



Número: **0801429-81.2020.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Grande**

Última distribuição : **27/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR (AUTOR)		JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33105018	11/08/2020 16:06	2741840_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200016110

Vítima: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15381870





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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200016110 Vítima: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR

Data do Acidente: 02/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 02/06/2019, emitido pelo Dr. PERICLES A. COSTA CRM nº 8920 - PB, da Instituição HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00309/00310 - carta_31 - INVALIDEZ

00080155



Carta nº 15396655





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 103.233.164-09 4 - Nome completo da vítima: MAURÍCIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR

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

5 - Nome completo: MAURÍCIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR 6 - CPF: 103.233.164-09
7 - Profissão: REPOSITOR 8 - Endereço: RUA MARGARIDA MARIA ALVES 9 - Número: 51 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CONJUNTO VERA CRUZ 12 - Cidade: ALAGOA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.388-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 993 463 860

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\$1.000,00 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: (informar o dígito se existir) CONTA: (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 5770 3 CONTA: 0008831 3 (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou rascunho (voluntário)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Autorização de pagamento

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ALAGOA GRANDE-PB 20 DE DEZEMBRO 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019

BRADESCO

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

DATA: 13/12/2019 HORA: 14:33 H

FAVORECIDO: MAURICIO DE FREITAS P. JUNIOR
AGENCIA: 5770-3 CONTA: 0008831-5

DEPOSITANTE: O PROPRIO FAVORECIDO

AG.ACOLHEDORA:5770 N.SEQ:00257 TERM:103 AUT:360

VALOR EM DINHEIRO: 5,00





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019
Ocorrência nº. 611/2019

Aos VINTE E UM dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 14h:39min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR, conhecido(a) por _____, Identidade nº 3.949.308-SSP/PB, CPF nº 103.233.164-09, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: repositor de mercadoria, filho(a) de Mauricio De Freitas Pereira E De Josefa Alves Da Silva Filha, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 18/11/1992 (27 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Margarida Maria Alves, Nº 51, Conjunto Verar Cruz, tendo como ponto de referência: _____, na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 99346-3860 E 99312-7345.

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

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **data do fato:** 02 de 06 de 2019; ✓
- 3) **Horário do fato:** 07h:30min; ✓
- 4) **Local do fato:** Rua Maria Minervina de Figueiredo, Catolé, Campina Grande/PB, em frente a Farmácia Pague Menos.

5) Breve resumo do fato:

Que o NOTICIANTE procurou esta delegacia para comunicar que no dia e hora acima citado, estava com sua motocicleta YAMAHA YBR 150 FACTOR ED, DE PLACA QFR 7088/PB, CHASSI: 9C6RG3120G0001241, DE COR BRANCA, ANO/MODELO 2015/2016, trafegando pela Rua Maria Minervina Figueiredo, no bairro do Catolé em Campina Grande/PB, momento em que chegou no cruzamento em frente a farmácia Pague Menos, uma motocicleta HONDA de cor preta avançou o sinal vermelho e colidiu com o NOTICIANTE; Que o NOTICIANTE afirma que o semáforo estava verde para que o mesmo seguir em frente; Que com o impacto o NOTICIANTE foi arremessado ao solo, vindo a fraturar a clavícula esquerda; Que populares ajudaram o NOTICIANTE e ligaram para o SAMU; Que o SAMU socorreu o NOTICIANTE e o levou para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES; Que ao chegar no hospital o NOTICIANTE foi medicado e fez exames que constataram a fratura em sua clavícula esquerda; Que no Hospital o NOTICIANTE teve sua clavícula imobilizada e em seguida recebeu alta para retornar para casa.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

não consta.

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

Mauricio de Freitas Pereira Junior
MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR

Comunicante

[Assinatura]
Escrivão/Agente
Matrícula nº 182.464-3

Boletim de ocorrência



Processo Delegado 1180170



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de inexistência de IMI.



