



Número: **0842576-31.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/07/2019**

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

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
23136901	31/07/2019 11:47	Petição Inicial	Petição Inicial
23136908	31/07/2019 11:47	rafael do nascimento cardoso_proc prot adm	Documento de Comprovação
23136913	31/07/2019 11:47	rafael nascimento_BO_bam_compressed (1)	Documento de Comprovação
23136916	31/07/2019 11:47	rafael nascimento_proc adm	Documento de Comprovação
23142283	31/07/2019 22:40	Despacho	Despacho
23965670	29/08/2019 16:05	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
23965676	29/08/2019 16:06	Expediente	Expediente
25523272	22/10/2019 14:52	Certidão	Certidão
27854315	31/01/2020 09:02	Certidão	Certidão
27854320	31/01/2020 09:02	0842576 31 2019 Rafaela Nascimento	Laudo Pericial
27862916	02/02/2020 10:00	Despacho	Despacho
28069067	07/02/2020 10:07	Expediente	Expediente
28071971	07/02/2020 10:37	Expediente	Expediente

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ___ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.

Justiça Gratuita

RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA, brasileiro, estudante, inscrito no CPF sob o nº 108.757.714-40, residente e domiciliado no Sítio Macedo, Área Rural, CEP: 58278-000, Jacaraú – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE



em face da **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **23.04.2017**, 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 a ser 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 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, 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 REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, 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, COM 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.”

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação 2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. 3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser acionada para pagar o valor da indenização de seguros. 4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“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.””(grifo nosso)



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

“A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei”.(destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

“STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.

É inconteste, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25%



(vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilato mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a) ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b) ao final, **JULGAR TOTALMENTE 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
- c) Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d) Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 22 de julho 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



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.





PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Rafael Nascimento Gondoso da Silva
Qualificação: Advogado
CPF/MF: 108.757.714-40 RG: 1
Endereço: Sítio Morado, km 1, Jucurutu - 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 Bocalúva, 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:


Declara 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 2019.

Rafael Nascimento Gondoso da Silva
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367132/18

Vítima: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

CPF: 108.757.714-40

CPF de: Próprio

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2017

Titular do CPF: RAFAEL NASCIMENTO
CARDOSO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

*Sinistro
3880/470252*

RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA : 108.757.714-40

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 cancela 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: 05/10/2018
Nome: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
CPF: 108.757.714-40

RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.018.996-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01297.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01297.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:39 horas do dia 12 de julho de 2018, 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Rafael Nascimento Cardoso da Silva**, CPF nº 108.757.714-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Viviane Santos do Nascimento e José Antonio Cardoso da Silva, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 29/04/2000 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Macedo, Nº SN, complemento ZONA RURAL, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Mercadinho Zeca Vitor, na cidade de Jacaraú/PB, telefone(s) para contato (83) 99126-8513.

Dados do(s) Fatos:

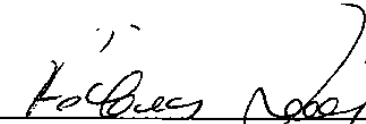
Local: Pb 071, De Frente Ao Mercadinho Real, Jacaraú/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 23/04/17 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

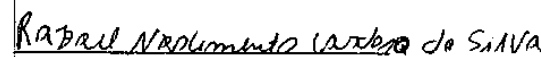
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/POP 110I, BRANCA, 2015/2016, PLACA OFA5191/PB, CHASSI 9C2JB0100GR109609, registrada em nome de LUZIA GOMES DO NASCIMENTO, quando colidiu na lateral esquerda de um CARRO GOL PRETO NÃO IDENTIFICADO, o qual estava estacionado e repentinamente saiu interceptando a passagem do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 18.07.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por uma ambulância de Jacaraú; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 12 de julho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01297.01.2018.1.00.420





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 29/04/00
NOME DA MÃE VIVIANE SANTOS DO NASCIMENTO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 995.714
Nº PRONTUÁRIO 101.652
DATA DO ATENDIMENTO 23/04/17
HORA DO ATENDIMENTO 12:11
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO ACETÁBULO D + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D
CID 10 S 32.4 + S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), sendo ejetado da moto, apresentando TCE leve dor em coxa D, com provável fratura fechada em perna D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da bacia
RX do tórax - AP
RX da coxa D - AP e P
RX da perna D - AP e P
RX da bacia - AP
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura do acetábulo D + fratura da diáfise do femur D à TC e ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Esdras Furtado e Dr. Nilvan Linhares no 1º tempo e Dr. Orlando Filho e Dr. Kaio Henrique no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 11/05/17
DATA DA EMISSÃO: 18/07/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CUBHEETS
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



