

## **Quesitos para a perícia:**

- 1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:
- 2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.
- 3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?
- 4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.
- 5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?
- 6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?
- 7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?
- 8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?
- 9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 18/01/2018 15:12:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011815124031200000011875563>  
Número do documento: 18011815124031200000011875563

Num. 12145891 - Pág. 11



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 211704 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mae, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal")

Número do Sinistro ou ASL  CPF da Vítima  Nome completo da vítima   
*Aline G. da Conceição*

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome Completo <input type="text"/> <i>Aline G. da Conceição</i>	CPF titular da conta <input type="text"/> <i>101675094-38</i>	Profissão <input type="text"/>
Endereço <input type="text"/> <i>Rua Luis Caldas de São Brás</i>	Número <input type="text"/> <i>36</i>	Complemento <input type="text"/>
Bairro <input type="text"/> <i>Jacareí</i>	Cidade <input type="text"/> <i>Caieiras</i>	Estado <input type="text"/> <i>Paráiba</i>
Email <input type="text"/>	CEP <input type="text"/> <i>58322000</i>	Telefone (DDU) <input type="text"/>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REFUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	CONTA NRO. <input type="text"/>	BANCO NOME <input type="text"/>	AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>
D/V <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	Informar dígito se existir	Informar dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*1 Pessoa* . 18 de *Outubro* de *2017*

Local e Data

*+ Aline G. da Conceição*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 18/01/2018 15:12:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011815095432900000011875624>  
Número do documento: 18011815095432900000011875624

Num. 12145952 - Pág. 2

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Aline Gomes da Conceição,

RG nº 3764224, data de expedição 14/03/14, Órgão SSP/PB,

CPF nº 101 675 094 -38 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Luis Caldas de Sá Barreto</u>
Número	<u>nº 36</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Jacumã</u>
Cidade	<u>Caede -</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58322000</u>
Telefone de Contato	<u>987707362</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa 19-10-2017

Assinatura do Declarante: Aline Gomes da Conceição



EDGAR HENRIQUE BEZERRA  
RUA LUIZ CALDAS DE SA BARRETO, 38 - JACUMA  
CONDE / PB CEP: 58320000 (AG 1)

Emissão: 18/09/2017 Referência: Set / 2017  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL TRIFASICO B/230, Km25 - Crato Redenior - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
Rotero: 9- 21- 470- 120 N° medidor: 03008781801  
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc Est: 18.015.823-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000 665 053  
Cód. para Dátil Automatizado: 000097725

energisa

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800-083-0196 | Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da proxima leitura:	CPF/CNPJ/RAM
Set / 2017	18/09/2017	18/10/2017	4000650459 Insc. Est.

Vl. (Unidade Consumidores):

Canal de contato:

Ao acessar www.energisa.com.br você resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como: segunda via de conta, mudança de endereço, "abegaço", consulta a débitos, entre outros.

5/597752-5

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Letura	Data Letura			
17/09/17 17479 18/09/17 15302				
<b>Demonstrativo</b>				
CCI	Descrição	Quantidade Tensão	Vl. Base Cál. Anq. Inc.(%) Base Cál. Pd.(%) Cálculo(R\$)	
		Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pd.(%) Pd/Cofins(R\$) IPI(%)		
0201	Consumo em kWh	829.000 0,575720 580,18 580,19 27 151,24 580,18 2,58 11,82		
0801	Adic. B. Vermelha	15,41 5,41 27 4,18 16,41 3,07 0,32		
0801	Adic. B. Amarela	13,28 3,28 27 3,59 13,28 0,09 0,23		
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0807	CONTRIBUICAO ILUM PÚBLICA	27,23 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		
0304	JUROS DE MORA 07/2017	5,30 0,00 0 0,03 0,00 0,00 0,00		
0305	MULTA 07/2017	11,43 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		
CCI Código da Classificação do Item TOTAL 833,32 582,55 155,93 589,85 2,83 12,42				

Mês de referência (Mês)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
2017	26/09/2017	R\$ 633,38

#### Historico de Consumo (kWh)

851	679	833	1032	889	851	991	777	901	907	881	830
Agosto/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abri/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Sep/16

RECUPERAÇÃO DE DEVEDOR  
47f0.3584.bdbe.4d2b.3444.d26b.aa8e.c200.