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



Energisa

0800 083 0196

05/12/2019

06/01/2020

3255883

Comprovante de residência

12/12/2019

R\$ 24,07

RESERVADO AO FISCO
2ac2.01c9.63f7.5eff.3314.af9d.5e0e.606a

Indicadores de Qualidade

Indicador	Valor	Limite
Índice de Qualidade de Energia Elétrica (IQAEE)	99,99	99,99
Índice de Qualidade de Tensão (IQT)	99,99	99,99
Índice de Qualidade de Frequência (IQF)	99,99	99,99
Índice de Qualidade de Continuidade (IQC)	99,99	99,99
Índice de Qualidade de Segurança (IQS)	99,99	99,99

Composição do Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
Energia de 220V	10,00	41,53
Energia de 110V	1,00	4,15
Energia de 380V	1,00	4,15
Energia de 600V	1,00	4,15
Energia de 1000V	1,00	4,15
Energia de 1500V	1,00	4,15
Energia de 2000V	1,00	4,15
Energia de 2500V	1,00	4,15
Energia de 3000V	1,00	4,15
Energia de 3500V	1,00	4,15
Energia de 4000V	1,00	4,15
Energia de 4500V	1,00	4,15
Energia de 5000V	1,00	4,15
Energia de 5500V	1,00	4,15
Energia de 6000V	1,00	4,15
Energia de 6500V	1,00	4,15
Energia de 7000V	1,00	4,15
Energia de 7500V	1,00	4,15
Energia de 8000V	1,00	4,15
Energia de 8500V	1,00	4,15
Energia de 9000V	1,00	4,15
Energia de 9500V	1,00	4,15
Energia de 10000V	1,00	4,15
Total	24,07	100,00

16/01/2020



02/06/2019

HTCC-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1911074

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0036-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-409 Data: 02/06/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 02 Atendente: Herla Hany Da Silva Cavalcanti

PACIENTE: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR

Endereço: CONJUNTO VERA CRUZ CEP: 58398000 Nascimento: 18/11/1992

Sexo: M Telefone: 93311264

Cidade: Alagoinha Grande Idade: 026 Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: JOSEFA ALVES DA SILVA RG: Nº: 0

Responsável: CPF: Profissão: AUXILIAR DE SERVIÇO

Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atendimento: 02/06/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 08:47:39

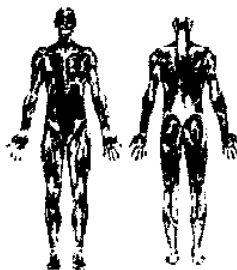
Médico: CRM: CONVÊNIO: SUS

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dcr
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erisipela subcutânea
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coriúso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Ferimento contuso
18. F. Ferimento cortante
19. Fratura Esqueleto fechada
20. Fratura Esqueleto aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Queimadura
30. Rastilho
31. Pericúria
32. Pericúria
33. Queimadura
34. Rastilho
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUETMADURA:

Superfície corporal lesada: % Grau 1º Grau 2º Grau 3º Grau

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Pupilas reagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glaucoma

HGT:

PA

SatO2

Documentação médica - hospitalar

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Dia / /

Especialista:

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		

rojetohcc/impresst.php?confar=1911074&dataatend=2019-06-02&horaatend=08:48:09

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/08/2020 16:06:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081116064331900000031690277

Número do documento: 20081116064331900000031690277

Num. 33105018 - Pág. 8

02/06/2019

HTCC-Painel Administrativo

DIAGNOSTICO / CID:
EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

DESTINO DO PACIENTE / / is / hs.

