



Número: **0811303-97.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

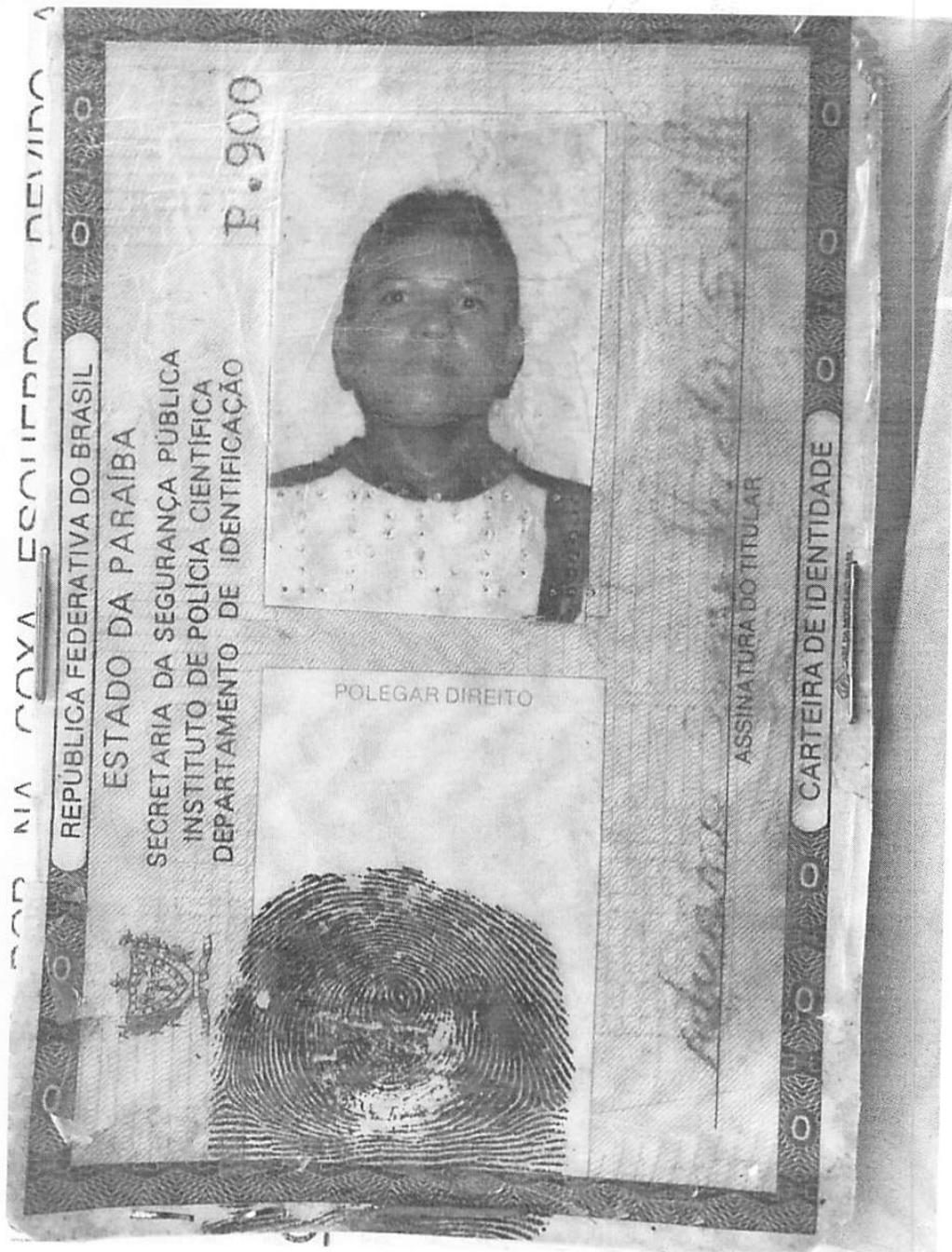
Justiça gratuita? **SIM**

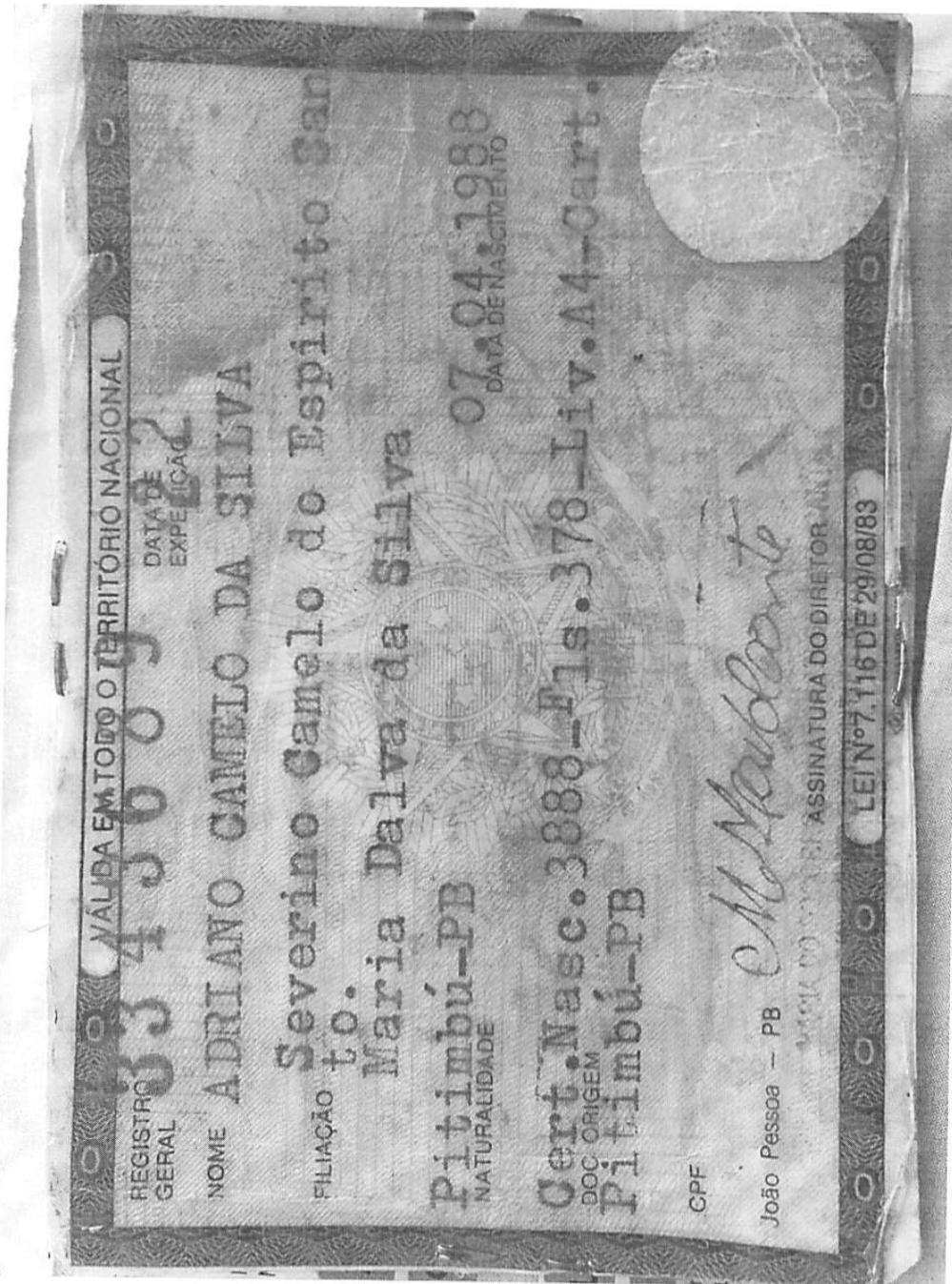
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ADRIANO CAMELO DA SILVA (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31841 574	26/06/2020 14:26	<u>2727727_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos





EU, Adriano Camilo da Silva, BRASILEIRO, CASADO, ELETRICISTA
RG - 3343684 SSP/PB, CPF - 08719840403, RESIDENTE NA
RUA DA BICA, S/N, TAQUARA, PITIMBU, PARAÍBA, DECLARA QUE
O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE QUE SOFRI
NO DIA 19-05-18, SE RECUSA A ASSINAR O DOCUMENTO DE
PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EXIGIDO PELA SEGURO PORA LIDER

SOLICITO QUE O REFERIDO DOCUMENTO SEJA SUBSTITUIDO
POR ESTA DECLARAÇÃO FEITA DE PRÓPRIO PUNHO PARA O RECEBIMENTO
DO SEGURO DPVAT.