[illegible]

ACOLHIMENTO, S/N - - QUES: 123312 - Tel.:

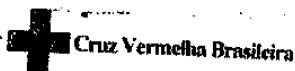
DISSEMINATION RESULTS



<http://www.0800/cv0/pages/boilermergency.ca>

Num. 23136913 - Pág. 3





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO		BAE 995714	Data/Hora Entrada 23/04/2017 12:11:14	Data Baixa
Data de nascimento 09/04/2000	Idade 17	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato
Mãe LUZIA GOMES DO NASCIMENTO				
Endereço SÍTIO MACEDO, SN		Bairro ZONA RUAL	Município JACARAU	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS	UF PB	Nº Cons. Regional 4827/PB
Data/Hora Classificação 23/04/2017 12:13:08		Data/Hora Prescrição 23/04/2017 15:18:01		

Anamnese

CIRURGIA GERAL PACIENTE ESTÁVEL . COM PATOLOGIA TRAUMÁTICA ORTOPÉDICA CIRÚRGICA . HEMODINAMICAMENTE ESTÉVEL .
F. CO. VISTO USG FAST : NDN . CD: LIBERADO DA CIRURGIA GERAL REAVALIAÇÃO SE NECESSÁRIO AOS CUIDADOS IMEDIATOS DA
C DIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conclusão

encaminhado com sucesso para a seção

Dr. Emerson Medeiros
Urologista / Cir. Geral
CRM-PB: 4827 CREMEPE: 13653

EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS
(4827/PB)

RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO

172.16.0.6:8080/cvb/pages/pr

ontrol=7&imprimirDadosAnteriores=S&perform=imprimir&id=26695&pesquisa=S&perform=imprimirP...

Cirurgia Geral 23/04/18 12:15h

- Paciente envolvido em acidente de trânsito,
multa vs carro em via pública, sendo ele
a motopista foi esmagado da moto.

Rijer dor em puno direita

Sintoma a corrente e contusão, noga puno da
corrente, n-... de corrente. Rijer via de apete.

Aparente acometido de cor. direita (fratura pl-...)

História: trauma + 500 l-... + fratura de puno direita.

Ex: Sinal. RX de pulso e puno Direito

" RX de tornoz e região cervical

" FAST

* " avaliação da motopista

* " " da manuseio.

Dr. Wilson Carlos Moreira
CRM-PR 10292

13:45h Ninho

Glasgow 15

Pupilo Iz

Sem déficit motor

Alto Nino

Dr. Gustavo Carlos Patrão
Neurocirurgia
CRM-PR 8800





SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL
24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	29 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - QTD.
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - QTD.
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
38 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	39 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 - placa de reconstrução c/06 furos
01 - placa OCP c/06 furos (cortada)
03 - parafuso esferoide m= 40
01 - parafuso cortical m= 35
01 - parafuso cortical m= 30
01 - parafuso cortical m= 35

Dr. Nilvan da Silva Coutinho
CRM 444-0/3.000-5844-4
Ortopedia e Traumatologia

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEALTH

Nome: Rafael Nascimento, Corden BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Exatoma de Apatite (D), _____
Cirurgião: Dr. Ulysses Furtado 1º Assistente: Dr. Nilvan Lima
2º Assistente: Dr. Marcos (R2) 3º Assistente: Luana
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Wenceslau
Tipo de Anestesia: Novi Horário: Início ____:____: Término ____:____:

Diagnóstico (CID-10)	CID
<u>D Fx de Metacarpo (D)</u>	

Procedimento (Código)	Código
<u>D MFI com placa e parafusos</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

Médico/CRM: _____

Dr. Nilvan da Silva Lima
CRM: 5044-03200-005644
Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 07/05/14

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEESTIL

Nome: RAFAEL AUGUSTO MAIOLO BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: FX DISTAL da FÊMUR (D)
Cirurgião: DR. MAURO 1º Assistente: DR. GILSON
2º Assistente: DR. MARCOS (R) 3º Assistente: DR. VICTOR (R)
Instrumentador: _____ Anestesista: DR. MARCOS
Tipo de Anestesia: RAPI Horário: Início ____:____: Término ____:____:

