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TMC CK 4,5
01 Placa Larga 12 Furos.
Parafusos corticais Nº 32 - 02
Nº 36 - 04
Nº 34 - 01

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. 2020 DE 2020

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 13/03/19

41 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

47 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

HEFTSHL

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERI
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número: _____

Paciente: Eduardo Barbosa da silva

Procedimento: Fratura Diafisaria De fêmur (E)

SUS (x) Não SUS ( )

Médico: Dr Rodrigo

Prontuário: 1098951

Data: 17/08/18

Reposição: _____

Data: __/__/____

Caixa Pronta: _____

DISPENSAÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
TMC	Cx 4,5			
	01 Placa Longa 12 Furos			
	Parafusos corticais Nº 32 - 02			
	Nº 36 - 04			
	Nº 34 - 01			
	Nº 35 - 01			

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

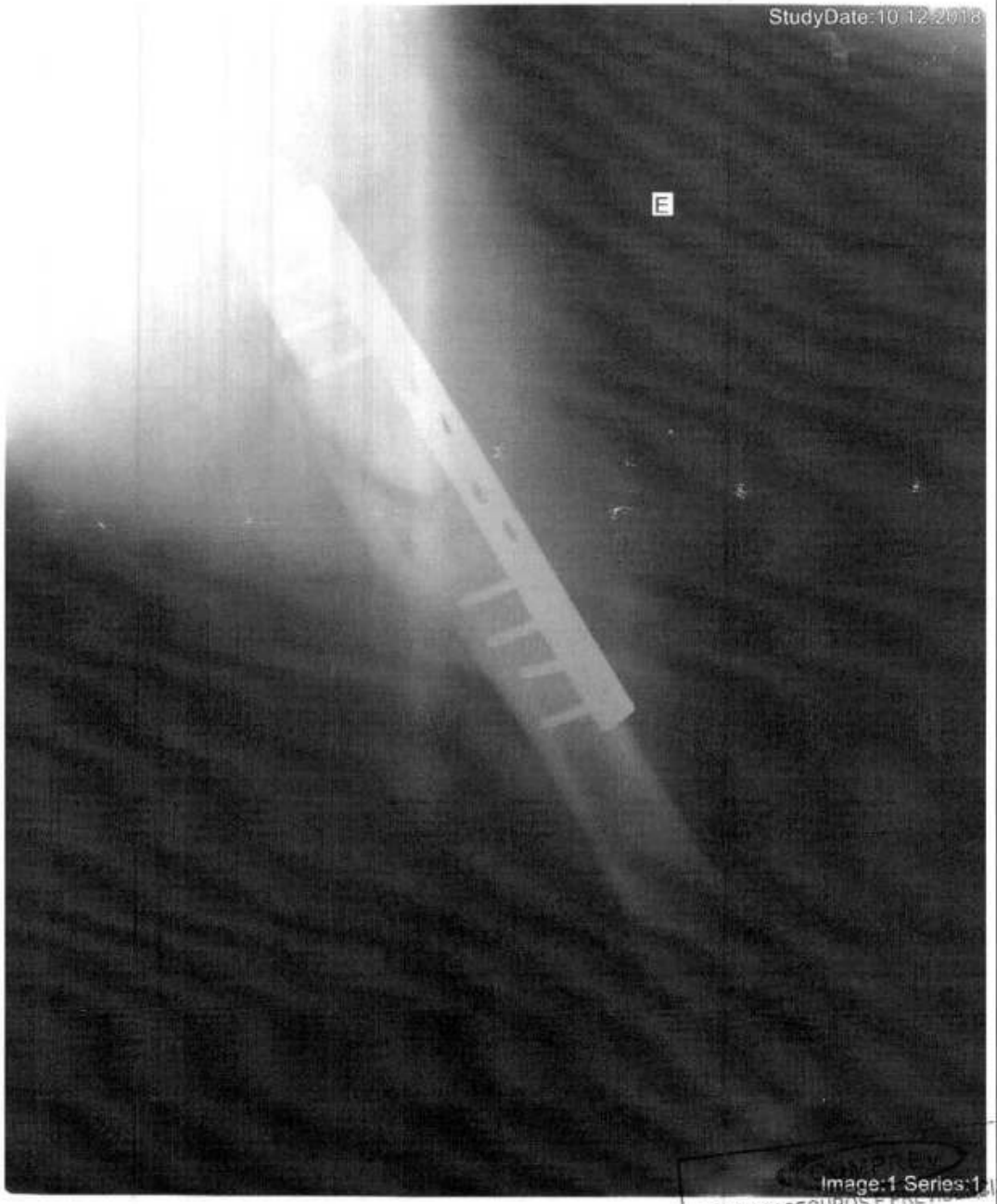
ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

