



Número: **0860114-25.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/09/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCONDES DOS SANTOS COSTA (REPRESENTANTE)		IVO CASTELO BRANCO PEREIRA DA SILVA (ADVOGADO)	
L. M. D. C. (AUTOR)		IVO CASTELO BRANCO PEREIRA DA SILVA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34250 282	14/09/2020 10:53	2748678_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 Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190279107

Vítima: LUCAS MOREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCONDES DOS SANTOS COSTA

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 14203913





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 Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190279107

Vítima: LUCAS MOREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCONDES DOS SANTOS COSTA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARCONDES DOS SANTOS COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 0000036

Conta: 0000044129-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

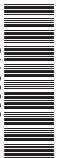
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00829/00830 - carta_15R - INVALIDEZ

00030415



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:

Nome completo da vítima:

715.77493435 LUCAS MOREIRA DA COSTA

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0036 03

CONTA:

00044129 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

(*) 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



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:

Nome completo da vítima:

715.77493435 LUCAS MOREIRA DA COSTA

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

CEP:

Tel.(DDD):

Complemento:

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0036 03

CONTA:

00044129 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 04110.01.2019.1.00.401

SL 7548

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04110.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:12 horas do dia 15 de abril 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 Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Marcondes dos Santos Costa**, RG nº 2904808 SSP/PB, CPF nº 060.571.434-77, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Servente, filho(a) de Maria Gorete Melo dos Santos e Cicero Pereira da Costa, natural de Cuité/PB, nascido(a) em 02/08/1983 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. São Francisco de Assis, Nº 106, complemento Casa, bairro Miramar, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercado Miramar, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98615-0721.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Beira Rio, Próximo Ao Mercado Miramar, João Pessoa/PB, bairro Miramar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/01/19 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que seu filho, **LUCAS MOREIRA DA COSTA** - CPF: 715.774.934-35 -RG: 4.475.259/PB, nascido aos 24/08/2017 com 15 anos, sofreu um atropelamento, onde foi socorrido pelo SAMU e atendido pelo Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena- Conforme LAUDO MEDICO, anexo.

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 fê.

João Pessoa/PB, 15 de abril de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


MARCONDES DOS SANTOS COSTA
Noticiante



Procedimento Policial: 04110.01.2019.1.00.401

1/1



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:

Nome completo da vítima:

715.77493435 LUCAS MOREIRA DA COSTA

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

CEP:

Tel.(DDD):

Complemento:

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

(*) 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



EDSON DA PARAIBA SERVIÇO REGISTRAL * MARQUES COSTA * JOÃO PESSOA
AV. CRUZ DAS ARMAS, 3142/ED. PLANALTO CENTER 9L 02/FUNÇÃO
FONE: (083) 233-5600 / 9382-7748
*****C.G.C. 11.983.335/00001-93*****

CLAUDIA CRISTINA LIMA MARQUES * TITULAR 11ª SERVENTIA *
MAGNA LÚCIA DA SILVA * SUBSTITUTA *

REGISTRADORES

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que as fls. 49, sob o nº 15.993, do livro nº A-25 de assentamentos de nascimentos, está registrado o de

* LUCAS MOREIRA DA COSTA *

do sexo masculino, ocorrido MATERNIDADE GENERAL EDSON RAMALHO, NESTA CAPITAL, no dia dezois de julho de dois mil e três, às 00:20 horas.

O registrando é filho

de MARCONDES DOS SANTOS COSTA
natural de CUITÁ - PB
e de PAULA FRANCINE DOS SANTOS MOREIRA
natural de JOÃO PESSOA - PB

sendo avós

paternos CICERO PEREIRA DA COSTA
e MARIA GORETE MELO DOS SANTOS
e maternos ANTONIO MOREIRA DA SILVA FILHO
e PAULA FRANCINETE DOS SANTOS MOREIRA

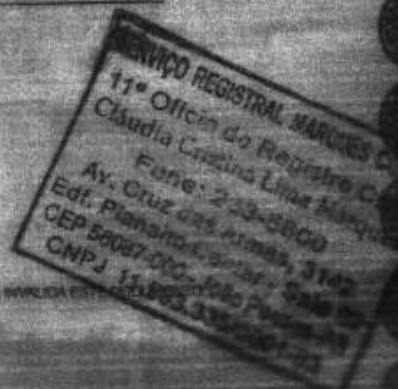
OBSERVAÇÕES: Registro feito no dia 7 de janeiro de 2004.