JOÃO PESSOA - 12/02/2019

Adriano Camilo da Silva 
08719840403





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ADRIANO CAMELO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 07/04/88

NOME DA MÃE MARIA DALVA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 19609

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1083111

DATA DO ATENDIMENTO 19/05/18

HORA DO ATENDIMENTO 14:11

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

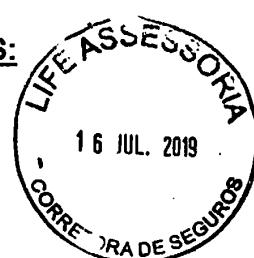
CID 10 S73.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM DOR NA COXA ESQUERDO, DEVIDO A CONTUSÃO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX COXA COXA ESQ.



RESULTADOS DOS EXAMES:

FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR EAQUERDO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

ALTA HOSPITALAR: 24/05/18

DATA DA EMISSÃO: 20/07/18

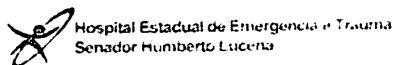
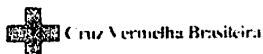
Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM: 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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

99373-7531 (Dc. Pr.)





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

Boletim de Atendimento: 1083111

**Identificação do paciente**

ID 219270	Nome ADRIANO CAMELO DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 07/04/1988	Idade 30 anos 1 mes 12 dias	Estado civil Solteiro
Mãe MARIA DALVA DA SILVA		Religião Católico
Escolaridade		Pai SEVERINO CAMELO DO E.SANTO
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993734683	Responsável (Parentesco) ADRIANO CAMELO DA SILVA - IRMAO(A)
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3343689	DDD Fixo 83
Local de procedência PITIMBU		Fone Fixo 993734683
Email	Naturalidade PITIMBU	Nº CRM 898001953846582
		Tipo MUNICÍPIO
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58324972	Município de residência PITIMBU	UF PB	Logradouro NOVA VIDA, S/N
Número SN	Complemento		Bairro CENTRICO

Admissão

Data e Hora 19/05/2018 14:11:54	Número da pulseira 1000059881062	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade

CIRURGIA GERAL

Classificação de risco

Caráter de atendimento

Motivo do atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Clínica

Origem do paciente
RUADetalhe do acidente
MOTO X ANIMAL**Indicadoras e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou Samu

Sinais Vitais

PA X mmHg P脉搏 Temperatura

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Aluno com história de colares banhos recentes
com lesões no colo, esguicho, SB: 99 FC: 110
SPO2: 15

Diagnóstico

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVA

Souza
Enfermeiro
COREN-PB 500757

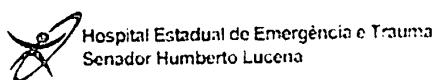
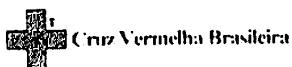
imprimir

CID

Tempo
01min 02seg

19/05/2018 14:11





AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ADRIANO CAMELO DÁ SILVA	BAE 1083111	Data/Hora Entrada 19/05/2018 14:11:54	Data Baixa
Data de nascimento 07/04/1988	Idade 30a 1m 12d	Sexo Masculino	CNS 898001953846582
Mãe MARIA DALVA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993734683
Endereço NOVA VIDA, S/N, SN	Bairro CENTRO	Município PITIMBU	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 19/05/2018 14:11:54		Data/Hora Prescrição 19/05/2018 15:40:31	