() Centro cirúrgico () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

Suelio Moreira Torres
ojetchto/impreclassi.php?contar=1911074&dataatend=2019-06-02&horatend=08:48:08

2/3



02/06/2019

HTCC-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

do Paciente ou responsável (quando necessário)

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 02/06/2019
Data: 02/06/2019

Paciente: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR Idade: 026 N° ATEND: 1911074

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 02/06/2019 HORA: 08:48:09

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: 100X60 TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS: NEGA
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL: BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () ACITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FERRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS						
HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN

OBS: SAMU - CG

ENFERMEIRO COREN
Doris Ianny Da Silva Cavalcanti





PACIENTE: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA
DATA DO EXAME: 02.06.2019
RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura no terço médio da clavícula.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

63

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220


Dr. Pericles A Costa
CRM/PB: 8620



02/06/2019

HTCC-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1911074

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0036-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-409 Data: 02/06/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 02

Atendente: Herla Hany Da Silva Cavalcanti

PACIENTE: MAURICIO DE
FREITAS PEREIRA JUNIOR

CEP: 58398000

Nascimento: 18/11/1992

Endereço: CONJUNTO VERA CRUZ

Sexo: M

Telefone: 93311264

Cidade: Alagoinha Grande

Idade: 026

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: JOSEFA ALVES DA SILVA

RG:

Nº: 0

Responsável:

CPF:

Profissão: AUXILIAR DE SERVIÇO

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Atend: 02/06/2019

CNS: 7889995555

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 08:47:39

CONVÊNIO: SUS

Médico:

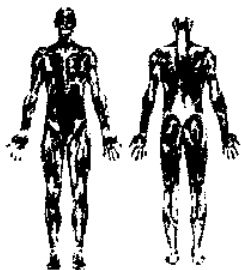
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dcr
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erisipela subcutânea
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coriúso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Ferimento contuso
18. F. Ferimento cortante
19. Fratura Essea fechada
20. Fratura Essea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Queimadura
30. Rastilha
31. Perforação
32. Perforação
33. Queimadura
34. Rastilha
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada: % Grau 1º Grau 2º Grau 3º Grau

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Pupilas reagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glaucoma

HGT:

PA

SatO2

Documentação médica - hospitalar

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Dia / /

Especialista:

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		

rojetohcc/impresst.php?confar=1911074&dataatend=2019-06-02&horaatend=08:48:09

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/08/2020 16:06:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081116064331900000031690277

Número do documento: 20081116064331900000031690277

Num. 33105018 - Pág. 12

02/06/2019

HTCC-Painel Administrativo

DIAGNOSTICO / CID:
EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

DESTINO DO PACIENTE / / is / hs.

() Centro cirúrgico () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

Suelio Moreira Torres
ojetchto/impreclassi.php?contar=1911074&dataatend=2019-06-02&horatend=08:48:08

2/3



02/06/2019

HTCC-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

do paciente ou responsável (quando necessário)

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 02/06/2019
Data: 02/06/2019

Paciente: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR Idade: 026 N° ATEND: 1911074

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 02/06/2019 HORA : 08:48:09

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: 100X60 TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () ACITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FERRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS						
HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN

OBS: SAMU - CG

ENFERMEIRO/COREN
Doris Ianny Da Silva Cavalcanti





PACIENTE: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA
DATA DO EXAME: 02.06.2019
RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura no terço médio da clavícula.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

63

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220


Dr. Pericles A Costa
CRM/PB: 8620



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014095/20

Vítima: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR

CPF: 103.233.164-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: MAURICIO DE FREITAS
PEREIRA JUNIOR

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR : 103.233.164-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/01/2020
Nome: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR
CPF: 103.233.164-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020
Nome: Cristina Lima Alves
CPF: 041.380.364-31

MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR

Cristina Lima Alves



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200016110 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190585331 **Cidade:** São José da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO **Data do acidente:** 27/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1.23.25.26.27_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200016110 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014095/20

Vítima: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR

CPF: 103.233.164-09

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR : 103.233.164-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/01/2020
Nome: MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR
CPF: 103.233.164-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

MAURICIO DE FREITAS PEREIRA JUNIOR

Cristina Limeira Alves