Diagnóstico Pós-Operatório	GID
<u>(D) FX DISTAL da FÊMUR (D)</u>	

Procedimento Cirúrgico	Código
<u>(D) MAFS com PLCA + PNFISOS</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (x) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Jr. Nilvana Silva Linhares
CRM: 3447033, OG.005844-4
Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 03/05/11

FONGI ASCIR 000.1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

RETSUL

Posição e Preparo:

- 1) ASB PROFILAXIA
- 2) POS em DECUBITO LATERAL horizontal
- 3) ANTI-GIPSIA + ASSURGIA DE ME 1 e 2 e 3
- 4) APOSELTO DE CAMPOS VESTIMENTA

Incisão:

- 5) VIA POSTERIOR (VIA DE KOSTER - LAMARQUE) P/ OMBIL
- PNE, PCE, OMBIL DO G. MAXIMO, DESINFECCAO DO PNEO (CAMPO)
- 6) MONTAGEM DE M. CÍNTICO 1

Achados:

- 7) Ex. de PNEO posterior de M. CÍNTICO 1
- 8) OBSERVADO CONVERSÃO DE M. CÍNTICO ANTERIOR PARA OBSERVADO
- 9) PNEO MONTAGEM.

Conduta:

- 10) ADOÇÃO ABERTA APÓS PREPARAÇÃO DO PNEO DE PNEO.
- 11) FLEXÃO DE FLEXÃO DO PNEO posterior com PNEO
- 12) DE OBSERVADO 4,5MM 6 FLEXO + 4 PNEOS (ANTERIOR)
- 13) PNEO 2 PNEOS (ANTERIOR) 3MM 3 com ANTERIOR
- 14) OBSERVADO OBSERVADO DO ANTERIOR APÓS OBSERVADO
- 15) LIMPANDO COM SE 0,94.
- 16) FLEXIONAMENTO PNEO
- 17) SUMA DO PNEO
- 18) OBSERVADO OBSERVADO
- 19) PNEO DE OBSERVADO.

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa, 09/05/14.

F(NG).ASCIR.009-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEITOR

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
1) AFB profilaxia.	
2) Por um DDH, sob anestesia + Rutina de Fluido ISO 9181 ①.	
3) Ant-sepia + Assupção de PJS ①.	
4) Aposição de Campos Estéril.	
Incisão:	
5) Via Lateral da Coxa ②.	
6) Curvatura de Manostrotia + Divisão por Placas Autônomas.	
7) Plano Ósseo.	
Achados:	
8) Fr. distal da fêmur ②, fraco transversal.	
Condução:	
9) Preparação do Foco de Fratura + Limpeza.	
10) Abertura Aberta + Fixação com Placa DCP 4,5 Unas.	
11) Pinos + 9 Parafusos Completos.	
12) Limpeza CI GP 0,9%.	
13) Fechamento por Pinos.	
14) Curativos Estéril.	
15) Rx de Controle.	
Fechamento:	
Observação:	

Dr. Nilvan da Silva Lima
CRM: 5044-02300-0056-44
Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 09/05/14