Indicadores de Qualidade			7/2017 - Gond		
Límites da ANEEL	Apurada	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIGIMENSAL	8,47	5,00	NOMINAL	152,56	24,08
DIGITRAESTRAL	12,94		380	188,51	31,03
DIGANUAL	25,95			23,43	3,70
FIGIMENSAL	3,67	0,00	CONTRATADA	42,28	6,87
FIGITRAESTRAL	1,77		LIMITE MÍNIMO	218,82	34,22
FIGANUAL	1,77		LIMITE SUPERIOR	0,00	0,00
DIGIC	3,95	0,00		Total	633,38
DICRI	12,22				100,00

Valor do EUGD (Rel.7/2017) R\$ 203,88

ATENÇÃO			Prazos entre vencimento
AVISO DE VENCIMENTO: Caso o pagamento da fatura não permanecer pendente no prazo estabelecido, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 03/10/2017. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não garante a possibilidade da dayuse suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja consumido ou se as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa informação. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no sistema integramente. Recurso Tarifário - Vigência: 26/08/17-Res. ANEEL nº 2.251-Série Tarifária 12.2456 Médio Recurso Tarifário - Vigência: 26/08/17-Res. ANEEL nº 2.251-Alt Tarifária 18.2016 Médio			Ago/17 620,99

PARÁBA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
Referência: 0-21-470-120 Matrícula: 597752-2017-09-8	26/09/2017	R\$ 633,38

83640000006-0 33380054000-2 05977522017-7 09800021019-9



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**

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

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01890.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01890.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:32 horas do dia 11 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **ALINE GENEROZA DA CONCEIÇÃO**, CPF nº 101.675.094-38, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Terezinha Generoza da Conceição e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/02/1978 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luiz Caldas de Sá Barreto, Nº 36, complemento casa, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Rosa dos Ventos, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98770-7362.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Luiz Caldas de Sá Barreto, nº 36, Casa, Rosa dos Ventos, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/05/17 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE CONDUZIA O CICLOMOTOR SHINERAY DE COR VERMELHA ANO 2015, PLACA QFM-9988-PB, CHASSI Nº 99HPH1050GS000700, EM NOME DE VALDECI RUFINO DOS SANTOS, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 14/09/2014.

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

João Pessoa/PB, 11 de outubro de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigacao

ALINE GENEROZA DA CONCEIÇÃO  
Noticiante

Procedimento Policial: 01890.01.2017.1.00.420

1/1



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 18/01/2018 15:12:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011815095432900000011875624>  
Número do documento: 18011815095432900000011875624

Num. 12145952 - Pág. 5

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Aline Genuíza da Conceição, portador da carteira de identidade nº 3764224 e inscrito no CPF/MF sob o nº 101675094-38, residente e domiciliado na Rua heus Caldas de Sa Barreto nº 36, Cidade Onde, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Aline Genuíza da Conceição

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

1.Pessoa 1a de Outubro de 2017

Local e data



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
3.764.224	14/03/2014
NOME ALINE GENEROZA DA CONCEIÇÃO	
FILHA DE	
TEREZINHA GENEROZA DA CONCEIÇÃO	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB	28/02/1978
doc. original	
NASC. N. 87632 FLS.192 LIV. A. 131	
CPRIO 3 JOÃO PESSOA-PB	
1018675-8 094-38	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/63	





## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### **OUTORGANTE:**

Nome: ALINE GENEROZA DA CONCEIÇÃO  
Qualificação: Jurídico  
CPF/MF: 101 675 094-38 RG: 3764 224 SSP/PB  
Endereço: Rua Ius Caldas da Sila Barreto  
Nº 38 Jacecama CEP. 58322 000 Caeté-PB

**OUTORGADOS:** FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

### **GRATUIDADE JUDICIÁRIA:**

Declaro ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, de \_\_\_\_\_ de 2017.

Aline Generoza da Conceição  
Outorgante



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410643/17

Vítima: ALINE GENEROZA DA CONCEICAO  
CPF: 101.675.094-38

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/05/2017

Titular do CPF: ALINE GENEROZA DA CONCEICAO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**ALINE GENEROZA DA CONCEICAO : 101.675.094-38**

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](http://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.

