



Número: **0854306-05.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **06/11/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE (ADVOGADO) José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque (ADVOGADO) IGOR TRIGUEIRO TAVARES (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37088 416	25/11/2020 14:16	2768954_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, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190025027

Vítima: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

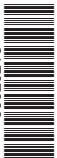
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13819319

Pag. 00425/00426 - carta_01 - INVALIDEZ

00020213





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 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190025027

Vítima: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00465/00466 - carta_03 - INVALIDEZ

00050233



Carta nº 13827424





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, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190025027

Vítima: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

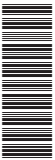
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01059/01060 - carta_16 - INVALIDEZ

00020530



Carta nº 14571619



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:
	736.004.974-89	YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA	736.004.974-89	
Profissão:	Endereço:	Número:
Garçon	JOSE DANTAS DE ALMEIDA	30
Complemento:		101
Bairro:	Cidade:	Estado:
JARDIM VERDEZA	JOÃO PESSOA	PARNABA
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58084145	98847085

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>
AGÊNCIA: CONTA:	AGÊNCIA: CONTA:
(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.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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
Vivos:	Falecidos:	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 comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	TESTEMUNHAS
João Pessoa - PB 10/01/2019	1ª Nome: <u>PROTÓCOLO</u>
Nome:	CPF: <u>AG JOÃO PESSOA</u>
CPF:	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura
Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) 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





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09812.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09812.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:10 horas do dia 14 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Yan Bruno Pereira da Silva**, CPF nº 716.004.974-89, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Garçon, filho(a) de Maria das Graças da Silva e Cláudio Pereira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 06/08/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Dantas Almeida, Nº 30, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Bloco B Ap 101, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98692-7477.

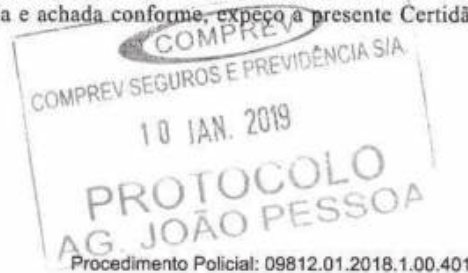
Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Diógenes Chianca, Centro Administrativo Municipal, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/08/18 15:35h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA TARDE DO DIA 18/08/2018, POR VOLTA DAS 15:35, O SENHOR MATIAS DOS SANTOS SILVA, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA CG FAN DE COR PRETA, ANO 2014, PLACA NPY-2621/PB, CHASSI 9C2JC4110ER108754, EM NOME DESTA NOTIFICANTE, ONDE O SENHOR YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA ESTAVA COMO GARUPA NA MOTOCICLETA; QUE ESTAVAM NA RUA DIÓGENES CHIANCA, ÁGUA FRIA, NESTA CAPITAL, QUANDO O MOTORISTA DO VEÍCULO RENAULT CAPTUR DE COR VERMELHA E PLACA QFY-9634/PB, QUE VINHA EM UMA RUA SECUNDÁRIA, NÃO RESPEITOU A PLACA DE PARADA OBRIGATÓRIA, AVANÇOU NO CRUZAMENTO E COLIDIU NA MOTOCICLETA ONDE ESTAVAM O SENHOR MATIAS E O SENHOR YAN; QUE AMBOS OS OCUPANTES DA MOTOCICLETA CAÍRAM; QUE O SENHOR MATIAS DOS SANTOS SILVA FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DOS BOMBEIROS E LEVADO AO HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM O CID T14.9 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. TEÓFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA; QUE O GARUPA DA MOTOCICLETA, O SENHOR YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA, FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM ABRASÃO EM PATELA ESQUERDA, PASSANDO POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 18/08/2018 E COM ALTA MÉDICA EM 23/08/2018, CONFORME CERTIDÃO 1610/2018 ASSINADA PELA MÉDICA FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO CRM/PB 4516; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

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



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



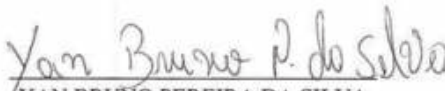
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

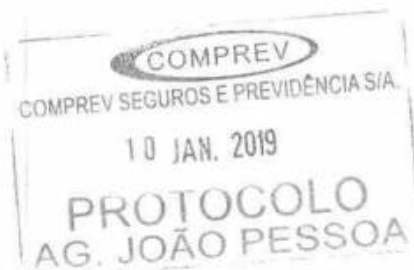


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 14 de dezembro de 2018.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Agente de Investigação


YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 09812.01.2018.1.00.401

2/2



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:
	736.004.974-89	YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA	736.004.974-89	
Profissão:	Endereço:	Número:
Garçon	JOSÉ DANTAS DE ALMEIDA	30
Bairro:	Cidade:	Estado:
JARDIM VENTURA	JOÃO PESSOA	PARNABA
E-mail:	CEP:	Complemento:
	58084145	101
	Tel. (DDD):	
	98847085	

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>
AGÊNCIA: CONTA:	AGÊNCIA: <u>3468</u> <u>1</u> CONTA: <u>0003411</u> <u>8</u>
(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.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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
Vivos:	Falecidos:	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 comprovarem 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.

Assinatura	Local e Data: <u>João Pessoa - PB 10/01/2019</u>	TESTEMUNHAS
Nome:	Nome:	1ª Nome: <u>PROTÓCOLO</u>
CPF:	CPF:	CPF: <u>AG JOÃO PESSOA</u>
		Assinatura
		2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 812/018, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2166052, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA** idade 22 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 18/08/2018, na Rua Diógenes Chianca, Bairro: Água Fria - João Pessoa - aproximadamente às 15:35 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 06 de Dezembro de 2018.

Alisson Monte
SAME SAMU 192
Matr. 629235

P/ Alisson Monte
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





- 09 -

CERTIDÃO

Nº. 1610/2018

Atendendo solicitação de VLADISLAN RIBEIRO DE SOUZA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155195 e Prontuário nº 2018.08.002782 pertencentes a **YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA** que foi atendido dia 18/08/2018 às 16H47min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou abrasão em patela esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 18/08/2018 com alta médica dia 23/08/2018.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de novembro de 2018


Médica
CRM/PB 4516



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 155195 Atd: Nao Regulac
Data: 18/08/2018
Hora: 16:47:25
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIG
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4053342 Fone: 986927477
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/08/1994 Id: 24 ano(s)
End.: CONDOMINIO VIEIRA DINIZ, 0APTO 102
Bairro: JARDIM VENEZA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: MARIA DAS GRACAS DA SILVA Pai: CLAUDIO PEREIRA DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: CASADO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: O MESMO - ESPERANDO ALGUÉM DA FAMILIA CHEGAR- INFORMACOES DO PACIENTE
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Endência: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO DE FRENTE A

Vitima de violência por: PREFEITURA EM AGUA FRIA, ERA CARONA DA MOTO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Q: a Principal

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

10 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de queda de moto há ± 2h com lesões em face e
R com perda de sustentação e limitação de movimento. Apresenta
do membro R e presença de dor em face R. Não vemido -
Diagnóstico de contusão. ABB: placido condotado. H.V. 11 R.A. Tirox sem
alterações.

Prescrição

| Horario da medicacao

Paracetamol 100mg + 100ml 5% 9% EV 160x1. 16:00 e 18:00

Rx = Não usar analgésicos ou laxantes -

2) Anestesia do site de punção
3) Alta do curativo geral

Dra. Tamarita Celly
Especialista em
CRM-PB 8074

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

τ

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



Nome: Yan Bruno Pereira da Silva				Registro: 201808002782	
Idade: 24 A	Sexo: m	Cor: br	Clínica: ORTOPEDIA	EMP:	LR:
Data: 18 / 08 / 2018			Cirurgião: DR Thiago Danilo R. Almeida		
1º Assistente: Ingrid Catalini			2º Assistente:		
Anestesista: Dr. Everardo			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Abrasão de Patela esq</i>					
lesão parcial de mecanismo extensor (Tendão patelar) esq					
Extenso Ferimento em joelho esquerdo					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Tratamento cirúrgico de Fratura abrasiva de patela esq</i>					
Reconstrução de mecanismo extensor					
Sutura de extenso ferimento					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A
18 JAN 2019
AG. PROTOCOLO
JOÃO PESSOA
DR. THIAGO DANILLO R. ALMEIDA
Ortopedia pediátrica
CRM-PB: 11776



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Observado extenso ferimento em joelho esquerdo com lesão de 20% de tendão patelar + vasto lateral

Desbridamento de extenso ferimento com alto grau de contaminação

Lavagem abundante de Ferida com SF 0,9%

Reconstrução de tendão patelar E retensionamento de vasto lateral com vicryl 0-0

Sutura de pele com nylon 2-0

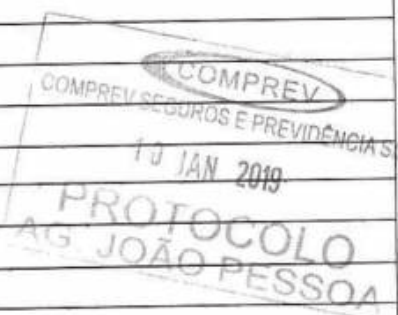
Curativo

Boa perfusão distal e pulsos distais palpáveis após procedimento cirurgico

Conduta:

i enfermaria após recuperação anestésica em SRPA

OBS:



DR. THIAGO DANIEL R. ALMEIDA
Otorrinolaringologista
CRM-PB: 11776

Data: 18 / 08 / 2018

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



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

CÓDIGO DE CONTROLE
15C9.3401.43DF.4080



Emiido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:00:05 do dia 20/10/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO
L-236

Assinatura digital: Yan Bruno P. da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
716.004.974-89

Nome
YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

Nascimento
06/08/1996

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
4.053.342 - 2ª VIA

DATA DE
EXPIRAÇÃO
21/08/2017

Nome
YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

Fluência
CLÁUDIO PEREIRA DA SILVA
MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DOC. CIVIL
JOÃO PESSOA-PB

CERT. NASC. Nº72.079 - LVA-69 - FLS.87 - CARTORIO 3º JOÃO PESSOA-PB

CPF
716.004.974-89

DATA DE EMISSÃO
20/08/83



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010499/19

Vítima: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

CPF: 716.004.974-89

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 18/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA : 716.004.974-89

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: 10/01/2019
Nome: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA
CPF: 716.004.974-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

