



10/06/2021

Número: **0808406-96.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44335 823	10/06/2021 10:45	Petição	Petição
44335 825	10/06/2021 10:45	2703064_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
44335 828	10/06/2021 10:45	2703064_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017540

Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15361235





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017540

Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000004099**

Conta: **0000006487-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

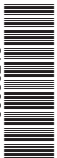
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00497/00498 - carta_15R - INVALIDEZ

00030249





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.290.114-98 4 - Nome completo da vítima: Regina Luiz de Oliveira Neto

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

5 - Nome completo: Regina Luiz de Oliveira Neto 6 - CPF: 046.290.114-98
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Cel. Adolfo Marra 9 - Número: 742 10 - Complemento:
11 - Bairro: Otiziano 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58088-620
15 - E-mail: eduardesilvaadm@outlook.com 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4099 CONTA: 06487 7 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 30/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 14385.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14385.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:11 horas do dia 17 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Higino Luiz de Oliveira Neto**, CPF nº 046.290.114-98, RG nº 2850355 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Motorista, filho(a) de Maria Jose Costa de Oliveira e Ronaldo Liz de Oliveira, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 05/05/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Coronel Adolfo Massa, Nº 742, complemento Casa, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Posto de Combustível, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98796-2599.

Dados do(s) Fatos:


Local: Próximo Ao Campo do Santos, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/09/19 12:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

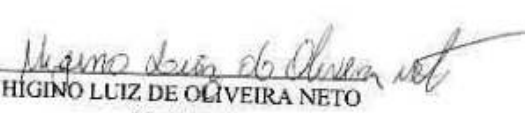
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o Veículo, HONDA/CG 125 FAN KS ano/mod. 2012 Cor: PRETA, placa: OFC1047/PB, Chassi: 9C2JC4110CR561332 na rua Abelardo Targino da Fonseca, quando com seta ligada para entrar a direita foi surpreendido por outra motocicleta que efetuou uma manobra indevida pela direita, vindo a colidir, com o veículo em que o noticiante conduzia, fazendo com que o mesmo caísse ao solo, onde foi conduzido pelo SAMU para o Complexo Hospitalar Mangabeira Gov. Tarcísio Burity, onde foi atendido e diagnosticado com fratura da falange proximal do polegar e encaminhado para fazer uma redução incruenta + gesso luva, conforme prontuário emitido pelo Dr. Luis Filipe Lessa - CRM: 10206/PB.

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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de dezembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO
Noticiante

Procedimento Policial: 14385.01.2019.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.290.114-98 4 - Nome completo da vítima: Regina Luiz de Oliveira Neto

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

5 - Nome completo: Regina Luiz de Oliveira Neto 6 - CPF: 046.290.114-98
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Cel. Adolfo Marra 9 - Número: 742 10 - Complemento:
11 - Bairro: Otiziano 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58088-620
15 - E-mail: eduardesilvaadm@outlook.com 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4099 CONTA: 06487 7 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 30/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 05/08/19	ID da Ocorrência: 354939	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 07	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 13:02 Hs	Hora de Chegada no Local: 13:07 Hs
Paciente / Usuário: Higinio Luiz de Oliveira Neto				Idade: 37	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: R. Odeberto Tenger. Campo do Salus				Bairro: Quirino	Médico Regulador: Jura	
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTAN <input type="checkbox"/> Outro: Dr. Charles						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
CHM				Destino (Unidade Hospitalar)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: Colisão moto x moto	Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS	Responsável:
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:	Hospital de Destino:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: COLISÃO MOTO X MOTO	Responsável:
	ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
	Qualia? Negativa patológica e não alérgica.

1. DADOS VITAIS	PA: 120x80	FC: 70	FR: 17	HGT: —	SpO2 - S/O2: 95%	SpO2 - C/O2:
-----------------	------------	--------	--------	--------	------------------	--------------

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Dor, integridade da pele prejudicada

Intervenções: Cuidados primária e secundária; avaliação SSVU, AUP + SRL, imobilizações

Evolução do Enfermeiro: cur. do dedo

Resumo: após colisão lateral moto x moto, vítima com capacidade, não possui lesões (SIC), nega dor a palpção da coluna, sem alteração em dos. movimentos livres. Tórax estável e simétrico, abd. dolorido e inchado. Óbito hemodinamicamente. Orientação da Regulação Médica: pulso fraco, suspeito de fratura no polegar D. SIC - T. Amy. Lucas, realizada imobilização. Queixa de dor e parestesia no polegar, pupila preservada. ECG 15. Encaminhado ao CHM.