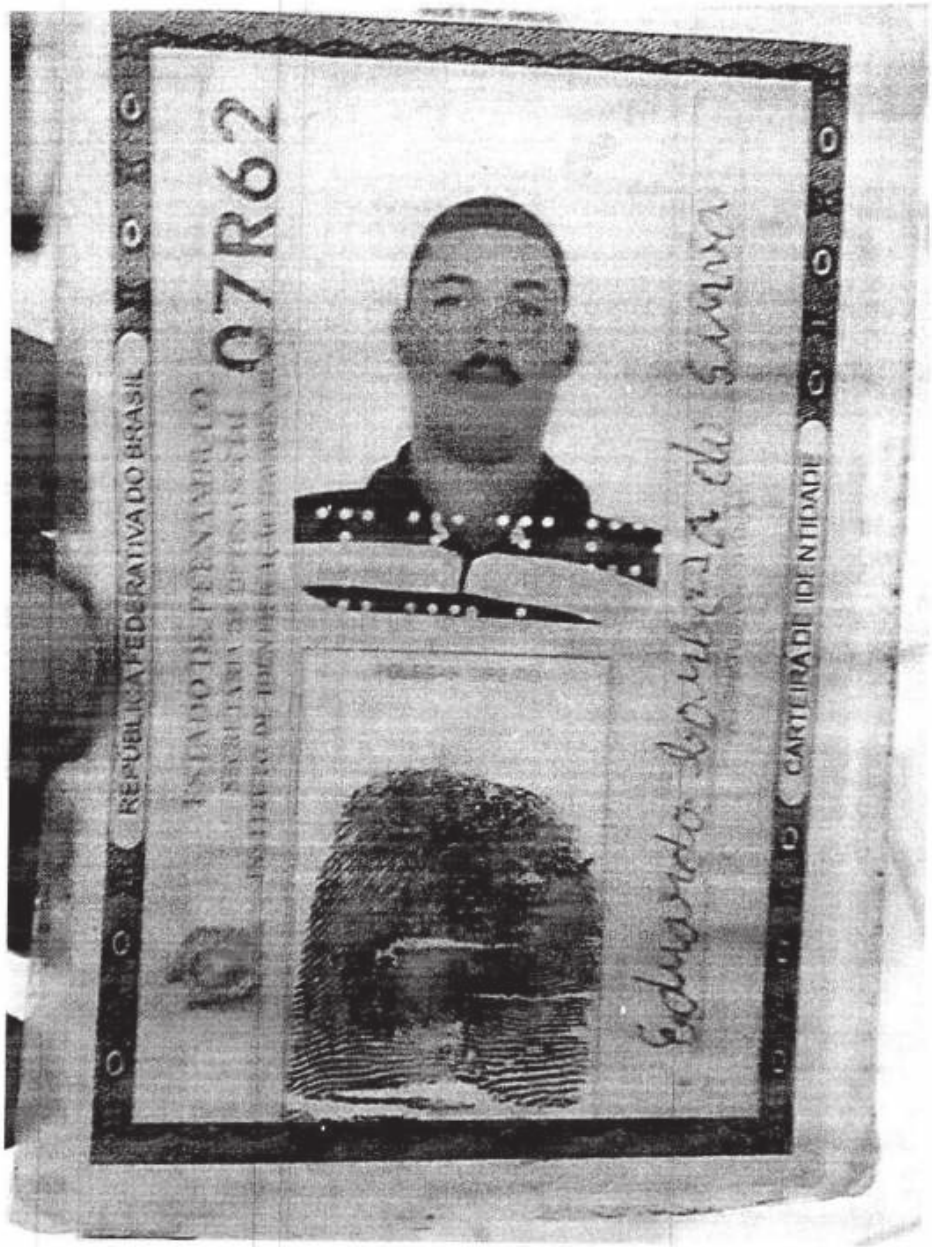
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

FINO.APC.013-2

PatientID:	000000070664	Sex:	Masculino
PatientName:	EDUARDO BARBOSA DA SILVA	BirthDate:	20.05.1996
		Age:	22a.