O referido é verdade e dou fé.

JOÃO PESSOA, 7 de janeiro de 2004.


REGISTRADORA PÚBLICA

Magna Lúcia da Silva
Escriventa Compromissada
CARTÓRIO "MARQUES COSTA"



Reconhecimento Firma no:
Departamento Serviço Notarial
Tel. 233-241-7777

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU FALSIFICAÇÃO É PUNIDA EM LEI.

184488





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

Boletim de Atendimento: 1136938



Identificação do paciente

ID 1367552	Nome LUCAS MOREIRA DA COSTA	Sexo Masculino
Data de nascimento 16/07/2003	Idade 15 anos 6 meses 20 dias	Estado civil
Mãe PAULA FRANCIENE DOS SANTOS MOREIRA	Pai MARCONDES DOS SANTOS COSTA	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MAE - MAE	Prontuário 113521
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986150721	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4475259	Fone Fixo
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURIT (ORTOTRAUMA)	Nº Cns 898003261036232	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo UNIDADESAUDE
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58043362	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Número 106	Complemento		Bairro MIRAMAR

Admissão

Data e Hora 19/01/2019 02:02:26	Número da pulseira 1000007161789	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
		Detalhe do acidente VEICULO X BICICLETA

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Id de transporte RRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos



Diagnóstico	CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	Tempo 01min 26seg

Imprimir



ASSISTENCIAL HTOP

Endereço: RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, S/N, JARDIM 13 DE MAIO, JOAO PESSOA - PB, 58020670

Tel:

CNES: 1145623

Paciente LUCAS MOREIRA DA COSTA		BAE 1136938	Data/Hora Entrada 19/01/2019 02:02:26	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/2003	Idade 15a 6m 3d	Sexo Masculino	CNS 898003261036232	Telefone de Contato (83) 986150721
Mãe PAULA FRANCIENE DOS SANTOS MOREIRA				Prontuário
Endereço SÃO FRANCISCO DE ASSIS, 106		Bairro MIRAMAR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional SAVIO BRUNO SILVA BARROS	Nº Cons. Regional 5615/PB	
Data/Hora Classificação 19/01/2019 02:02:26		Data/Hora Prescrição 19/01/2019 06:29:22		

Anamnese

fratura de plato tibial
para cirurgia

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 ML VIA S.C., 1X AO DIA

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

PROCEDIMENTO

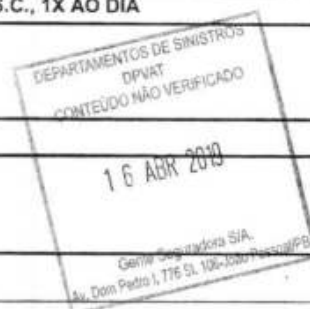
TALA INGUINO PODÁLICO

CID10

Código	Descrição
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Internar Paciente



LUCAS MOREIRA DA COSTA

SAVIO BRUNO SILVA BARROS
(CRM: 5615/PB)

Evento registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 19/01/2019 02:03:52





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

Boletim de Atendimento: 1136938



Identificação do paciente

ID 1367552	Nome LUCAS MOREIRA DA COSTA	Sexo Masculino
Data de nascimento 16/07/2003	Idade 15 anos 6 meses 20 dias	Estado civil
Mãe PAULA FRANCIENE DOS SANTOS MOREIRA	Pai MARCONDES DOS SANTOS COSTA	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MAE - MAE	Prontuário 113521
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986150721	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4475259	Fone Fixo
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Nº Cns 898003261036232	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo UNIDADESAUDE
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58043362	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Número 106	Complemento		Bairro MIRAMAR

Admissão

Data e Hora 19/01/2019 02:02:26	Número da pulseira 1000007161789	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
		Detalhe do acidente VEICULO X BICICLETA

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Id de transporte RRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos



Diagnóstico	CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	Tempo 01min 26seg

Imprimir



ASSISTENCIAL HTOP

Endereço: RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, S/N, JARDIM 13 DE MAIO, JOAO PESSOA - PB, 58020670

Tel:

CNES: 1145623

Paciente LUCAS MOREIRA DA COSTA		BAE 1136938	Data/Hora Entrada 19/01/2019 02:02:26	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/2003	Idade 15a 6m 3d	Sexo Masculino	CNS 898003261036232	Telefone de Contato (83) 986150721
Mãe PAULA FRANCIENE DOS SANTOS MOREIRA				Prontuário
Endereço SÃO FRANCISCO DE ASSIS, 106		Bairro MIRAMAR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional SAVIO BRUNO SILVA BARROS	Nº Cons. Regional 5615/PB	
Data/Hora Classificação 19/01/2019 02:02:26		Data/Hora Prescrição 19/01/2019 06:29:22		

Anamnese

fratura de plato tibial
para cirurgia

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 ML VIA S.C., 1X AO DIA

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO

CID10

Código	Descrição
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Internar Paciente



LUCAS MOREIRA DA COSTA

SAVIO BRUNO SILVA BARROS
(CRM: 5615/PB)

Evento registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 19/01/2019 02:03:52



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: 02/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCONDES DOS SANTOS COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000044129-3

Nr. da Autenticação F06E9D709F947B72



CICERO PEREIRA DA COSTA
RUA TITO SILVA, 133 / C.S. 1 - MIRAPITUBA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58043-092 (43) 3131

Ligação: MONOFÁSICO
Cid/Sec: RBS MTC S17 RESCENCIAL - BARRA VERDE
Potência: 1 x 6-21-4000 Referência: Mar/2019
Medidor: 00006277323 Emissão: 01/03/2019



Energisa - Companhia de Serviços de Energia S.A.
R. do Comércio, 100 - João Pessoa - PB - CEP 58011-000
CNPJ 06.903.000/0001-40 - Fone: 3131-0000

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

Conta referente a: **Mar / 2019**
Apresentação: **01/03/2019**
Data prevista da próxima leitura: **03/04/2019**
CPF/ CNPJ/ RANI: **603.637.624-34**

UC (Unidade Consumidora): **5/586779-1**

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - 75% de desconto sobre a tarifa normal.
Com a tarifa social, você evita a interrupção do fornecimento de energia.
Então, não se esqueça de atualizar seu cadastro e manter em dia o pagamento da conta de energia.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

1 E ABR 2019

Gentle Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 775 SL 106-João Pessoa/PB

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
01/03/19	5187	01/03/19	5679			
Demonstrativo						
CG	Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Valor	Valor
0001	Consumo - 30 kWh - BR	30,000	0,26750	8,02	8,02	27
0001	Consumo - 31 a 100 kWh - BR	70,000	0,49250	34,48	34,48	27
0001	Consumo - 101 a 220 kWh - BR	111,000	0,73500	81,56	81,56	27
0010	Subsídio			48,18	48,18	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIB SERV LUM PUBLICA			5,83	5,83	0
0809	CUSTO DE RELIGACAO NORMAL 03/2019			2,84	2,84	0
0808	PARCELAMENTO DE DEBITO SUE			88,86	88,86	0
0806	Devolução Subsídio			-33,77	-33,77	0





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LUCAS MOREIRA DA COSTA
DATA DE NASCIMENTO 16/07/03
NOME DA MÃE PAULA FRANCIENE DOS SANTOS MOREIRA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 113521
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1136938
DATA DO ATENDIMENTO 19/01/19
HORA DO ATENDIMENTO 02:02
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE BICICLETA X CARRO
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA
CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, TRANSFERIDO DO HOSPITAL ORTOTRAUMA COM FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA, PARA CIRURGIA CONFORME PACTUAÇÃO EXISTENTE. AVALIADO E INTERNADO PELA ORTOPEDIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX JOELHO DIREITO, TC DE JOELHO DIR.
EXAMES HEMATOLOGICOS
ECG com risco cirúrgico.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX JOELHO DIREITO - FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA



TRATAMENTO:

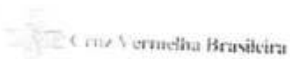
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIR.

ALTA HOSPITALAR: 02/02/19
DATA DA EMISSÃO: 05/04/19

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1136938



Identificação do paciente

ID 1367552	Nome LUCAS MOREIRA DA COSTA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 16/07/2003	Idade 15 anos 6 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 113521
Mãe PAULA FRANCIENE DOS SANTOS MOREIRA	Pai MARCONDES DOS SANTOS COSTA		Responsável (Parentesco) A MAE - MAE	
Escolaridade	DDD Móvel 83		Fone Móvel 986150721	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4475259	Nº Cns 898003261036232		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE		UF PB	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58043362	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Número 106	Complemento	Bairro MIRAMAR	

Admissão

Data e Hora 19/01/2019 02:02:26	Número da pulseira 1000007161789	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco		

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
		Detalhe do acidente VEICULO X BICICLETA

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte TRANSPORTE PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos



Diagnóstico	CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	Tempo 01min 26seg

Imprimir

158:8060/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1136938



ASSISTENCIAL HTOP

Endereço: RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, S/N, JARDIM 13 DE MAIO, JOAO PESSOA - PB, 58020670

Tel:

CNES: 1145623

Paciente LUCAS MOREIRA DA COSTA	BAE 1136938	Data/Hora Entrada 19/01/2019 02:02:26	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/2003	Idade 15a 6m 3d	Sexo Masculino	CNS 898003261036232
Mãe PAULA FRANCIENE DOS SANTOS MOREIRA	Telefone de Contato (83) 986150721		Prontuário
Endereço SÃO FRANCISCO DE ASSIS, 106	Bairro MIRAMAR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional SAVIO BRUNO SILVA BARROS	Nº Cons. Regional 5615/PB
Data/Hora Classificação 19/01/2019 02:02:26	Data/Hora Prescrição 19/01/2019 06:29:22		

Anamnese

tura de plato tibial
rmo para cirurgia

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 ML VIA S.C., 1X AO DIA

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

PROCEDIMENTO

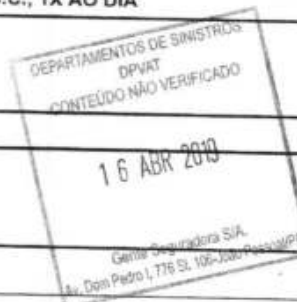
TALA INGUINO PODÁLICO

CID10

Código	Descrição
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Internar Paciente



LUCAS MOREIRA DA COSTA

SAVIO BRUNO SILVA BARROS
(CRM: 5615/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 19/01/2019 02:03:52



ASSISTENCIAL HTOP

Endereço: RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, S/N, JARDIM 13 DE MAIO, JOAO PESSOA - PB, 58020670

Tel:

CNES: 1145623

Paciente LUCAS MOREIRA DA COSTA		BAE 1136938	Data/Hora Entrada 19/01/2019 02:02:26	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/2003	Idade 15a 6m 3d	Sexo Masculino	CNS 898003261036232	Telefone de Contato (83) 986150721
Mãe PAULA FRANCIENE DOS SANTOS MOREIRA				Prontuário
Endereço SÃO FRANCISCO DE ASSIS, 106		Bairro MIRAMAR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional SAVIO BRUNO SILVA BARROS		Nº Cons. Regional 5615/PB
Data/Hora Classificação 19/01/2019 02:02:26			Data/Hora Prescrição 19/01/2019 02:46:34	
Anamnese				
ACIDENTE ENCAMINHADO DO ORTOTRAUMA ACIDENTE DE BICICLETA. REFERE DOR EM JOELHO. CONSCIENTE, ORIENTADO EUPNEICO, HIDRATADO. PERFUSAO OK SOL RX				
EXAME DE IMAGEM				
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA)				
PROCEDIMENTO				
TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES: RETIRAR)				
CID10				
Código	Descrição			
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tibia			
Conduta				
Em observação				

LUCAS MOREIRA DA COSTA

SAVIO BRUNO SILVA BARROS
(CRM: 5615/PB)



Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 19/01/2019 02:03:52



ASSISTENCIAL HTOP

Endereço: RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, S/N, JARDIM 13 DE MAIO, JOAO PESSOA - PB, 58020670

Tel:

CNES: 1145623

Paciente LUCAS MOREIRA DA COSTA	BAE 1136938	Data/Hora Entrada 19/01/2019 02:02:26	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/2003	Idade 15a 6m 3d	Sexo Masculino	CNS 898003261036232
Mãe PAULA FRANCIENE DOS SANTOS MOREIRA			Telefone de Contato (83) 986150721
Endereço SÃO FRANCISCO DE ASSIS, 106			Prontuário
Bairro MIRAMAR		Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional SAVIO BRUNO SILVA BARROS	Nº Cons. Regional 5615/PB
Data/Hora Classificação 19/01/2019 02:02:26		Data/Hora Prescrição 19/01/2019 06:29:22	
Anamnese Fratura de plato tibial lemo para cirurgia			
DIETA DIETA, VIA ORAL			
MEDICAÇÃO SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S) SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H Diluir DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 ML VIA S.C., 1X AO DIA			
EXAME LABORATORIAL HEMOGRAMA COMPLETO COAGULOGRAMA COMPLETO			
PROCEDIMENTO TALA INGUINO PODÁLICO			
CID10			
Código	Descrição		
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tibia		
Conduta internar Paciente			

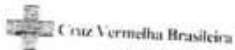


LUCAS MOREIRA DA COSTA

SAVIO BRUNO SILVA BARROS
(CRM: 5615/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 19/01/2019 02:03:52





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNS: 445365 - Tel: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: LAJANA KAREN
DANTAS BARRETO
Em: 30/01/2019 13:19:42

Paciente LUCAS MOREIRA DA COSTA	Boletim de Atendimento 1136938	Data/Hora Entrada 19/01/2019 02:02:26	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/07/2003	Idade 15	Sexo Masculino	CNS 898003261036232
Tempo de Internação 11d 5h 54min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 113521
Data de Entrada 19/01/2019 02:02:26	Data Internação 19/01/2019 07:25:22	Permanência na Unidade: 11d 11h 17min	Plantão DIURNO
			Permanência no Leito: 10d 19h 38min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAJANA KAREN DANTAS BARRETO - 30/01/2019 13:19:21)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

pol de tratamento cirurgico de fratura de tibia proximal direita, sem intercorrências

cd: vpm, raiox de controle e hemograma

staff: dr kartney

ção: HTOP - ENF 10 Leito: 0001

Assinal responsável pela informação: LAJANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Dr. Lajana Dantas Barreto