Anamnese

Paciente com história de cirurgia prévia no femur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda. queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do mesmo

estado geral comprometido, hipocorado, eupneico,

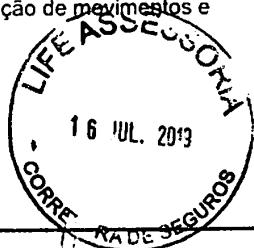
PACIENTE COM DOR A PALPÇÃO DE MIE

RX MONSTRANDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO A CIMA DA PLACA

CD:
CENTRO CIRURIGICO TRAÇÃO

Conduta

Em observação



Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

ADRIANO CAMELO DA SILVA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ADRIANO CAMELO DA SILVA	BAE 1083111	Data/Hora Entrada 19/05/2018 14:11:54	Data Baixa
Data de nascimento 07/04/1988	Idade 30a 1m 12d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993734683
Mãe MARIA DALVA DA SILVA			Prontuário 19609
Endereço NOVA VIDA, S/N, SN	Bairro CENTRO	Município PITIMBU	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 19/05/2018 14:11:54		Data/Hora Prescrição 19/05/2018 17:49:55	

Anamnese

paciente com história de cirurgia prévia no femur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda. queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e estado geral comprometido, hipocorado, eupneico.

PACIENTE COM DOR A PALPÇÃO DE MIE

RX MONSTRANDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO A CIMA DA PLACA

CD:

CENTRO CIRURIGCO TRAÇÃO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

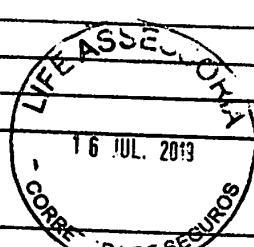
MEDICAÇÃO

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H



CUIDADOS

SSVV + CCGG

CURATIVO

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

UREIA - SORO

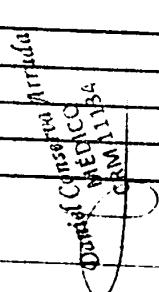
COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

HEMOGRAMA

Conduta

Internar Paciente



Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 19/05/2018 14:12:56

0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=292003&pesquisa=S&pe



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:26:22

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006261426222300000030527346

Número do documento: 2006261426222300000030527346

Num. 31841574 - Pág. 7



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ADRIANO CAMELO DA SILVA	BAE 1083111	Data/Hora Entrada 19/05/2018 14:11:54	Data Baixa
Data de nascimento 07/04/1988	Idade 30a 1m 12d	Sexo Masculino	CNS 898001953846582
Mãe MARIA DALVA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993734683
Endereço NOVA VIDA, S/N, SN	Bairro CENTRO	Município PITIMBU	Prontuário 19609
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO	Nº Cons. Regional 3945/PB
Data/Hora Classificação 19/05/2018 14:11:54		Data/Hora Prescrição 19/05/2018 14:22:22	

Anamnese

paciente com história de cirurgia prévia no femur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda, queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do membro

estado geral comprometido, hipocorado, eupneico,
torax ndn
abdomem ndn
cráneo: ndn.

HD: FRATURA DE FEMUR ESQUERDO(REFRATURA).

ALTA DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

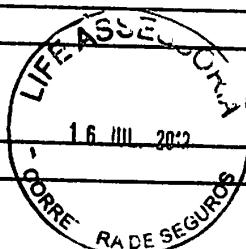
RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur

Conduta

Em observação



ADRIANO CAMELO DA SILVA

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JÓRGE DA SILVA em 19/05/2018 14:12:56

i.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=291871&pesquisa=S&perform=imprimirProc



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:26:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006261426222300000030527346>
 Número do documento: 2006261426222300000030527346

Num. 31841574 - Pág. 8

ENGLISH 838 N31

ASSINATURA ENTREVISTA - QDIREX

REGISTRO DE UTILIZACAO DE MATERIAIS ESPECIAIS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:26:22

Assinado eletronicamente por: JULIO MOREIRA CARLES - 20/06/2020 14:26:22
<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062614262222300000030527346>