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



1

Continuarea sa 15 intrebari

CIRCULANTS
Glen Hargreaves
250852

F(NG).ASCR.021-2



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Rafael Nascimento Cardoso			
IDADE: 17	BE: 099214	FRONTUÁRIO: 13	LEITO: 03
CIRURGIA: Tratamento cirúrgico de fratura da tíbia de femur direito			
CIRURGIÃO: Dr. Leonardo			
ANESTESIA: Raqui			
ANESTESISTA: Dr. Valerius			
INSTRUMENTADOR: Samile			
DATA: 09/05/17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 09:00 CIRURGIA: INÍCIO: 11:05			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)			
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.			
ALPENTANILA		JELCO Nº18	1
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22	
CETAMINA		JELCO Nº24	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11	
PENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	30
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	21
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
MIDAZOLAN		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
NIMBUM		MÁSCARA CIRÚRGICA	21
PANCURÔNIO		MULTIVIAS	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO	
PROPORFOL		SCALP Nº19	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	21
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	
INOROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	21
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	1
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	21
TENOXCAN		ESPARADRAPO	21
		GAZES	21
		GAZES ALGODOADAS	21
		GEL ELETROLÍTICO	21
		JELCO Nº14	
		JELCO Nº16	
		FIOS	QTD.
		FIO ALGODÃO S/A Nº	
		FIO ALGODÃO S/A Nº	
		FIO ALGODÃO C/A Nº	
		FIO ALGODÃO C/A Nº	
		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
		FIO DE AÇO Nº	
		FIO DE AÇO Nº	
		FIO DE NYLON Nº	30
		FIO DE NYLON Nº	
		FIO DE NYLON Nº	
		FIO POLIGLACTINA Nº	1
		FIO POLIGLACTINA Nº	
		FIO POLIGLACTINA Nº	
		FIO POLIPROPILENO Nº	
		FIO POLIPROPILENO Nº	
		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
		FIO SEDA Nº	
		FITA CARDÍACA	
		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
		CATETER DE PIC	
		CIMENTO CIRÚRGICO	
		CLIP TITÂNIO LIQADURA	
		FIO DE KIRSCHNER Nº	
		FIO DE KIRSCHNER Nº	
		FIO STEINMAN Nº	
		FIO STEINMAN Nº	
		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
		HEMOST. ABSORVÍVEL	
		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
		PRÓTESE VASCULAR	
		KIT. PAM	
		FIXADOR EXTERNO	
		PARAFUSOS CORTICAIS	01 n.º 38
		PARAFUSOS CORTICAIS	04 n.º 30
		PARAFUSOS ESPONHOSOS	01 n.º 32
		PARAFUSOS ESPONHOSOS	02 n.º 34
		PARAFUSOS MALEOLAR	
		PARAFUSOS MALEOLAR	
		PLACA	10 F (01)
		PLACA	
		EQUIPAMENTOS	
		() ASPIRADOR	
		() BISTURI ELÉTRICO	
		() CAPNOGRAFO	
		() CÁRDIOGRÁFO	
		() DESFIBRILADOR	
		() FOCO AUXILIAR	
		() FOCO CENTRAL	
		() MICROSCOPIO	
		() OXÍMETRO DE PULSO	
		() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
		() PERFURADOR ELÉTRICO	
		() SERRA	
		CIRCULANTE	

Estenir Marques
250 852

FNOJ.ASCIR.011-2





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

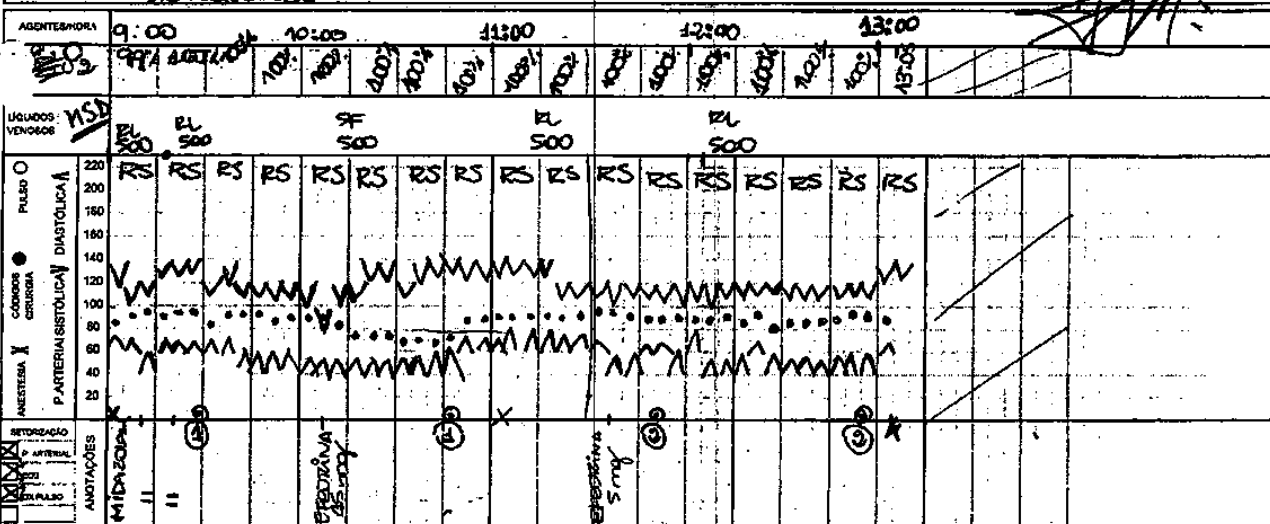
FICHA DE ANESTESIA

HELENY

DATA: 09/05/17

PRONTUÁRIO: 995714

PACIENTE: RAFAEL NOMEINHO COUTINHO DA SILVA	SEXO: M	COR:	IDADE: 17 anos
PRESSÃO ARTERIAL: 120 x 75	PULSO: 85	RESPIRAÇÃO: Eufônica	TEMPERATURA: 36,5
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	GRUPO SANGÜÍNEO:	RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES			
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO	
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL: CONSCIENTE	
PRÉ-ANESTÉSICO		DROGAS EM USO: NEGA	
DOSE/HORA: MIDAZOLAM		ESTADO FÍSICO (ASA): I	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO + FRATURA DE ACETÁBULO +			
CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO EXPLORAÇÃO DE N. OBTURADOR			
CIRURGIÃO: DR. ORLANDO + NILWANA AUXILIARES + ESTEIAS			
INÍCIO DA ANESTESIA: 9:00		TÉRMINO DA ANESTESIA: 13:05	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 425 min	
ANESTESISTA: DR. HÉRCULES		VALORES RS: Dr. Hércules Pereira Trindade	
+ R180000 CPF		Médico Anestesiologista	
		CRM-PB: CRM 3774-PB / 3074-RN	



☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS

PACIENTE SENTADO, ASSÉPSIA E ANTISEPSIA REALIZADAS COM ALCOOL A 70%.

USO	VOLUME em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
1	2	MIDAZOLAM 2 + 1 + 1 mg
2	2	BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% (20mg)
3	2	MORFINA 1mg
4	2	CEFALOSOLINA 2g + 1g
5	2	DEXAMETASONA 10mg
6	2	DIPÍPONA 2g
7	2	EPIDURAL 15mg
8	2	
9	2	
10	2	

PUNÇÃO MEDIANA EM L1-L2 ÚNICA, COM QUINCKE 25G. Vácuo limpo, NR MOTENSO, SEM INTERFERÊNCIA.

PACIENTE ESTÁVEL, SOB SEM QUESIQUAS FC 92 bpm, PA: 122 x 70 mmHg, SAT: 100-99% EM O2 AMBIENTE. ENCAMINHADO À UCPA.

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Hércules Pereira Trindade

F. (NO) ABCIR - Médico Anestesiologista CRM 3774-PB / 3074-RN

(PI ELAIA PI LUISA)





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

as piz de Kirschner m 4.0

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

Dr. Maria...
10204

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Rafael Nascimento Cardoso BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 23/04/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução Intrales de Luxação de Anel ☒ ☒
Cirurgião: Dr. Saul Martins 1º Assistente: Dr. Matheus (408) Almeida
2º Assistente: _____ 3º Assistente: Thiery ☒
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Sedação Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<input checked="" type="checkbox"/> Luxação de Anel <input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Fratura de Propul de Femur <input checked="" type="checkbox"/>	

Procedimento Cirúrgico	Código
<input checked="" type="checkbox"/> Redução Intrales de Luxação de Anel <input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> tração trans epulstoma tibia <input checked="" type="checkbox"/>	

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

Médico/CRM: _____

Dr. Saul Martins
CRM 10204

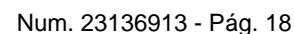
João Pessoa, 23/04/17

F(NG).ASCIR.009-I





FINCLASCR.021-2

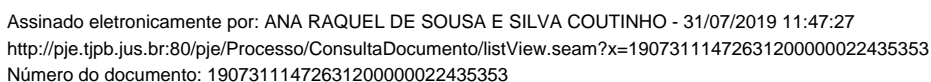




FRONTUÁRIO: 9957 14

333

1001 LIVER MOUNTAIN BLVD. NEWARK, NJ 07102
 CHRYSLER
 MEDICAL AND DENTAL CLINIC
 (609) 683-0200





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



RECETAS

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Antitétano profilático
- ② Paciente em DPAP sob monitoragem
- ③ Anestesia e Antitétano
- ④ Colocação de campos estéril

Incisão:

- ⑤ Realizada manobra de redução de quadril sob controle de escopia
- ⑥ Passagem de fios de sutura tipo equalizer 1/8" com Fio KC 4.0.

Achados:

- ⑦ RX de controle

Conduta:

Exatidão da
Cirurgia

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa, 23/04/12





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 221206 (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, Mãe, 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

10875771440

Nome completo da vítima

Rafael Nascimento Cardoso da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Rafael Nascimento Cardoso da Silva	CPF titular da conta	10875771440	Profissão	estudante
Endereço	Sítio Mourão	Número	m	Complemento	
Bairro	Chão Rimal	Cidade	Joazeiro	Estado	PB
Email				CEP	58278000
				Telefone (DDD)	991268513

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)
AGÊNCIA NRU 0044	AGÊNCIA NRU 112449
CONTA NRU 00	CONTA NRU 00
(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 Líder 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.