2 - VIA AÉREA:
☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:
☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:
☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:
☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO
☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO
☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.
☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
 ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: _____

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento

PROCEDIMENTOS	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Intubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim
 Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo de _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: _____ **MATRÍCULA:** _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ **COREN:** _____

ENFERMEIRO(A): _____ **COREN:** _____

MÉDICO(A): _____ **CRM:** _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ **RG / CPF:** _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ **Observação:** _____

TESTEMUNHA: _____ **TESTEMUNHA:** _____



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04099

CONTA: 000000006487-7

Nr. da Autenticação 8E55C566312F99CF





PC-00

MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA
AV CEL ADOLFO MASSA 742
QD C LT 5 - OITZEIRO
58088-620 JOAO PESSOA - PB

Postagem: 22/09/2019
Vencimento: 08/10/2019
Emissão: 22/09/2019

220919

Fechamento próxima fatura: 22/10/2019

Titular **MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.1203**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

08/10/2019

A) pagamento total

413,11

B) pagamento mínimo

62,87

C) parcelas fixas

31,67
+23x 31,67

Veja outras opções na 2.ª folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito 1.050,00
Limite utilizado no mês 413,11

Pagamentos efetuados

DATA	VALOR EM R\$
30/08 PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 124,00
09/09 PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 300,00
Total dos pagamentos	- 424,00

Lançamentos: compras e saques**MARIA J C OLIVEIRA (final 1203)**

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
26/06	B037 HIPER JOTO PE15/15 (LAGOA)	30,06
20/06	LUMAE PRATAS - FIA04/06 JOAO PESSOA	36,20
24/07	DELLCELL 03/03 JOAO PESSOA	89,34
22/08	PLANO GI RIO DE JANEIR	29,99
24/08	POSTO MONACO JP JOAO PESSOA	20,00

Continua...

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

**Banco Itaú S.A. 341-7**

Número do Documento

34191.75322 96124.762046 00173.090002 2 000

Nome do Pagador/CPF/CNPJ

00132961247/0004666 MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA - 010.408.454-52

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69

Endereço do Beneficiário

AV RUI BARBOSA, 251,1 A. GRACAS - RECIFE - PE

Nosso Número

recibo do pagador

valor do documento

175/32961247-6

vencimento

R\$ 413,11

08/10/2019

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.**341-7****34191.75322 96124.762046 00173.090002 2 000**

Local de Pagamento

Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.

Data de Vencimento

08/10/2019

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69

Agência / Código Beneficiário

2040/01/30-9

Data do Documento

08/10/2019

Número do Documento

00132961247/0004666

Espécie DOC

F1

Avalia

N

Data do Processamento

22/09/2019

Nosso Número

175/32961247-6

Unidade do Banco

175

Carteira

RS

Espécie

RS

Quantidade

Valor

(R) Valor do Documento

R\$ 413,11

Instruções de responsabilidade do beneficiário:

Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". De preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quantia a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.

(i) Descontos / Abatimentos

(ii) Juros / Multa

(iii) Valor Pago

Nome do Pagador / CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA - 010.408.454-52

AV CEL ADOLFO MASSA 742 - QD C LT 5 - OITZEIRO - 58088-620 JOAO PESSOA - PB

Sacador Avalista:

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2021 10:45:08

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061010450871900000042151031

Número do documento: 21061010450871900000042151031

Num. 44335825 - Pág. 11

IPAL DE JOAO PESSOA
ITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
4 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
CNPJ:

Ficha Nr: 209647
Data: 05/09/2019
Hora: 13:39:45
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.09.000540

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: ~~9913550~~

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/05/1982 Id: 37 ano(s)

End.: RUA LUIZ RIBEIRO DO AMARAL, 76

Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA

Pai: RONALDO LUIZ DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação:

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: EX MULHER-MONICA SOARES

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL MOTOXMOTO HJ A TARDE PROX DE CASA

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

COLISAO MOTO X MOTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Pct trauma acidente de moto
apresentando trauma em mo dest

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Nega outras queixas

Diagnostico

Trauma de mo

Conduta

Ass cuidados da
Ortopedia

Prescrição

Horario da medicacao

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2021 10:45:08
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061010450871900000042151031
Número do documento: 21061010450871900000042151031