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2020 10:53:38

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091410533789900000032756977

Número do documento: 20091410533789900000032756977

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <u>HUP</u>			2 - CNES: <u> </u>	
1.2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <u>HUP</u>			4 - CNES: <u> </u>	
3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 3.1 - NOME DO PACIENTE: <u>Lucas Norino do Costa</u>			5 - N° DO PRONTUÁRIO: <u>1136936</u>	
3.2 - DATA NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u> </u>			6 - DATA DE NASCIMENTO: <u> </u>	
3.3 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <u> </u>			7 - SEXO: Masc ☒ 1 Fem ☐ 3	
10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): <u> </u>			11 - TELEFONE DE CONTATO: <u> </u>	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u> </u>			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: <u> </u>	
15 - UF: <u> </u>			16 - CEP: <u> </u>	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): <u> </u>				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: <u> </u>			19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: <u> </u>	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: <u> </u>			21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: <u> </u>	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u> </u>			23 - CID 10 PRINCIPAL: <u> </u>	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO: <u> </u>			25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: <u> </u>	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: <u> </u>			27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: <u> </u>	
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: <u> </u>			30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>			32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>			34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>			36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: <u> </u>				
<u>ENC CL 4.5 - N° 01</u> <u>Requisitos especiais N° 54-01.</u> <u>N° 56-01.</u> <u>01 - Brunk.</u>				
DEPARTAMENTO DE REGISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 1 E ABR 2019 Gerente Seguradora S/A Av. Dom Pedro I, 175 SL 106-João Pessoa/PB				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <u> </u>			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>30/01/19</u>	
41 - DOCUMENTO: <u> </u>			42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <u> </u>	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): <u> </u>			44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>30/01/19</u>	
AUTORIZAÇÃO				
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <u> </u>			46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: <u> </u>	
47 - DOCUMENTO: <u> </u>			48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <u> </u>	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): <u> </u>			50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>30/01/19</u>	





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HISTÓRICO

NOME:	LUCAS MOREIRA DA COSTA		BE/PRONTUÁRIO	1136938
IDADE:	15	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM	COR:	DATA: 30/01/2019
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA		EMP:	LR:
CIRURGIA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA			
CIRURGIÃO:	DR KARTNEY	1º ASS:	MR1 LAIANA	
2º ASS:		3º ASS:		
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA:		
TIPO DE ANESTESIA:	RAQUIANESTESIA	HORÁRIO	INÍCIO:	TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA	

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

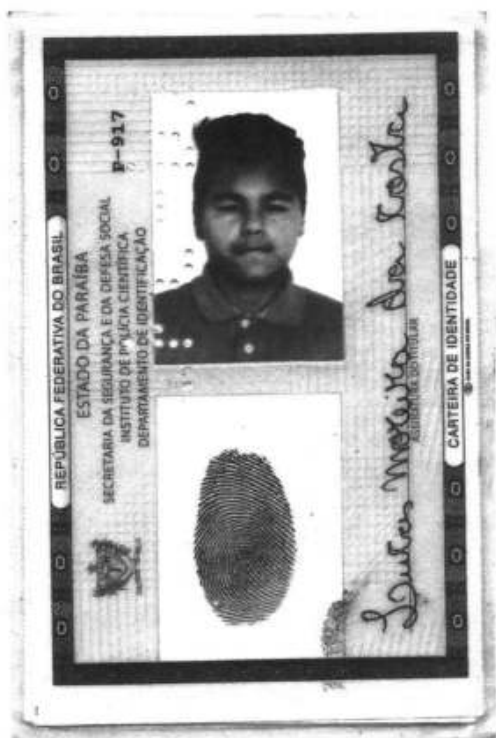
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

30/01/2019





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129822/19

Vítima: LUCAS MOREIRA DA COSTA

CPF: 715.774.934-35

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: LUCAS MOREIRA DA
COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCONDES DOS SANTOS COSTA : 060.571.434-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LUCAS MOREIRA DA COSTA : 715.774.934-35

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.

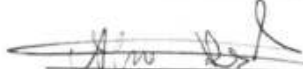
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2019
Nome: MARCONDES DOS SANTOS COSTA
CPF: 060.571.434-77

MARCONDES DOS SANTOS COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30


ALINE GOMES DE BRITO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190279107 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS MOREIRA DA COSTA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PARAFUSOS CORTICAIS) E ALTA MÉDICA. (P7 E P8)

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129822/19

Vítima: LUCAS MOREIRA DA COSTA

CPF: 715.774.934-35

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: LUCAS MOREIRA DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCONDES DOS SANTOS COSTA : 060.571.434-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LUCAS MOREIRA DA COSTA : 715.774.934-35

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: 16/04/2019
Nome: MARCONDES DOS SANTOS COSTA
CPF: 060.571.434-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

MARCONDES DOS SANTOS COSTA

ALINE GOMES DE BRITO