#### Portador da documentação entregue

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

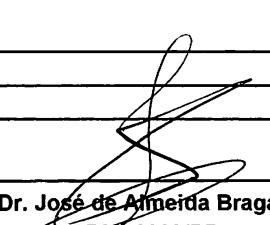
Data da entrega: 23/10/2017  
Nome: ALINE GENEROZA DA CONCEICAO  
CPF/CNPJ: 101.675.094-38

Data do cadastramento: 23/10/2017  
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa  
CPF: 423.820.764-53

ALINE GENEROZA DA CONCEICAO

Sandra Maria Accioly Pedrosa



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
<b>LAUDO MÉDICO</b>		
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
<b>NOME DO PACIENTE</b>	ALINE GENEROZA DA CONCEIÇÃO	
<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	28/02/78	
<b>NOME DA MÃE</b>	TEREZINHA GENEROZA DA CONCEIÇÃO	
<b>DADOS EXTRAÍDOS</b>		
<b>PRONTUÁRIO N.º</b>	101.858	
<b>BOLETIM DE ENTRADA N.º</b>	998.254	
<b>DATA DO ATENDIMENTO</b>	04/05/17	
<b>HORA DO ATENDIMENTO</b>	15:05	
<b>MOTIVO DO ATENDIMENTO</b>	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
<b>DIAGNÓSTICO (S)</b>	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA	
<b>CID 10</b>	S42.0	
<b>AVALIAÇÃO INICIAL:</b>		
Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em ombro esquerdo, com dor, edema e deformidade do ombro. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura de clavícula esquerda. Internação. Operada e evoluiu sem intercorrências.		
<b>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</b>		
RX de ombro esquerdo AP		
<b>RESULTADOS DOS EXAMES:</b>		
Fratura de clavícula esquerda.		
<b>TRATAMENTO:</b>		
Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula esquerda.		
<b>ALTA HOSPITALAR:</b>	15/05/17	
<b>DATA DA EMISSÃO:</b>	14/09/17	
 <b>Dr. José de Almeida Braga</b> CRM: 2329/PB		

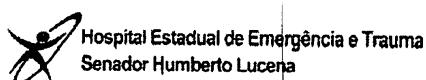
**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



GOVERNO DA PARAÍBA

**Será considerado faltante o beneficiário que não comparecer ao ato de abertura da licitação**





VERDE, 1-  
CNES: 2778696 - Tel.:

Paciente <b>ALINE GENEROZA DA CONCEICAO</b>	BAE 998254	Data/Hora Entrada 04/05/2017 15:05:43	Data Baixa
Data de nascimento <b>28/02/1978</b>	Idade <b>39</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>705402474236890</b>
Mãe <b>TEREZINHA GENEROZA DA CONCEICAO</b>			
Endereço <b>PROJETADA, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CONDE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ALDENIO AMORIM DE LIMA</b>	Nº Cons. Regional <b>5815/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>04/05/2017 15:18:40</b>		Data/Hora Prescrição <b>04/05/2017 15:58:30</b>	

### Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE EM MOTOCICLETA ÀS 12:40H DE HOJE, CAUSANDO TRAUMATISMO DO OMBRO ESQUERDO.  
ONDUTA: LIBERADA PELA CIR. GERAL. AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

### DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1,0 FRASCO VIA E.V, 1X AO DIA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V, 6/6H. (OBSERVAÇÕES: +AD)

### UIDADOS

• SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

### CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

  
ALDENIO AMORIM DE LIMA





## **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**



BE/PRONTUÁRIO

**Nome do paciente**

Sheri Cenzer

F(NG).ENF.018-1





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

Número:00

Paciente: Aline Gómez de Almeida

Procedimento: Test Living. & test. Electr. cells (E)

SUS: ( ) Não SUS

Médicos Dr. Milton Lins e Dr. Milton Lins

Prontuário: 998254

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Reposição:** \_\_\_\_\_

Date: 43 / 05 / 17

Caixa Bronta:

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MÁRCA
	<i>Agulha pt Bloqueio V-50</i>	01		
T50				
3454				
3455				
3456				
3457				
3458				
3459				
3460				
3461				
3462				
3463				
3464				
3465				
3466				
3467				
3468				
3469				
3470				
3471				
3472				
3473				
3474				
3475				
3476				
3477				
3478				
3479				
3480				
3481				
3482				
3483				
3484				
3485				
3486				
3487				
3488				
3489				
3490				
3491				
3492				
3493				
3494				
3495				
3496				
3497				
3498				
3499				
3500				
3501				
3502				
3503				
3504				
3505				
3506				
3507				
3508				
3509				
3510				
3511				
3512				
3513				
3514				
3515				
3516				
3517				
3518				
3519				
3520				
3521				
3522				
3523				
3524				
3525				
3526				
3527				
3528				
3529				
3530				
3531				
3532				
3533				
3534				
3535				
3536				
3537				
3538				
3539				
3540				
3541				
3542				
3543				
3544				
3545				
3546				
3547				
3548				
3549				
3550				
3551				
3552				
3553				
3554				
3555				
3556				
3557				
3558				
3559				
3560				
3561				
3562				
3563				
3564				
3565				
3566				
3567				
3568				
3569				
3570				
3571				
3572				
3573				
3574				
3575				
3576				
3577				
3578				
3579				
3580				
3581				
3582				
3583				
3584				
3585				
3586				
3587				
3588				
3589				
3590				
3591				
3592				
3593				
3594				
3595				
3596				
3597				
3598				
3599				
3600				
3601				
3602				
3603				
3604				
3605				
3606				
3607				
3608				
3609				
3610				
3611				
3612				
3613				
3614				
3615				
3616				
3617				
3618				
3619				
3620				
3621				
3622				
3623				
3624				
3625				
3626				
3627				
3628				
3629				
3630				
3631				
3632				
3633				
3634				
3635				
3636				
3637				
3638				
3639				
3640				
3641				
3642				
3643				
3644				
3645				
3646				
3647				
3648				
3649				
3650				
3651				
3652				
3653				
3654				
3655				
3656				
3657				
3658				
3659				
3660				
3661				
3662				
3663				
3664				
3665				
3666				
3667				
3668				
3669				
3670				
3671				
3672				
3673				
3674				
3675				
3676				
3677				
3678				
3679				
3680				
3681				
3682				
3683				
3684				
3685				
3686				
3687				
3688				
3689				
3690				
3691				
3692				
3693				
3694				
3695				
3696				
3697				
3698				
3699				
3700				
3701				
3702				
3703				
3704				
3705				
3706				
3707				
3708				
3709				
3710				
3711				
3712				
3713				
3714				
3715				
3716				
3717				
3718				
3719				
3720				
3721				
3722				
3723				
3724				
3725				
3726				
3727				
3728				
3729				
3730				
3731				
3732				
3733				
3734				
3735				
3736				
3737				
3738				
3739				
3740				
3741				
3742				
3743				
3744				
3745				
3746				
3747				
3748				
3749				
3750				
3751				
3752				
3753				
3754				
3755				
3756				
3757				
3758				
3759				
3760				
3761				
3762				
3763				
3764				
3765				
3766				
3767				
3768				
3769				
3770				
3771				
3772				
3773				
3774				
3775				
3776				
3777				
3778				
3779				
3780				
3781				
3782				
3783				
3784				
3785				
3786				
3787				
3788				
3789				
3790				
3791				
3792				
3793				
3794				
3795				
3796				
3797				
3798				
3799				
3800				
3801				
3802				
3803				
3804				
3805				
3806				
3807				
3808				
3809				
3810				
3811				
3812				
3813				
3814				
3815				
3816				
3817				
3818				
3819				
3820				
3821				
3822				
3823				
3824				
3825				
3826				
3827				
3828				
3829				
3830				
3831				
3832				
3833				
3834				
3835				
3836				
3837				
3838				
3839				
3840				
3841				
3842				
3843				
3844				
3845				
3846				
3847				
3848				
3849				
3850				
3851				
3852				
3853				
3854				
3855				
3856				
3857				
3858				
3859				
3860				
3861				
3862				
3863				
3864				

*1970*

McGraw-Hill  
Engineering

~~Yachting Samit~~

RESPONSÁVEL  
073A





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Alice Genuzzi do Amaral BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 13/05/17  
 Clínica/Setor: Cirurgia de Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: Dr. Milene 1º Assistente: Dr. Neriol  
 2º Assistente: Dr. Bráulio 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Rego  
 Tipo de Anestesia: Bloco Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura do Clavicula (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Protocolo Cirúrgico da fratura da Clavícula (E)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim  Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Bráulio Xerxes D. Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7664

Médico/CRM: Bráulio Xerxes D. Gonçalves

João Pessoa, 13/05/17

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA



SBT

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

### DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

#### Posição e Preparo:

(1) Paciente DD, tipo cadela de praia sob bloqueio anestésico

(2) Anupnia + ventre exposto + apoios de campo

#### Incisão:

(3) Línea oval a clavícula (3)

(4) Achado foco de fratura em 1/2 lateral

#### Achados:

da clavícula (3)

(5) Órgão aberto e fixado porcutido com fio Vic 2.0

#### Conduta:

(6) Suturado por planos

(7) Anofixação

(8) Mastigáfora de Lanzelot

#### Fechamento:

#### Observação:

Dr. Brício Kelson R. Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7654

Médico/CRM:

João Pessoa, 13/05/12

F(NG).ASCIR.009-1





## Nota de Sala Cirúrgica

HEE/TSH

NO ME DO PACIENTE:	Aline Sámera da Conceição				
IDADE:	39	SEXO:	BRUTUÁNO:	ENFERMAGA:	LEITO:
CIRURGIA:	Dr. Lixino - Dr. C. M. Visculka (C) e J. P. F. S. (C)				
CIRURGÃO:	Dr. Lixino - Dr. C. M. Visculka (C) e J. P. F. S. (C)				
ANESTESIA:	Benzodiazepíneos				
ANESTESISTA:	Dr. J. P. F. S.				
INSTRUMENTADOR:	Yessica				
DATA:	31/05/15				
CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:	FIM:	CIRURGIA: INÍCIO:	FIM:	53:30:45 17:41:30	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPAA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACÁINA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACÁINA PESADA		JELCO N°22		FIO DE ACO N°	
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE ACO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°	
OBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	QTD.	LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°	
ANTANILA	PVPI DEGERMANTE	QTD.	LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	QTD.	LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	QTD.	LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	QTD.	LÂMINA DE ENXERITO	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCÁINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	QTD.	LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCÁINA S/ VASO	AGULHA 25X07	QTD.	LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	QTD.	LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	QTD.	LUVA ESTÉRIL N°8,5	FITA CARDÍACA	
NIMBUIM	AGULHA PERIDURAL N°16	QTD.	MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	QTD.	MULTIVIAS	CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	QTD.	PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G	QTD.	SCALP N°19	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	QTD.	SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	QTD.	SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	QTD.	SERINGA 5ML	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	QTD.	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	QTD.	SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRÁQUEAL N°	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRÁQUEAL N°10	KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRÁQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR	
ROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRÁQUEAL N°14	KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRÁQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais	
Efedrina		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCÁINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PERSIT		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		( ) ASPIRADORA	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	QTD.	( ) BISTURI ELÉTRICO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	QTD.	( ) CAPNÓGRAFO	
		GAZES	QTD.	( ) CÁRDIONITOR	
		GAZES ALGODOADAS	QTD.	( ) DESFIBRILADOR	
		GEL ELETROLÍTICO	QTD.	( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO N°14	QTD.	( ) FOCO CENTRAL	
		JELCO N°16	QTD.	( ) MICROSCOPIO	
				( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	
				CIRURGIANO	
				Assinatura: [Signature]	
				98/05/2015	
				REGISTRO: 021-2	

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 13/05/17

PRONTUÁRIO:

*MUTIRÃO HTOP*

PACIENTE: <i>Aline Genroze da Conceição</i>		SEXO:	COR:	IDADE:	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO			
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO				ESTADO FÍSICO (ASA)	
DOSE / HORA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura Clavícula E</i>					
CIRURGIA REALIZADA <i>TRATAMENTO CIRÚRGICO Clavícula (E)</i>					
CIRURGIÃO <i>Dr. Muzon</i>	AUXILIARES				
INÍCIO DA ANESTESIA <i>10:00</i>	TÉRMINO DA ANESTESIA <i>10:80</i>	DURAÇÃO DA ANESTESIA			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$			
ANESTESISTA <i>Regis Bomfim</i>	CPF	CRM-PB <i>5880</i>			
AGENTE(S) HORA					
O <sub>2</sub> N <sub>2</sub> O					
LUIDOS VENOSOS	(R)	(W)	(M)		
O <sub>2</sub> ● CORAGENS CIRÚRGICA					
X ANESTESIA P. ARTERIAL SISTÓLICA	V DIASTÓLICA	220	200	180	160
140	120	100	80	60	40
20					
RETROGRAÇÃO					
P. ARTERIAL					
ECG					
SUPUSA					
ANOTACOES					
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RACIUDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ.NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS <i>Blagues Intercalares strangle ASO ventr volt stator e typico</i> <i>10:43</i>					
LÍQUIDOS Volume em ml MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
GLICOSE	1 Lido CV em 15 ml	11			
NACL	2 Ringer 0,9% CV 15 ml	12			
SANGUE	3 AD 10 ml	13			
RINGER	4 Ringer 2g	14			
TOTAL	6 Dextro 700	15			
DESTINO DO PACIENTE	6 Hospital 03	16			
<input type="checkbox"/> APTO	7 Automóvel	17			
<input type="checkbox"/> UTI	8 Ambulância	18			
<input type="checkbox"/> OUTROS	9 Parto 50ml	19			
10					
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
			ASSINATURA DO ANESTESISTA:		
			F.(NG) ASCR.026-1		



## Visita Pré Anestésica

Anest.

Vale

REESTRL

DATA: 12/07/2017

PRONTUÁRIO: 99875

NOME DO PACIENTE: Aline Genoveza de Conceição		Profissão:
Idade: 39	Sexo: F	
Patologia principal: Frat. de clavícula esquerda		
Cirurgia: Hr George's	Anestesia proposta: Bloqueio regional	

Dor no peito, angina?	SIM	NÃO	Dialetes?	SIM	NÃO	Alergia a drogas?	SIM	NÃO
infarto? [ ] <3M [ ] 3-6M [ ] >6M	[ ]	[ ]	Doença da tireoide?	[ ]	[ ]	Quadro clínico?	[ ]	[ ]
Pressão alta?	[ ]	[ ]	Mudança no hábito miccional?	[ ]	[ ]	Tratamento?	[ ]	[ ]
Sopro, febre reumática?	[ ]	[ ]	Modificação no apetite?	[ ]	[ ]	Alergia a pô, lâ, odores, alimentos?	[ ]	[X]
Arritmia, taquicardia: [ ] espontânea	[ ]	[ ]	Queimação, azia, H.de hiato, dor?	[ ]	[ ]	Quadro clínico?	[ ]	[ ]
aos esforços: [ ] pequenos [ ] médios	[ ]	[ ]	Náuseas, vômitos? (cor:	[ ]	[ ]	Tratamento?	[ ]	[ ]
Edema de MMII: [ ] Tarde [ ] Verão	[ ]	[ ]	Mudança no hábito intestinal?	[ ]	[ ]	Alergia a derivado de borracha?	[ ]	[ ]
Dispneia de decúbito [ ]	[ ]	[ ]	Alteração na cor das fezes?	[ ]	[ ]	Quadro clínico?	[ ]	[ ]
aos esforços: [ ] pequenos [ ] médios	[ ]	[ ]	Perda de peso s/dieta?	[ ]	[ ]	Tratamento?	[ ]	[ ]
Asma/bronquite:	[ ]	[ ]	Hepatite, ictericia, malária, Chagas?	[ ]	[ ]	<b>PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos)</b>		
Tosse catarro? (cor)	[ ]	[ ]	Anemia?	[ ]	[ ]	A criança é prematura?	[ ]	[ ]
Fumante: há _____ anos. Parou há _____	[ ]	[ ]	Sangramento? (onde?)	[ ]	[ ]	A criança tem 1º de desenvolvimento?	[ ]	[ ]
naiôs, tonturas?	[ ]	[ ]	Hematomas/manchas roxas?	[ ]	[ ]	A criança está gripada, c/tosse, febre?	[ ]	[ ]
ulssões, abalos, tremores?	[ ]	[ ]	Gripe, febre, recente?	[ ]	[ ]	A criança tem outra doença?	[ ]	[ ]
Fraqueza muscular, miopia?	[ ]	[ ]	Está ou pode estar grávida? (DUM: )	[ ]	[ ]	<b>ATECENDENTES FAMILIARES DE:</b>		
nas juntas, artrite, colagenose?	[ ]	[ ]	Tem problema de surdes, visão?	[ ]	[ ]	[ ] diabetes [ ] doença cvasc. [ ] miopatia		
Problema de coluna?	[ ]	[ ]	Tev febre alta quando foi operado?	[ ]	[ ]	[ ] Febre alta durante a anestesia?		
Etilista social	[ ]	[ ]	Recebeu Transf.sangue? Há	[ ]	[ ]	[ ] Problema durante a anestesia?		
Alcoólatra: há _____ anos. Parou há _____	[ ]	[ ]	Aceta transf.sangue numa emergência?	[ ]	[ ]	Qual?		

Dados importantes da Anamnese e/ou EF

Cirurgias / Anestesias Prévias / Complicações

Medicamentos (Dietas)

Alcometor: Homicídio, Colesterol sérico 162 mg/dl Nega  
 Sensibilidade e perfusão S/ complicações  
 Causas: Lesões ósseas S/ complicações  
 MSC com limitações funcionais.

EXAME FÍSICO

Peso: 39 Altura: 170cm P: 70 Hidratado/desidratado  
 Corado-desc.: eupédico-disp/taquip. - clínico/funcional. - icterico/anictérico  
 Ausculta: RCP 2T/BNF STSS Regulio estado conservado  
 Dentos: Regulio estado conservado  
 Abertura da boca: Normal: >3cm  
 Perceção normal/curto  
 Flexão/extensão do pescoço:  
 Palpação limitada  
 amparo (2 - 3 - 4 distância extero/menton): 12,5 cm (12,5)

Anotar de preferência exames com < 01 ano

Hb: 11.9 Ht: 36.1 Glic: 97 Cr: 928 Ur: 33  
 Na: K: TC: Plaq: 200.000 Coagul: [ ] Normal [ ] Alterada RX tórax: [ ] ECG: [ ] TTPA: 138 INR: 20.4 APT: 100 ASA: 5  
 RS - Normal.

Avaliação clínica: Riso Baixa.

- 1 - Térm. operado 22-00
- 2 - Membros intactos
- 3 - Feno estéril

RETORNOS: [ ] NÃO [ ] SIM Motivo: [ ] Exames complementares [ ] Encaminhado p/Clinica, Qual: (VIDE VERSO)

MÉDICO CRM:  
 Dra. MC  
 Luisa Caixotto F.  
 Anestesiologista

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL: DATA: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia <input type="checkbox"/> Reavaliar na internação - motivo(s) <input type="checkbox"/> Reavaliar na SO- motivo(s) <input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO P/CIRURGIA - motivo(s)
--	--

PROBLEMAS GRAVES	MPA drogas/doce
------------------	-----------------

MÉDICO	CRM
--------	-----

RNGLASCIR.027-1



Vistos, etc.

Considerando a impossibilidade de audiência na mediação por falta de perícia passo a decidir:

Nos termos do **Convênio n. 015/2014** celebrado entre o Tribunal de Justiça e a Mafre Seguros Gerais S/A, **determino a designação de audiência de conciliação entre as partes com a realização de perícia** a cargo da Seguradora, neste Juízo e Fórum Cível de João Pessoa.

Para tanto, determino a escrivania a nomeação perito judicial constante dos quadrados do Tribunal de Justiça, nos termos da Cláusula primeira, item 1.2, que deverá ser intimado para comparecer a audiência e realização da perícia, ficando facultado às partes a indicação de assistentes de perito, nos termos do Convênio.

O valor da perícia será de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago pela Seguradora, no prazo de 15 dias, a partir da intimação e antes da audiência.

Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC.

P. e Intimem-se as partes, devendo o Advogado do autor comparecer acompanhado de seu constituinte.



Vistos, etc.

Considerando a impossibilidade de audiência na mediação por falta de perícia passo a decidir:

Nos termos do **Convênio n. 015/2014** celebrado entre o Tribunal de Justiça e a Mafre Seguros Gerais S/A, **determino a designação de audiência de conciliação entre as partes com a realização de perícia** a cargo da Seguradora, neste Juízo e Fórum Cível de João Pessoa.

Para tanto, determino a escrivania a nomeação perito judicial constante dos quadrados do Tribunal de Justiça, nos termos da Cláusula primeira, item 1.2, que deverá ser intimado para comparecer a audiência e realização da perícia, ficando facultado às partes a indicação de assistentes de perito, nos termos do Convênio.

O valor da perícia será de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago pela Seguradora, no prazo de 15 dias, a partir da intimação e antes da audiência.

Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC.

P. e Intimem-se as partes, devendo o Advogado do autor comparecer acompanhado de seu constituinte.



## **Intimação**

**Intimara parte autora através do seu o advogado para comparecer a pericia medica no dia 14/09/2018, a partir das 15:00 horas, o atendimento será realizado por ordem de chegada, a Rua Manoel Bezerra Cavalcante, 47, Manaíra(Ponto de referencia em frente a Praça Sílvio Porto), Fone: 83-3247 - 6465, CEP. 58.038-500, João Pessoa - PB**



Assinado eletronicamente por: MARIA JANDIRA UGULINO NETA - 25/07/2018 18:52:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072518524058900000015175458>  
Número do documento: 18072518524058900000015175458

Num. 15561068 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba  
7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número do Processo: 0803709-03.2018.8.15.2001  
Classe: COMUM (7)  
Assunto: [SEGURÓ]  
Polo ativo: AUTOR: ALINE GENEROZA DA CONCEICAO  
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

### CERTIDÃO

Certifico que Intimei o Perito GUSTAVO FARIAS MENDONÇA, em cumprimento ao despacho dos autos, fica designada a perícia para o dia 12/09/2018, a partir das 13:30 horas, Rua: Camilo de Holanda, 814, Centro, João Pessoa - PB. Aparte deve comparecer a perícia médica, portando documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência e do policial e atendimento médico inicial no dia da perícia. O referido é verdade e dou fé.

JOÃO PESSOA, 1 de agosto de 2018  
ROSSANA COELI MARQUES BATISTA



Assinado eletronicamente por: ROSSANA COELI MARQUES BATISTA - 01/08/2018 13:29:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18080113294697900000015287020>  
Número do documento: 18080113294697900000015287020

Num. 15676849 - Pág. 1

Intimo a parte autora através do seu o advogado para comparecer a pericia médica no dia 12.09.2018, a partir das 13:30 horas, o atendimento será por ordem de chegada, no endereço *Rua : Camilo de Holanda, 814, Centro, João Pessoa - PB*, devendo a parte comparecer, portando documento pessoal com foto, copia do boletim de ocorrência e do policial e atendimento médico inicial no dia da perícia.





**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
7ª Vara Cível da Capital**

---

PROCESSO N° 0803709-03.2018.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM (7)  
[SEGURO]

AUTOR: ALINE GENEROZA DA CONCEICAO  
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

**CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO**

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos do Laudo da Perícia, em anexo.

7ª Vara Cível da Capital-Pb, 14 de novembro de 2018.

MARIA JANDIRA UGULINO NETA

Servidora



# PERÍCIA MÉDICA

## Informações da Vítima

Nome completo: ALINE GENEROSA DA CONCEIÇÃO

Processo: 0803709-03.2018.8.15.2001

Endereço completo: Rua Luiz Caldas de Sá Barreto, 36 – Conde/PB

## Informações do acidente

### Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim     Não     Prejudicado

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

Resp.: Ombro esquerdo.

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resp.: Fratura da clavícula esquerda (tratamento cirúrgico).

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

Sim     Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

Resp.:

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a)  disfunções apenas temporárias
- b)  dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Resp.: Deficit motor e limitação da amplitude de movimento do ombro esquerdo.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

Sim, em que prazo:

Não

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:



Segmento corporal acometido:

a)  **Total**

(Dano anatômico ou funcional permanente que **comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima**).

b)  **Parcial**

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa **apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima**). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1  **Parcial Completo** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2  **Parcial Incompleto** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual			
1ª Lesão ombro esquerdo	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input checked="" type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
2ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
3ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
4ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

João Pessoa – PB, 12 de Setembro de 2018.



Dr. Gustavo Farias Mendonça  
Médico Ortopedista  
CRM/PB 6786



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 7<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE JOÃO PESSOA - PARAÍBA.**

**ALINE GENEROZA DA CONCEICAO**, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, por seus advogados, devidamente constituídos, vem, à presença de Vossa Excelência, com o devido respeito, apresentar suas considerações sobre a perícia realizada:

O promovente é vítima de acidente automobilístico, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

**Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).**

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.



A parte Autora compareceu para realização de perícia médica, atestando sua **debilidade de ombro esquerdo (50%)**, para fins de indenização do seguro DPVAT, conforme perícia realizada.

Entretanto, ciente da sua debilidade, devidamente atestada, requer seja levada em consideração a perícia realizada, por ocasião da sentença.

Ainda, em sede de contestação, aduz a seguradora ré que a parte Autora deixou de apresentar os documentos necessários para a regulação do sinistro quando do requerimento administrativo.

Ocorre que, A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS ALÉM DAQUELES DOS PREVISTOS EM LEI, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, POR ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

**"Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado."**

**Além disso** a Lei nº 6.194/74, que instituiu o Seguro obrigatório – DPVAT, alterada pela Lei nº 8.441/92 e 11.482/2007, em seu conteúdo normativo não estabelece a necessidade de **esgotamento da esfera administrativa**, afim de pleitear o percepimento do seguro, assim como não exige a negativa por parte das seguradoras que fazem parte do sistema, para tal fim. Como se não bastasse, a Constituição Federal de 1988, diferentemente



da anterior, afastou a necessidade da chamada jurisdição condicionada ou instância administrativa de curso forçado, pois já se decidiu pela inexigibilidade de exaurimento das vias administrativas para obter-se o provimento judicial.

Diante o exposto, requer ao final, **JULGAR PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

João Pessoa, 10 de abril de 2019.

*Fabio Carneiro Cunha Lima*

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

*Ana Raquel de S. e S. Coutinho*

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



1. Nos termos do art. 334 do NCPC, designo audiência de conciliação/mediação para o dia 05/\_09/\_2019, às\_14 00 horas, intimações e diligências necessárias;

2. Intimem-se as partes, com antecedência mínima de 20 dias.;

3. Intime-se o autor para comparecimento, na pessoa de seu advogado, art. 334, § 3º, do NCPC;

4-

O valor da perícia será de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago pela Seguradora, no prazo de 15 dias, a partir da intimação e antes da audiência.

5. Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC.