Orçamento
 Adet de moto of fidei no n: 0
 300: caso de e onat
 fidei no n: 0
 Re: It comente em preso 0 (Sem nma
 01: Abat caratido. et preso

a e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Intervenções hospitalares

Dr. Tibério Vanomark
 Ortopedia/Cirurgia da Mão
 CRM-PB 8252/ROE 5289

- Afugali no 2g + AD (4gore) 15:00

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

40200058 8480 0408020272
 0408020272
 0408020272
 0408020272
 0408020272

Assinatura da Enfermagem

Reservado para a enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
 Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



Nome: <i>Higino Luiz de Oliveira Neto</i>				Registro: 2019090540	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: <i>18/09/2019</i>			Cirurgião: <i>Luís Filipe Lessa</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura da falange proximal do polegar</i>					<i>S62.6</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Redução incruenta + gesso luva</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Redução incruenta + gesso luva

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 18 / 09 / 2019

Dr. Luis Filipe L
Traumatologia e Ortop
Cirurgia da Mão / Micro
CRM-PB 10.206 TEOT

MÉDICO/CRM

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



Código Solicitação: 305292344

Número AIH: 251910051668-0

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY

Unidade Executante:
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro:
RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE - S/N - - MANGABEIRA PROSIND I

Central Reguladora:
JOAO PESSOA

Data de Solicitação:
05.09.2019 - 16:48:59

Data de Autorização:
05/09/2019 - 17:01:58

Data de Reserva:
05.09.2019

Data de Internação:
05.09.2019

Data Prevista de Alta:
06.09.2019

Data de Alta:
11/09/2019 - 10:12:57

Motivo da Alta:
3.1 TRANSFERIDO PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

CNES:
2399628

CNES:
2399628

Município Executante:
JOAO PESSOA

Operador:
RODRIGO088722774005OL

Operador:
DMACEDO

Operador:
RODRIGO088722774005EXE

Operador:
GLADYSTON85476323449EXE

DADOS DO PACIENTE

CNS:
707003886471731

Nome do Paciente:
HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Nome da Mãe:
MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA

Sexo:
MASCULINO

Data de Nascimento:
05/05/1982 (37 anos)

Tipo Logradouro:
RUA

Número:

País de Residência:
BRASIL

Telefone(s):

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
CABEDELO - PB

Raça:
SEM INFORMACAO

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
PROJETADA

Bairro:
MANGABIRA VIII

Município de Residência:
JOAO PESSOA

Complemento:
Q L

CEP:
58055-000

UF:
PB

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
05760536435

Nome do Médico Solicitante:
EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS

CPF do Médico Executante:
05760536435

Nome do Médico Executante:
EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS

Diagnóstico Inicial - CID:
S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS

Caráter:
11 - Urgência

Classificação de Risco:
Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clinica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Clinica Complementar:
Nenhuma

Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)

Código:
0408020342

Status da Solicitação:
TROCA

TROCA DE PROCEDIMENTOS

CID	Procedimento	Solicitante	Status
T022 - FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPAS DE UM MEMBRO SUPERIOR	0308010019 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA	GLADYSTON85476323449EXE 11.09.2019 - 10:12	Pendente

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE COM DOR + EDEMA EM 1 QD (D) DEVIDO A TRAUMA POR ACIDENTE DE MOTO /td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
RX

Condições que Justificam a Internação:
CIRÚRGICO

PARCER

Motivo de Impedimento do Regulador:

sisregili.saude.gov.br

1/2





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Higino Luiz O. Neto</u>		Data da Admissão: <u>05/09/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: <u>37</u>	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Cidade: _____	
Estado: _____		Fone: _____	
Profissão: _____		Sexo: F () M (<input checked="" type="checkbox"/>)	
Cor: _____		Estado Civil: _____	
Religião: _____		Escolaridade: _____	
Data de Nascimento: <u> / / </u>		QPD: _____	
HDA: <u>Don e pericardite em 1.º ODD de</u> <u>vinda tre e me por acidente de</u> <u>te</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: <input checked="" type="checkbox"/> Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] <input checked="" type="checkbox"/> Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____ [] Amnésia [] Libido [] Humor _____			