Joazeiro, 10 de agosto de 2018

Local e Data

Rafael Nascimento Cardoso da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 726 7274

173 438690443-2

22/JUN/2018 HORA DE 10:54:53

NOTA 13 18800-8 IERM: 018966

LOCALIDADE: JACARAUA

SAG VINCULADA: 0024 CONTROLE: 332937125

DEPOSITO EM DINHEIRO

0044 013 00112449-0

RAFAEL N C SILVA

VALOR 45,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS.

ESTE RECIBO E VALIDO COMO COMPROVANTE DE DEPOSITO

173 438690443-2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafael Nascimento Cardoso da Silva,

RG nº 3923966, data de expedição 25/11/10, Órgão SSP,

CPF nº 10875771440, 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>Sítio Macaob</u>
Número	<u>1m</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58278000</u>
Telefone de Contato	<u>99126 8513 1993573356</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 10/08/18

Assinatura do Declarante: Rafael Nascimento Cardoso da Silva



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Receber para sempre: Luzia Gomes do Nascimento Nº 011 034 100

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230 Km 75 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB CEP 58071-400
CNPJ 09.095.193/0001-10 Inscrição 16.015.821-0

DADOS DO CLIENTE		5/722866-1		
LUZIA GOMES DO NASCIMENTO				
SIT MACEDO S/N				
JACARAU				
REFERENCIA	APRESENTACAO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2018	16/08/2018	112	23/08/2018	R\$ 74,19



LUZIA GOMES DO NASCIMENTO
Roteiro: 08-029-573-1400
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 10/09/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
23/08/2018	R\$ 74,19	722866-2018-08-4



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Rafael Nascimento R. da Silva CPF da Vítima: 10875771440 Data do Acidente: 23.04.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rafael Nascimento R. da Silva 10 de agosto de 2017
Local e Data

Rafael Nascimento R. da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

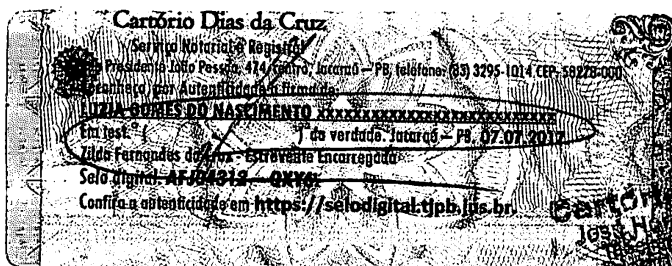
Eu, Ruzia Gomes do Nascimento,
RG nº _____, data de expedição ____/____/____,
Órgão _____, portador do CPF nº 579068824-15, com
domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Moxosb, nº sm,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Rafael N. Cardoso da Silva, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda 700
Ano: 2015
Placa: OFA 5191
Chassi: 9C2JB01006R109609
Data do Acidente: 23.04.17
Local e Data: Jacaraú - PB, 07/08/18

Ruzia Gomes do Nascimento
(Assinatura do Declarante)

Rafael N. Cardoso da Silva

(Assinatura do Condutor) (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório Dias da Cruz
João Dias da Cruz
Oficial de Registro
Presidente João Pessoa, 474
CEP: 58278-000
Jacaraú - Paraíba



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

ACC E 0 0 4 3 3 3 2 4 8 4 3

DEFILIAN - PB Nº 012507610931
 REGISTRO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO
 1 0107759498-1-00/00000000 2017

LUZIA GOMES DO NASCIMENTO

57906882415 OFA5191/PB
 NOVOA 9C2JB0100GR109609

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC GASOLINA
 HONDA/POP 1101 2015 20460

2. P/109 /CI PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA 00/00/00000 1ª COTA

V ***** 0 2ª COTA

A ***** 3ª COTA

SEGURO PRECATORIO 03/04/2017

A.F. ADM DE CONCESSÃO HONDA LTDA

JACARA 03/04/2017
 419 2241

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PB Nº 012507610931 2017 03/04/2017

LUZIA GOMES DO NASCIMENTO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEVA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodobit-mt.com.br
SAC DPVAT 0800 12 1204

LUZIA GOMES DO NASCIMENTO

57906882415 OFA5191/PB
 01077594981 HONDA/POP 1101
 2015 (RS) 9 9C2JB0100GR109609

PREMIO TARIFFARIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

IOF (R\$) SEGURO P A G O

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE CANCELAMENTO

SEGURO LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.608/0001-04
 2241-191499642017/04/08

FLV 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 085

Rafael Nascimento Cardoso da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.923.966

NOME RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

DATA DE EXPIRAÇÃO 25/11/2010

FILIAÇÃO JOSÉ ANTONIO CARDOSO DA SILVA

VIVIANE SANTOS DO NASCIMENTO

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO-RJ

DOC ORIGIN NAsc.N.45298 FLS.98 LIV.8AA97

DATA DE NASCIMENTO 29/04/2000

CPF CARTEIRO RIO DE JANEIRO RJ

ASSINATURA DO TITULAR *Rafael Nascimento Cardoso da Silva*

LEI Nº 7111 DE 2006

João Pessoa - PB

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição

108.757.714-40

Nome

RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

Nascimento

29/04/2000



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.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

João Pessoa, 31 de julho de 2019

Juiz de Direito.





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

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

0842576-31.2019.8.15.2001 [SEGURO]
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Ato Ordinatório

Designo a perícia para o dia 09/10/2019.

Intimo o **PERITO GUSTAVO FARIAS MENDONÇA**, CRM PB 6786, para realizar as Perícias.

Intimo a parte autora através do seu advogado para comparecer a perícia médica no dia 09 / 10/ 2019, a partir das 13:30 horas, o atendimento será por ordem de chegada, no endereço Av. Camilo de Holanda, nº 814, Centro, João Pessoa, devendo apresentar-se **portando documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial, no dia da perícia.**

João Pessoa-PB, em 29 de agosto de 2019

MARIA JANDIRA UGULINO NETA

Analista/Técnico Judiciário





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

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

0842576-31.2019.8.15.2001 [SEGURO]
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Ato Ordinatório

Designo a perícia para o dia 09/10/2019.

Intimo o **PERITO GUSTAVO FARIAS MENDONÇA**, CRM PB 6786, para realizar as Perícias.

Intimo a parte autora através do seu advogado para comparecer a perícia médica no dia 09 / 10/ 2019, a partir das 13:30 horas, o atendimento será por ordem de chegada, no endereço Av. Camilo de Holanda, nº 814, Centro, João Pessoa, devendo apresentar-se **portando documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial, no dia da perícia.**

João Pessoa-PB, em 29 de agosto de 2019

MARIA JANDIRA UGULINO NETA

Analista/Técnico Judiciário





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0842576-31.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, que até a presente data o perito não enviou o resultado das perícias realizadas ou não.

JOÃO PESSOA, 22 de outubro de 2019
ADALBERTO SARMENTO DE LIMA SILVA





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0842576-31.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO

Certifico que juntei o laudo daperícia realizada. O referido é verdade e dou fé.

JOÃO PESSOA, 31 de janeiro de 2020
MARIA JANDIRA UGULINO NETA



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DE JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – ESTADO DA PARAÍBA.**

PERÍCIA MÉDICA

Informações da Vítima

Nome completo: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

Processo: 0842576-31.2019.8.15.2001

Endereço completo: SÍTIO TIMBÓ - JACARAÚ/PB

Informações do acidente

PERICLIADO VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 23/04/2017, NAS PROXIMIDADES DO MERCADINHO REAL EM JACARAÚ/PB, SENDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA EM JOÃO PESSOA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR DIREITO ASSOCIADO A FRATURA DO ACETÁBULO IPSILATERAL. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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.: MEMBRO INFERIOR DIREITO

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.: CICATRIZES CIRÚRGICAS EM QUADRIL E COXA DIREITA, ATROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO ARTICULAR.

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.: Não se aplica.



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.: CICATRIZES CIRÚRGICAS, LIMITAÇÃO ARTICULAR, ATROFIA MUSCULAR
E DEFICIT MOTOR DO MIB ASSOCIADO A COXARTROSE.

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

MEMBRO INFERIOR DIREITO ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☒ 75% Intensa



2ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

4ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 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, 09 de Outubro de 2017.


GUSTAVO FARIAS MENDONÇA – CRM/PB 6786





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0842576-31.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Tendo em vista a juntada do Laudo pericial, intime-se a parte ré para efetuar o depósito dos honorários do Perito. Após a realização do pagamento expeça-se o alvará judicial em nome do Perito subscritor do Laudo, independentemente de nova conclusão.

Sobre o Laudo Pericial, digam as partes, em 05 dias. Designe-se a audiência, conforme ID 23142283. Intimações e diligências necessárias.

JOÃO PESSOA, 31 de janeiro de 2020.

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0842576-31.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Tendo em vista a juntada do Laudo pericial, intime-se a parte ré para efetuar o depósito dos honorários do Perito. Após a realização do pagamento expeça-se o alvará judicial em nome do Perito subscritor do Laudo, independentemente de nova conclusão.

Sobre o Laudo Pericial, digam as partes, em 05 dias. Designe-se a audiência, conforme ID 23142283. Intimações e diligências necessárias.

JOÃO PESSOA, 31 de janeiro de 2020.

Juiz(a) de Direito



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA**COMARCA DE JOÃO PESSOA****Juízo do(a) 7ª Vara Cível da Capital**

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Tel.: () ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO PARA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO - PROMOVENTE

Nº DO PROCESSO: 0842576-31.2019.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

AUTOR: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) Dr(a). JOSE CELIO DE LACERDA SA, MM Juiz(a) de Direito deste 7ª Vara Cível da Capital, **fica(m) a(s) parte(s) AUTOR: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA, através de seu(s) advogado(s) cadastrado(s) no PJE, abaixo indicado(s), INTIMADA(s)** para comparecer(em) neste juízo, no endereço supra, à **AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO** designada: **Tipo: Conciliação Sala: Conciliação Data: 19/03/2020 Hora: 15:20 h**, ficando desde já advertida(s) que o não comparecimento resultara em extinção do processo e condenação em custas processuais, conforme art. 51 e o seu §2º da Lei 9099/95 c/c o enunciado 28 do FONAJE, advertindo-se, ainda, acerca da faculdade de se fazer acompanhar, querendo, por advogado ou, observando-se os requisitos legais, por defensor público, nas causas até vinte salários mínimos, sendo obrigatória a assistência nas causas de valor superior, nos termos do art. 9º da Lei 9.099/95, facultando-se, também, trazer testemunhas e demais provas documentais, nos termos dos arts. 32 a 37 da Lei 9.099/95. **Frustrada a conciliação**, o que constará do respectivo termo, prosseguirá a audiência de instrução e julgamento, com a defesa oral ou escrita, decretação ou não de revelia, juntada de documentos, manifestação das partes, resolução de preliminares e incidentes, porventura, arguidos, depoimentos pessoais e testemunhais, quando necessários, nos termos do art. 27 e seguintes da Lei 9.099/95.

Por fim, fica(m) a(s) parte(s) **INTIMADA(s)** para, até a data da audiência, juntar aos autos toda documentação eventualmente ausente no momento da distribuição, em conformidade com a petição inicial, sob pena de extinção e arquivamento do feito ou redistribuição para unidade competente, tudo com base na legislação vigente, Arts. 320, 321 c/c Art. 485, inciso I do CPC, Art. 8º da Lei 9.099/95, Resolução 55/2012/TJPB e Lei Complementar 96/2010-LOJE. *Documentação necessária, conforme o caso: comprovante de residência em nome próprio, RG, CPF, procuração advocatícia, ata de eleição do síndico, estatuto/regimento condominial, comprovante para fins de enquadramento da empresa nas situações do Art. 8 da Lei 9.099/95, etc.*

Advogado do(a) AUTOR: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - PB11968

De ordem do(a) MM Juiz(a) de Direito, **ficam a(s) parte(s) e seu(s) advogado(s) ADVERTIDOS** que a presente intimação foi encaminhada, **via sistema**, exclusivamente ao(s) advogado(s) que se encontrava(m), no momento da expedição, devidamente cadastrado(s) e validado(s) no PJe/TJPB, conforme disposto na Lei Federal nº 11.419/2006. **Observação:** A eventual ausência de credenciamento resulta na intimação automática apenas do(s) advogado(s) habilitado(s) que esteja(m) devidamente cadastrado(s) e validado(s) no sistema PJe do TJPB, uma vez que a prática de atos processuais em geral por meio eletrônico somente é admitida mediante uso de assinatura eletrônica, sendo, portanto, obrigatório o credenciamento prévio no Poder Judiciário, conforme arts. 2º, 5º e 9º da Lei 11.419/2006 c/c art. 7º da Resolução 185/2013/CNJ.

JOÃO PESSOA-PB, em 7 de fevereiro de 2020

De ordem, ROGERIO FELICIANO DA SILVA
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR O DESPACHO ACESSSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 20020210003393800000026877850