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
HTOP
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.997.604 19/09/2014

<< EDUARDO BARBOSA DA SILVA >>

<< CECÍLIO BARBOSA DA SILVA >>
<< LINDINALVA MARIA BRAGA >>

SIRINHAÉM - PE 20/05/1996

<< CN.27970 L.A24 F.138 CART.
1°SIRINHAEM-PE 03.05.1996 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

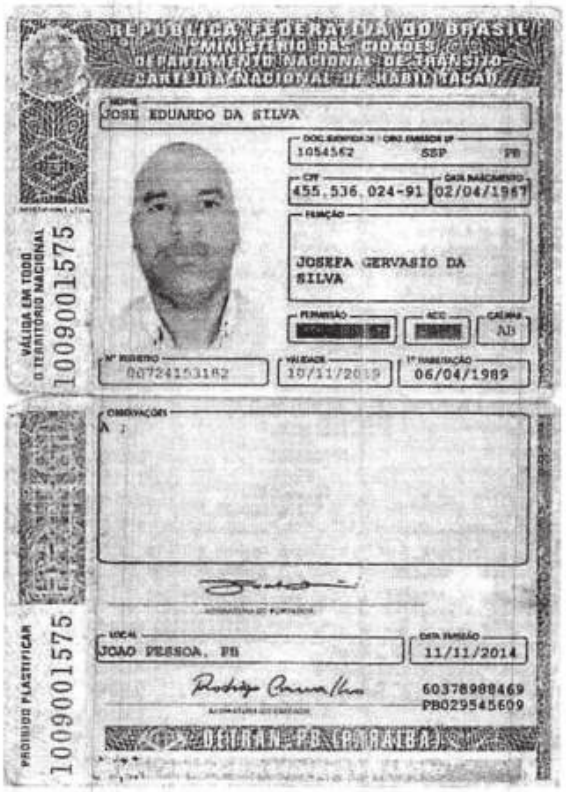
Número
128.776.494-07

Nome
EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Nascimento
20/05/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

NOME
JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE | ORG. EMISSOR | UF
1054562 | SSP | PB

CPF | DATA NASCIMENTO
455.536.024-91 | 02/04/1967

FILIAÇÃO
JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PERMISSÃO | ACC | CATEGORIA
[redacted] | [redacted] | AB

Nº REGISTRO | VALIDADE | 1ª HABILITAÇÃO
00724153182 | 10/11/2019 | 06/04/1989

OBSERVAÇÕES

LOCAL | DATA EMISSÃO
JOÃO PESSOA, PB | 11/11/2014

60378988469
PB029545609

DETRAN-PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1009001575

PROIBIDO PLASTIFICAR
1009001575

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190020431 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 03/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS (TRAÇÃO TRANS ESQUELÉTICA, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190020431 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 03/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS (TRAÇÃO TRANS ESQUELÉTICA, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Edmundo Barbosa da Silva, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTOMÓVEL, CI RG nº 7.997.604, CPF/MF nº 128.776.494-07, residente e domiciliado(a) à Rua São Miguel, S/N, Cidade de Baía da Traição, Estado Paraíba, CEP: 58295.000, telefone 83-98663-4900 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 28 de dezembro de 2018.

Edmundo Barbosa da Silva

OUTORGANTE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JUSCELINO KUBITSCHEK, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA / TELEFAX: (83) 3221-4878
Reconheço Por Autenticidade a firma de EDUARDO BARBOSA DA SILVA.[117499]. J.Pessoa-PB, 28/12/2018 11:55:44 Emol R$9,48 Farpen:R$0,28 Fepj:R$1,90, ISS:R$0,47. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AHZ37831-7HN6 Consulte em selodigital.tjpb.jus.br www.celeida.com.br

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008388/19

Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 03/02/2018

CPF: 128.776.494-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

EDUARDO BARBOSA DA SILVA : 128.776.494-07

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 08/01/2019	Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA	Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 455.536.024-91	CPF: 708.601.964-02
JOSE EDUARDO DA SILVA	MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008388/19

Número do Sinistro: 3190020431

Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 03/02/2018

CPF: 128.776.494-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 15/01/2019	Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA	Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 455.536.024-91	CPF: 105.999.304-03
JOSE EDUARDO DA SILVA	NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08421562620198152001

BRADESCO SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDUARDO BARBOSA DA SILVA** , em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.**

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 13 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB