



Número: **0805116-39.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **28/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

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	
MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR)		MARCILIO FERREIRA DE MORAIS (ADVOGADO) LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36894 408	20/11/2020 10:01	<a href="#">2766124_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 26 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200303715**

**Vítima: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 10/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA**

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,

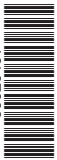
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 16066193

Pag. 00993/00994 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020497





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200303715**      **Vítima: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 10/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01183/01184 - carta\_11 - INVALIDEZ

00060592





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) da cobertura:  DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou AG: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **709.310.214-65** 4 - Nome completo da vítima: **MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA**

### REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TACA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR GUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo: **MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA** 6 - CPF: **709.310.214-65**  
7 - Profissão: **repentin de frios** 8 - Endereço: **Rua Padre Genésio Pinto** 9 - Número: **1.184** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **Marco Moura** 12 - Cidade: **Santa Rita** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: \_\_\_\_\_  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Telefone: **(83) 9 8883 2027**

### 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 (Consulte para os bancos abaixo. Anexe uma cópia)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: **BRABESCO**  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ressarcimento 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 5.194/74), 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 trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.  
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.

### IDENTIFICAÇÃO 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 nascido(a) filho(s)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmão(s)?  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 às únicas beneficiárias 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 298 do Código Penal.

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legal de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legal de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **1000 Figueira PB, 23/09/2020**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Matheus da Silva Oliveira**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

V002/2019





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00257.01.2019.1.05.014**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00257.01.2019.1.05.014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:56 horas do dia 25 de novembro de 2019, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 14ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Leonardo Souto Maior Soares, matrícula 1559940, e lavrado por Clélio Pessoa de Carvalho, Agente de Investigação, matrícula 1818686, ao final assinado, compareceu **Matheus da Silva Oliveira**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Reposição de Frios, filho(a) de Mônica Lucas da Silva Oliveira e Joelci Francisco de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/01/1996 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre Geraldo Pinto, Nº 1184, bairro Marcos Moura, tendo como ponto de referência Na Mesma Rua da Padaria Progresso, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98883-2037.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Avenida Conde, Próximo Ao Bar do Bode, Santa Rita/PB, bairro Tibirí; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/11/19 12:00h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia, hora e lugar acima mencionados estava conduzindo sua moto HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA MOS4354/PB, COR BRANCA, quando passou em buraco e caiu vindo a machucar o braço esquerdo. Que mesmo ferido foi fazer a prova do ENEM e no outro dia foi no HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA, sendo neste diagnosticado com o CID10 620.

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.

Santa Rita/PB, 25 de novembro de 2019.

  
CLÉLIO PESSOA DE CARVALHO  
Agente de Investigação

  
MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA  
Notificante



Procedimento Policial: 00257.01.2019.1.05.014





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) da cobertura:  DAAIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou AG: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 709.310.214-65 4 - Nome completo da vítima: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

### REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TACA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR GUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA 6 - CPF: 709.310.214-65  
7 - Profissão: repentin de frios 8 - Endereço: Rua Padre Genésio Pinto 9 - Número: 1.184 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Marco Moura 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: \_\_\_\_\_  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Telefone: (83) 9 8883 2027

### 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 (Consulte para os bancos abaixo. Anotar uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BRABESCO  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informe o dígito se existir) (Informe 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 5.194/74), 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 dos lesões permanentes decorrentes de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou Div)  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 nascido(a) filho(s)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmão(s)?  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 às únicas beneficiárias 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 298 do Código Penal.

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legal de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legal de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 1000 Figueira PB, 23/09/2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Matheus da Silva Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



MONICA LUCAS DA SILVA OLIVEIRA  
 RUA PADRE GERARDO PRATO, 1394 - BARRIOS MOURA  
 SANTA RITA / PE CEP: 55020-040  
 CDD/CONSUMIDOR: 070 035 894-04



Serviço: CONVENCIONAL SANTA TERESIA - Subgrupo: B1  
 Classe: R01 R02 B1 / Quilômetros RODOMICAL  
 Unidade: MONTEBASCO  
 Rua: 11-B-377-4110 - N° Medidor: 330103338

**UNIDADE CONSUMIDORA (UC)**  
**5/668633-1**

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 000000001

<b>VALOR DA FATURA</b> R\$ 135,54	<b>VENCIMENTO</b> 03/08/2020
<b>REFERÊNCIA</b> Jul / 2020	<b>CONSUMO</b> 157 kWh
<b>SITUAÇÃO DE DÉBITOS</b>	
<b>Sujeito a corte!</b>	
<b>FATURAS EM ATRASO</b>	
Jun/20 05/14,58	

Realiza de vencimento:  
 Seu vencimento passou por atrasado  
 e por ser 1/10/2020  
 Regularize seus débitos

CC	Descrição	Quant	Taxa de Trib. Atx	Valor Total (R\$)	Base Calc. (R\$)	Alíq. (%)	Valor Total (R\$)	Base Calc. (R\$)	Alíq. (%)	Valor Total (R\$)
0001	Consumo kWh	157	0,0000	127,66	127,66	3%	34,42	127,66	1,52	6,11
0002	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			10,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	BÔNUS TAPAJUÉ 19900002 020119			0,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Cálculo de Classificação de Tarifas TOTAL: 135,54 127,66 34,42 127,66 1,52 6,11  
 Tarifa e Tributos

RESERVADO AS FOLHAS 0401.0002.7000-4046.1407.2075.0004.0475

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	%
Agosto	144	11,54	8,48
Setembro	166	13,34	9,84
Outubro	203	16,24	11,94
Novembro	187	15,04	11,08
Dezembro	209	16,74	12,30
Janeiro	217	17,34	12,78
Fevereiro	246	19,64	14,44
Março	146	11,64	8,56
Abril	203	16,24	11,94
Maior	239	19,14	14,08
Junho	187	15,04	11,08
Total	203	16,24	11,94

**PRÓXIMA LEITURA: 28/08/2020**

UNIDADE DE MEDIÇÃO	ANUAL	ANUAL	ANUAL
MPA	0,33	0,33	0,33
Imposto de Serviço de Energia - IC	0,33	0,33	0,33
Imposto de Serviço de Energia - IC	0,33	0,33	0,33
Imposto de Serviço de Energia - IC	0,33	0,33	0,33

Para saber mais sobre a energia, acesse o site [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br) ou ligue para o 0800 000 0000.

Atendimento de emergência: 0800 000 0000

Atendimento de reclamações: 0800 000 0000

Atendimento de dúvidas: 0800 000 0000





Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários - (83) 3255-8900  
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba  
CNPJ: 12.361.267/0088-44

## D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que o paciente **MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA**, foi atendido neste Hospital no dia **11/11/2019**, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme cópia do prontuário nº **63381744**.

João Pessoa, 04 de Dezembro de 2019.

Everton Carvalho  
Faturista

\_\_\_\_\_  
Everton Pereira de Carvalho  
Faturista







FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
63381744

!bl40"

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

04/12/2019 11:12:14

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12346684	MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA	M	30/07/1988	23
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
4148149 SSP PB	70431021465		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA PADRE GERALDO PINTO,184 - TIBIRI DOIS, SANTA RITA(PB) CEP 58300770				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
888632037	888632037			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
1822 HAPVIDA JOAO PESSOA	1 PLANO EMPRESA APARTAMENTO - COLETIVO		
Carteira	Validade		
58336000163000015			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-REC EMG - HGP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
11/11/2019	07:55		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
3334672-DANIEL CONSERVA ARRUDA			TRAUMATOLOGIA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			



ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

04/12/2019 13:55

Paciente:	MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA	Dt. Nasc.:	30/07/1996	Atendimento:	63381744	Prontuário:	12346664
Convênio:	HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito:	118215/B		
Profissional(is):	DANIEL CONSERVA ARRUDA CRM 11104 [1]		NP:	46743219	11/11/2019	##	06:55
<b>ANAMNESE</b>							
Queixa Principal	PACIENTE COM HISTÓRIA DE DOR EM PUNHO ESQ REFERE QUEDA AO SOLO HA -- 1 DIA SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO COM EDEMA EM PUNHO  CD: SOLICITO EXAMES: ANALGESIA						[1]
Queixa Principal							
Diagnóstico Inicial	99 <CID 10 NÃO AGRUPADOS>						[1]
CID10	S602 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO						[1]
Alergias	Não						[1]
Medicação Em Uso	Não						[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não						[1]
Comorbidades	Não						[1]
<b>DIAGNÓSTICO</b>							
CID10	S602 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO						[1]
CID10	S602 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO						[1]
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>							



Paciente: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 30/07/1996	Atendimento: 63381744	Prontuário: 12346684
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118215/B	
Profissional(is): DIEGENA SUÊNIA BARBOZA DE ALMEIDA COREN 271162 [1]		NP: 46744595	11/11/2019 às 07:46

**SINAIS E SINTOMAS**

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim	[1]
---	-----	-----

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	CETOPROPENO IV FRAP 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 07:46, EM 11/11/2019 POR DIEGENA SUÊNIA BARBOZA DE ALMEIDA, COREN/PB 271162.  PUNÇÃO C/ JELCO - REALIZADO AS 07:46, EM 11/11/2019 POR DIEGENA SUÊNIA BARBOZA DE ALMEIDA, COREN/PB 271162.  PUNÇÃO C/ SCALP - REALIZADO AS 07:46, EM 11/11/2019 POR DIEGENA SUÊNIA BARBOZA DE ALMEIDA, COREN/PB 271162.	[1]
--	---	-----

**AVALIAÇÃO DE RISCO**

Hemorragia Puerperal	-	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	-	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	-	[1]
Queda Adulto (Morse)	-	[1]
Queda Pediátrica (Humpy-Dumpy)	-	[1]
Fiebite	-	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	-	[1]



ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

04/12/2019 13:56

Paciente: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 30/07/1996	Atendimento: 63381744	Prontuário: 12346684
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118215/8	
Profissional(is): ROBERTO ANTONIO BASTOS CORREIA LIMA CRM 1725 [1]	Nº: 48745096	11/11/2019	às 07:58

**ANAMNESE**

Queixa Principal	TRAUMA NO PUNHO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

**DIAGNÓSTICO**

CID10	S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO	[1]
CID10	S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO	[1]

**CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**



ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

04/12/2019 13:57

Paciente: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 30/07/1996	Atendimento: 53381744	Prontuário: 12346664
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118215/E	
Profissional(is): ROBERTO ANTONIO BASTOS CORREIA LIMA CRM 1726 [1]	Nº: 46745481	11/11/2019	08:07
<b>ANAMNESE</b>			
Queixa Principal	REFERE DORES NO PUNHO		[1]
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	S8 - <CID 10 NÃO AGRUPADOS>		[1]
CID10	S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
Comorbidades	Não		[1]
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
CID10	S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO		[1]
CID10	S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO		[1]
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			



ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

04/12/2019 13:57

Paciente: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 30/07/1996	Atendimento: 63381744	Prontuário: 12346884
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/13	
Profissional(is): SERGIO LUIZ FERREIRA DA SILVA COREN 15017 (1)	Nº: 45748577	11/11/2019	## 08:28

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 08:28, EM 11/11/2019 POR SERGIO LUIZ FERREIRA DA SILVA, COREN/AL 15017. (1)

**AVALIAÇÃO DE RISCO**

Hemorragia Puerperal	-	(1)
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	-	(1)
Lesão Por Pressão Pediátrica (Braden Q)	-	(1)
Queda Adulto (Morse)	-	(1)
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	-	(1)
Fiebite	-	(1)
Tromboembolismo Venoso Clínico	-	(1)









PRESCRIÇÃO MÉDICA

X

E

Paciente: MATHIEUS DA SILVA OLIVEIRA	Dr. Nasc. 30/07/1996	Atendimento: 63381744
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 24577312	Prontuário: 12346684
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Ledito: 118215/8	Peso: kg
1. CETOPROFENO IV (100,00mg) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	1 FRAMP/FRAMP C/ 100MG/gora EV
2. PUNCAO CSCALP		
3. PUNCAO C/ELCO		
4. CALHA OU TALA MEMBRRO SUPERIOR	1	24/24h

Profissionais: CRM-11134 DANIEL CONSERVA ARRUDA



Atento

Atento e/ou Theres da Silva  
Diretor, Hospital de ETO-690,  
necessário de 30 (trinta)  
dias afastamento de seus  
atributos profissionais,  
causar a presente da tp.

11/11/20

Dr. Roberto A.B. Correa Lima  
Otorrinolaringologista  
CRM 017.554/004-63 CRM 1121



## ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR(A) Mathew de Silva  
Oliveira COMPARECEU A URGÊNCIA DO  
HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA NO DIA 31/10 /2019, SENDO NECESSÁRIO O  
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS PELO PERÍODO DE 30  
(30/10/19) DIA (S) A PARTIR DESTA DATA, TENDO COMO  
CAUSA A DOENÇA IDENTIFICADA PELO CÓDIGO ABAIXO:

630  
CID10

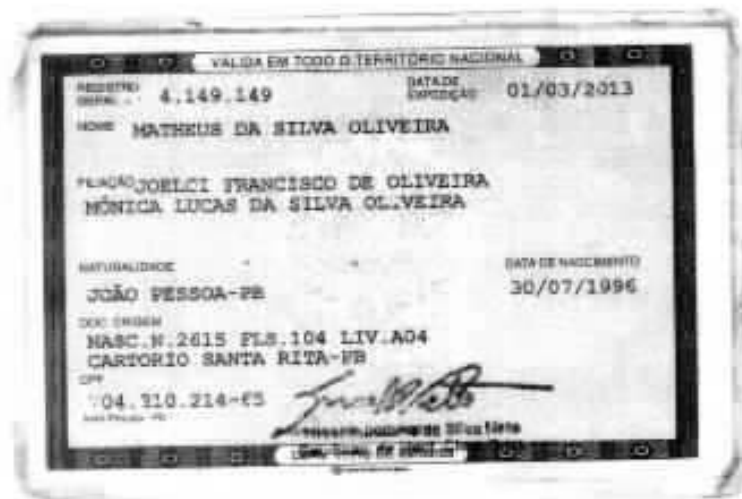
Dr. Roberto A.S. Correia Lima  
Ortopedista Traumatologista  
CPF: 072.650.004-85 CRM-1795

Assinatura do Médico





*Mathheus da Silva Oliveira*





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238234/20

**Vítima:** MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

**CPF:** 704.310.214-65

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/11/2019

**Titular do CPF:** MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA : 704.310.214-65

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](http://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: 25/08/2020  
Nome: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA  
CPF: 704.310.214-65

MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/08/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