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Ta

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____

Kg

Altura: _____

m

IMC = _____

PA = _____

FC = _____

FR = _____

TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fratura do 1º OAB

Conduta: _____

Int. med. hem. telor

Dr.
Orc

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Flavio Luis de Oliveira Reis</u>		PRONTUÁRIO Nº: <u>2019090540</u>			
IDADE:	SEXO:	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: <u>05/09/14</u>		DATA DE ALTA: <u>18/09/14</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Gastrite de placas gástricas</u>				CID: <u>S600</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>o pólipo</u>					
EXAMES DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES:					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Kolap + biópsia das placas</u>					
TERAPIA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO FÚ: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:					
EVOLUÇÃO DE CURA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO
HISTÓRIA EVOLUÇÃO, TERAPIA, COMPLICAÇÕES: <u>Operado por Intestino grosso</u> <u>durante tempo de Kolap</u> <u>e ficou assim no pós-operatório</u>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:					
REPOUSO: Relativo em casa por <u>30</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <u>30</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.					
DATA: <u>18/09/14</u>					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Dr. Luis Filipe Dossa
Transfusiologia, Oncologia, Cirurgia de Mão / Microcirurgia
CRM-PB 16.206 / 150714320

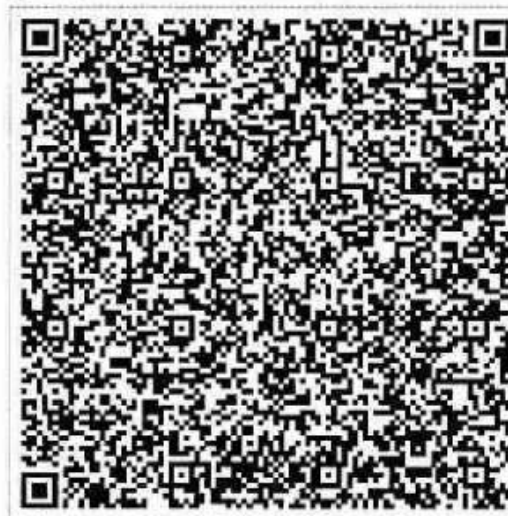


CNH Digital

Departamento Nacional de Trânsito

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DE INFRAESTRUTURA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		 P B
NOME RICARDO LUIZ DE OLIVEIRA NETO		
DOC IDENTIFICAÇÃO TRANSPORTES 2050225 DER-20		
CPF 046.230.114-96		
DATA NASCIMENTO 05/05/1961		
FULCRO RICARDO LUIZ DE OLIVEIRA		
MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA		
A		
PERMISSÃO 0000000000		
ATC 02		
OUT. 2016 02		
N.º REGISTRO 0000000000		
VALIDEZ 12/01/2024		
T. HABILITAÇÃO 0000000000		
OBSERVAÇÕES CAR. A		
Assinatura digital do titular		
ASSINATURA DO PORTADOR		
DATA EMISSÃO 10/01/2024		
ASSINADO DIGITALMENTE DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO		
004200190903 #B036212793		
PARAÍBA		
DENATRAN CONTRAN		

QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio da comparação deste arquivo digital com o arquivo de assinatura (.p7s) no endereço:
<http://www.serpro.gov.br/assinador-digital> >

SERPRO / DENATRAN



MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 01545529399
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA CDD REG. RT 20190000423460-2
 1 0047636393-4 00/00000000 2019

ALYSSON JOSE CARNEIRO MARQUES

10118199455 10118199455 OFC1047/PB
 PLACA ANT. DEF. CLASS. NOVO PB PC2JC4110CR561332
 ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA 4T 110 COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2012 2012
 CAP / POT / CL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC PRETA
 COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º 2º 3º
 00/00/0000 00/00/0000
 FAIXA JPUA PARCELAMENTO (COTAS)
 A ***** 0

PREMIO TABFAGRO (R\$) 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO
 ***** \$EGURO P A G O 17/09/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA-PB LOCAL 0
 18/09/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017540 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA MÃO DIREITA.
FRATURA DE 1º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA-POLEGAR), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE DEDO POLEGAR MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DEDO POLEGAR MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.3.4_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017540 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA MÃO DIREITA.
FRATURA DE 1º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA-POLEGAR), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE DEDO POLEGAR MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DEDO POLEGAR MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.3.4_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015279/20

Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

CPF: 046.290.114-98

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 05/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO : 046.290.114-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO
CPF: 046.290.114-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08084069620208152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscrive, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 8 de junho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2021 10:45:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061010450928800000042151034>
Número do documento: 21061010450928800000042151034