Número do documento: 2006261426222300000030527346



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				
ANOP						
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES				
ANOP						
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO				
Adriano Camelo de Souza		1083333				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		
		/ /		Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1	Fem <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE				
				DDD		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, 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			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO						
<p>cx 45</p> <p>Rece aux braga at 40 pesos (0,1)</p> <p>Perfumes controles nº 30/3 - 32/4 - 34/5 - 36/5 - 38/5</p>						
						
PROFISSIONAL SOLICITANTE						
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO				
		22/05/18				
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF					
AUTORIZAÇÃO						
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF					





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



MINISTÉRIO DA SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Adriano Gomes da Silva BE/Prontuário: 109311
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 1/1/
 Clínica/Setor: Urgência EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tecjx tiss espess. fibrof.
 Cirurgião: Dr. Moreira 1º Assistente: Dr. Cesar
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Lor. / Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>1. diagnóstico de gástrico</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tecjx tiss espess. fibrof.</u>	

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

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

Médico/CRM: _____

E(NG).ASCIR.009-1





RELATORIO DE CIRURGIA



Nome: Feliciano Corrêa de Almeida BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 1/1/

Clinica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Feliciano Corrêa de Almeida

Cirurgião: Dr. Celso 1º Assistente: Dr. Saúde

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Saúde

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início 11:30 Término 13:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Feliciano Corrêa de Almeida</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	
<u>QAT</u>	

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

João Pessoa. 1/1/

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



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

Márcia + Yannel (125)		DISPENSAÇÃO CME		
FORNECEDOR	DETALHES DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Art. sintético c/ 500 di. esterilizar n. 40	01		

DISPENSACAO CME		QUANTIDADE	CÓDIGO EUS	MARCA
CONCEDEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO			
<i>Art. senten</i>				

Daniel Conserve Amudo

~~ASSISTENZA SOCIALE - CARM 11134~~

A circular stamp with the text "CORREIROS DE SÉGUROS" at the bottom, "LIFE ASSOCIATION" in the middle, and "ASSOCIADA" at the top. The date "6 JUL. 2010" is in the center.

www.GUARDA-EM-MEMORIASEM-ESFORÇO.COM





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Antebraço pr. 1/2
P/1 2264
anestesiado
máscara e máscara

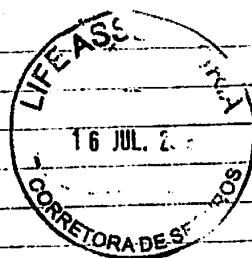
Incisão:

Próximo da ferida em 1/2
corte abr

Re contatos

Achados:

FK, peso falt

Conduta:**Fechamento:****Observação:**

Médico/CRM:



João Pessoa, 14/06/18

F(NG).ASCIR.009-1



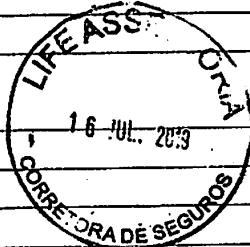


RELATÓRIO DE CIRURGIA



MEETSOL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	1) Paciente na OR
	2) Preparo da pele e cicatrização
Incisão:	3) Cíngulo da cintura
	4) Macro-visor local da lesão
	5) Exame da lesão
Achados:	6) Macroscopicamente a lesão é periférica, esbranquiçada, com bordas
	7) Maciça
Conduta:	8) Embolização da lesão de P
	9) Hemostase
	10) Fibrinização da ferida
Fechamento:	
Observação:	



João Pessoa, 1/1

Médico/CRM: _____

P(NG)ASCIR.009-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:26:22

<http://pie.tipb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062614262222300000030527346>

Número do documento: 20062614262222300000030527346

Núm. 31841574 - Pág. 17

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	
Anexo II							
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES					
HEOSHL 29/05/58		5 - N° DO PRONTUÁRIO					
Identificação do Paciente							
6 - NOME DO PACIENTE		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - DEPO	
Eduardo Bento da Silve		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO, MUNICÍPIO, UF, CEP)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)							
CORREIO DE SEGUROS							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR					
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - COD. 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 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL					
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTDE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE			
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE			
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
os R\$ 10,00							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		Daniel Gomes de Oliveira					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		MÉDICO CRM 11134					
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							





Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196		Acessar: www.energisa.com.br	
Nome do referente	CPF/CNPJ/RANI	Data prevista da apresentação	11/07/2019
12/08/2019	763.015.404-68	Proxima leitura	11/07/2019
5/1436131-5		Central de contato	
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saudede.gov.br/vacinabrasil			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:26:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062614262222300000030527346>
Número do documento: 20062614262222300000030527346

Num. 31841574 - Pág. 19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0239 929/19** 3 - CPF da vítima: **097.198.404-03** 4 - Nome completo da vítima: **Adriano Camelo de Siqueira**

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

5 - Nome completo: **Adriano Camelo de Siqueira** 6 - CPF: **097.198.404-03**

7 - Profissão: **Encanador** 8 - Endereço: **Rua da Bica (Nova Descoberta)** 9 - Número: **31/N** 10 - Complemento: **-**

11 - Bairro: **Itaúcuara** 12 - Cidade: **Pitimbu** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58324000**

15 - E-mail: **1831419128028** 16 - Tel.(DDD): **(83) 419128028**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **19 - Profissão do Representante Legal:**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1800** CONTA: **0536380** **2**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? 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.

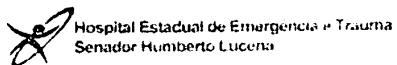
34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha 16 JUL. 2019
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha Assinatura do procurador

40 - Local e Data, **Recife PE 06-04-2019** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

Boletim de Atendimento: 1083111



Identificação do paciente

ID 219270	Nome ADRIANO CAMELO DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 07/04/1988	Idade 30 anos 1 mes 12 dias	Estado civil
Mãe MARIA DALVA DA SILVA		Religião
Escolaridade		Pai SEVERINO CAMELO DO E.SANTO
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993734683	Responsável (Parentesco) ADRIANO CAMELO DA SILVA - IRMAO(A)
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3343689	DDD Fixo
Local de procedência PITIMBU		Fone Fixo
Email	Naturalidade PITIMBU	Nº Cns 898001953846582
CEP 58324972	Município de residência PITIMBU	UF PB
Número SN	Complemento	Logradouro NOVA VIDA, S/N
Admissão		Barro CENTRC
Data e Hora 19/05/2018 14:11:54	Número da pulseira 1000059881062	Convenio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Cinca
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou Quem transportou

Sinais Vitais

PA	X mmHg	P脉	Temperatura

Exames complementares

Raio-X Sangue Urina TC Líquor ECG Ultrasonografia

Dados clínicos

Aluno de 16 com história de cães e ratoeira com lesões na coluna, coluna, SPO: 99 FC: 117s

Priscila Jorge da Silva

*Enfermeiro
COREN-PB 500757*



Diagnóstico

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVA

CC

Relação
01min 02seg

Imprimir

19/05/2018 14:13



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



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07769.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07769.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:53 horas do dia 12 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Adriano Camelo da Silva**, CPF nº 087.198.404-03, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Eletricista, filho(a) de Maria Dalva da Silva e Severino Camelo do Espírito Santo, natural de Pitimbu/PB, nascido(a) em 07/04/1988 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Bica, Nº S/N, tendo como ponto de referência Próximo a Barbearia do Lindo., na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99373-7531.

Dados do(s) Fatos:

Local: Zona Rural Próximo a Taquara., Pitimbu/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/05/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 19/05/2018 por volta das 12:30 horas quando transitava, pelo Zona RURAL da cidade de Pitimbú-PB; nas imediações da Taquara, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS ano e modelo: 2011/2011, de cor vermelha de placa: PEF2455/PB CHASSI: 9C2JC4110BR705826 pertencente ao Sr. Givanildo Nunes da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando, um animal atravessou repentinamente à pista e que o declarante não teve tempo suficiente de frenagem vindo a colidir com o animal; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 19609, FRATURA DE FEMUR ESQUERDO CID S73.2 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO CRM 1873/PB.

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, 12 de julho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

ADRIANO CAMELO DA SILVA

Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 2 - Nº do sinistro ou ASL: **0239 922 109** 3 - CPF da vítima: **097.398.404-03** 4 - Nome completo da vítima: **Adriano Carmelo de Siqueira**

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

 5 - Nome completo: **Adriano Carmelo da Siqueira** 6 - CPF: **097.398.404-03**
 7 - Profissão: **Reparador de bicicletas (NOVA DESCOPERTA)** 8 - Endereço: **Rua da Bica** 9 - Número: **31N** 10 - Complemento: **-**
 11 - Bairro: **Itaipuara** 12 - Cidade: **Pitimbu** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58324000**
 15 - E-mail: **1834941929028**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

 18 - CPF do Representante Legal: **19 - Profissão do Representante Legal:**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

AGÊNCIA: 1800	CONTA: 0536380
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha 16 JUL. 2019
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Adriano Carmelo da Siqueira
Adriano Carmelo da Siqueira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190430381 **Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA**

Data do Acidente: 19/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO CAMELO DA SILVA

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: ADRIANO CAMELO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001800-7

Conta: 000000536380-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430381

Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO CAMELO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14584543

Pag. 01639/01640 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190430381 **Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA**
Data do Acidente: 19/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**
Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00765/00766 - carta_02 - INVALIDEZ



00070383

Carta nº 14607958



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:26:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006261426222300000030527346>
Número do documento: 2006261426222300000030527346

Num. 31841574 - Pág. 26

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO CAMELO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01800-7

CONTA: 000000536380-2

Nr. Autenticação

BRADESCO02082019050000000002370180000000536380236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:26:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200626142622230000030527346>
Número do documento: 200626142622230000030527346

Num. 31841574 - Pág. 27

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239922/19

Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA

CPF: 087.198.404-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2018

Titular do CPF: ADRIANO CAMELO DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANO CAMELO DA SILVA : 087.198.404-03

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: 16/07/2019
Nome: ADRIANO CAMELO DA SILVA
CPF: 087.198.404-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ADRIANO CAMELO DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:26:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200626142622230000030527346>
Número do documento: 200626142622230000030527346

Num. 31841574 - Pág. 28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190430381 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.4,13)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **ARTROPLASTIA PRÉVIA P.3

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190430381 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **ARTROPLASTIA PRÉVIA P.3

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190430381 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária de fêmur esquerdo

Descrição do exame AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ EM TODA A EXTENSÃO DA COXA ESQUERDA, MARCHA CLAUDICANTE COM FÍSICO: LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO DE QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS. ENCURTAMENTO < 1,0 CM

Resultados terapêuticos: ACIDENTE EM 19-05-2018
REALIZOU OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO, RECEBENDO ALTA EM 24-05-2018 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.
FEZ FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/07/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190430381 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária de fêmur esquerdo

Descrição do exame AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ EM TODA A EXTENSÃO DA COXA ESQUERDA, MARCHA CLAUDICANTE COM
físico: LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO DE QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS.
ENCURTAMENTO < 1,0 CM

Resultados terapêuticos: ACIDENTE EM 19-05-2018
REALIZOU OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO, RECEBENDO ALTA EM 24-05-2018 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.
FEZ FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/07/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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 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





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

087.198.404-03

Nome

ADRIANO CAMELO DA SILVA

Nascimento

31/04/1988



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:26:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006261426222300000030527346>
Número do documento: 2006261426222300000030527346

Num. 31841574 - Pág. 34

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190430381**

Nome do(a) Examinado(a): **ADRIANO CAMELO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R Da Bica - NOVA DESCOPERTA, SN - TAQUARA - Pitimbu - PB - CEP 58324-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3343689**

Data e local do acidente: [**19/05/2018**] **PITIMBU-PB**

Data e local do exame: [**29/07/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura diafisária de fêmur esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 19-05-2018 AO EXAME :PRESENÇA DE CICATRIZ EM TODA EXTENSÃO DA COXA ESQUERDA ,MACHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO DE 25% DE FLEXO EXTENSÃO DE QUADRIL E JOELHO E. ENCURTAMENTO

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZOU OSTEOSÍTESE COM PLACA E PARAFUSO ,RECEBENDO ALTA EM 24-05-2018 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. FEZ FISIOTERAPIA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB

