



Número: **0805188-46.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **11/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS FERNANDO MUNIZ (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
29004 578	11/03/2020 15:19	Petição Inicial	Petição Inicial
29004 595	11/03/2020 15:19	Petição Inicial	Outros Documentos
29004 949	11/03/2020 15:19	Procuração	Procuração
29004 954	11/03/2020 15:19	Doc. Pessoal e Comp. de Residência	Documento de Identificação
29004 963	11/03/2020 15:19	SAMU, BO e Comp. de Pag. Administrativo	Outros Documentos
29004 967	11/03/2020 15:19	Doc. Médica 1	Outros Documentos
29004 968	11/03/2020 15:19	GuiaCustas	Outros Documentos
29004 987	11/03/2020 15:19	Doc. Médica 2	Outros Documentos
29081 471	13/03/2020 16:50	Despacho	Despacho

Petição Inicial em anexo.



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA
CIVIL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.**

CARLOS FERNANDO MUNIZ, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG de nº 3545148, e CPF de nº 540.660.934-34, residente e domiciliado na Rua Jerico, nº 269, bairro Santa Rosa da cidade de Campina Grande-PB por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço que consta no rodapé desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex^a, propor o presente:

ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

COMPLEMENTO

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.205, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015**.

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 -B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande - PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



DOS FATOS E DOS DIREITOS

No dia **24/09/2019**, o requerente estava trafegando sua motocicleta Honda NXR 150 BROS ESD, cor branca, ano 2014, placa OFG 1763, em um cruzamento o autor, reduziu a velocidade desta moto, mesmo em baixa velocidade, a tal redução era com a intenção de da preferência a um veículo que o autor não sabe identificar, porem com esta atitude o autor veio acionar o freio, vindo a moto a derrapar devido o local, vindo cair ao solo e sofrendo lesões graves, sendo socorrido e encaminhado ao de Hospital de Emergência e Trauma em Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, o que ocasionou incapacidade permanente na parte autora, fatos estes, devidamente comprovados no teor do Boletim de Ocorrência da Polícia, Ficha de Internação e Cirurgia, todos em anexos.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como o como **FRATURA EM OSSOS DA PERNA DIREITA, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIAS DE OSTEOSSÍNTESE (PLACA/PINOS/PARAFUSOS)**, devido ao acidente, o que sem duvidas resultou no comprometendo total do membro, conforme se observa nos laudo médicos acostados aos autos e pericia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 1.687,50 (MIL, SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supra mencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.



Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

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

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.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação susomencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, **estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:**

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.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de



03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida, a complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ 11.812,50 (ONZE MIL, OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

01- que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com **o rito especial imposto a lide**, tenha início a instrução e julgamento;

03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;



04- seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

05- com fundamento no Art. 246, I do Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);

06- seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter copia do processo administrativo, pois seguem e anexo copias das documentações;

08- Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já encontra-se em anexo;

09 – **requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, visto que tal exame torna-se imprescindível para o julgamento da presente demanda;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor de **R\$ 11.812,50 (ONZE MIL, OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande - PB, em 11 de Março de 2020.

INACIO BRUNO SARMENTO
- Advogado - OAB/PB 21.472



QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:_____.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____/____/____, por volta das _____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (), de que forma?

_____.

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):_____

_____.

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?

_____.

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE?

_____.

Sem mais, em ____/____/_____.

(Assinatura – carimbo – CRM)

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: Carlos Fernando Muniz, brasileiro (a),
casado, autônomo portador da Cédula de Identidade nº:
3945148, inscrito no CPF nº: 540 / 660 / 934 / 34, residente e domiciliado
na Rua Seneca, Nº 269, Bairro, Santa Rosa,
na 58416-660 Cidade Campina Grande de PB, CEP
FONE 83 9 81551777.

OUTORGADO: INÁCIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: **Dinamarca Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamérica, na Cidade de Campina Grande/PB, 3334-1289/99988-5048/98769-2274, Email: inaciobrunoadv@gmail.com**

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 19 de Dezembro de 2019.

Carlos Fernando Muniz
Outorgante/Declarante

Rua: Dinamarca Alves Correia, nº 1020, loja 02,
Dinamérica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
CARLOS FERNANDO MUNIZ

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3545148 SSP PE

CPF
540.660.934-34

DATA NASCIMENTO
22/12/1968

FILIAÇÃO
MARIA CICERA DA
CONCEICAO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
04525231688

VALIDADE
03/12/2023

1ª HABILITAÇÃO
13/04/1987

OBSERVAÇÕES
A ;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
04/12/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

05591698638
PB037997661

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1660906794

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660906794

Ag. 5892-0
Cont. 1167-3
P/E B.B.





Nº da Conta: 0381578238
Mês de referência: 10/2019
Período: 08/09/2019 a 05/10/2019
Data de emissão: 09/10/2019

CARLOS FERNANDO MUNIZ
R JERICO, 269
SANTA ROSA
58416-660 CAMPINA GRANDE - PB

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Rua Carlos Chagas, 59 - Parte 1
CEP 58400-398 - Campina Grande - PB
I.E.: 16.136.950-2
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0026-10

Vencimento
21/10/2019

Total a Pagar - R\$
32,99

Já conhece o Meu Vivo? Com ele você pode acompanhar seu consumo de internet, visualizar a 2ª via da conta, contratar pacotes, promoções e muito mais. Baixe agora o aplicativo gratuitamente ou acesse vivo.com.br/meuvivo. É rápido, fácil e prático!

Seus Números Vivo
83-98155-1777

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aproveite os benefícios do Vivo
Valoriza no App Meu Vivo.





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 24/9/2019	HORA: 07:20 HRS	ID Nº: 1802343
NOME:	CARLOS FERNANDO MUNIZ	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	RUA: MARIA ANTONIÊTA DE MARIZ MARQUES - SANTA CRUZ	
COMPLEMENTO:	POR TRÁS DO COLEGIO PANORAMA A QUINTA RUA	
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 22 de novembro de 2019.


Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº13867.01.2019.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 24/09/2019

Hora: 07:20:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Maria Antonieta de Mariz Marques, Santa Cruz, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Por Trás do Colégio Panorama a Quinta Rua

VÍTIMA(S)

Carlos Fernando Muniz, filiação: Maria Cicera da Conceicao e Nao Declarado, idade: 50, data de nascimento: 22/12/1968, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Recife, estado civil: casado(a), escolaridade: Ensino superior completo, profissão: Autonomo, documentos(s) de identificação: CPF nº 540.660.934-34, endereço: Rua Jericó, 269, Santa Rosa, Campina Grande, PB, ponto de referência: Casa, telefone: (83) 98155-1777.

TESTEMUNHA(S)

Maria do Socorro Cordeiro, filiação: Eunice Cordeiro da Silva e Walter Goncalo da Silva, idade: 49, data de nascimento: 16/05/1970, identidade de gênero: feminino, nome social: Maria do Socorro Cordeiro, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), escolaridade: Ensino superior completo, profissão: Zootecnista, documentos(s) de identificação: CPF nº 019.810.354-94, endereço: Rua Alfredo Alves Araújo, 40, Santa Rosa, Campina Grande, PB, ponto de referência: Casa, telefone: (83) 98780-6118.

Adrian Matheus Guimaraes do Bu, filiação: Ariadene Guimaraes Costa do Bu e Jose Adriano do Bu Silva, idade: 24, data de nascimento: 17/11/1995, identidade de gênero: masculino, nome social: Adrian Matheus Guimaraes do Bu, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), escolaridade: Ensino superior incompleto, profissão: Estudante, documentos(s) de identificação: CPF nº 116.581.274-63, endereço: Rua Francisco Guedes de Moura, S/N, Catolé, Campina Grande, PB, ponto de referência: Bl B Ap 701 Proximo a Igreja Sagrado Coracao de Jesus,

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca HONDA/NXR150 BROS ESD, modelo HONDA/NXR150 BROS ESD, tipo de veículo passeio, cor branca, ano 2014, UF: PB, placa OFG-1763, chassi 9C2KD0540ER036680, renavam 01006315109, características gerais: Nome Proprietário carlos Fernando Muniz

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE(S)

(1) Carlos Fernando Muniz (VITIMA) - Exame de Lesão Corporal Nº 398.2019

HISTÓRICO

Procedimento Policial: 13867.01.2019.2.00.401






Que a vítima na data, hora e local citado acima estava a transitar com o veículo moto descrito acima; Que em cruzamento, a vítima reduziu a velocidade desta moto, mesmo já estando em baixa velocidade; Que tal redução de velocidade era com a intenção de dar preferência a um veículo que a vítima não sabe identificar; Que com esta atitude, a vítima ao acionar o freio desta moto; Que esta moto derrapou devido no local haver areia no calcamento; Que com esta derrapagem a vítima foi lançada ao solo; Que a moto caiu por cima da perna direita da vítima; Que a vítima posteriormente foi socorrida pelo SAMU para o Hospital de Trauma de Campina Grande PB; Que neste citado hospital a vítima foi diagnosticada com fratura na tíbia, na perna direita; Que neste hospital, a vítima, passou por procedimento cirúrgico; Que segundo relato do médico, que fez a cirurgia, foi colocado na perna da vítima, placas e parafusos.


Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 10 de dezembro de 2019.


Maira Roberta M. Brito Araújo
Delegada de Polícia Civil
JOSENAI LEMES DE ASSIS
Delegado(a) de Polícia Civil


CARLOS FERNANDO MUNIZ

Noticiante


JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 13867.01.2019.2.00.401





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, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200037120

Vítima: CARLOS FERNANDO MUNIZ

Data do Acidente: 24/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS FERNANDO MUNIZ

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CARLOS FERNANDO MUNIZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000005892-0

Conta: 000001167-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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. 01559/01560 - carta_15R - INVALIDEZ

00020780



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 11/03/2020 15:17:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031115174959700000027950360>

Número do documento: 20031115174959700000027950360

24/09/2019

HTCG-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 24/09/2019

Paciente: **CARLOS FERNANDO MUNIZ** Idade: **050** Nº ATEND: **1999092**

ACIDENTE DE TRABALHO : **NAO**
DATA: 24/09/2019 HORA: 08:01:46

ESPECIALIDADE : **ORTOPEDIA**

MOTIVO : **ACIDENTE DE MOTO**
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : **MOTO X CARRO**

SINAIS VITAIS
HGT: 112 SAT 02: 98 PA: 140X80 TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

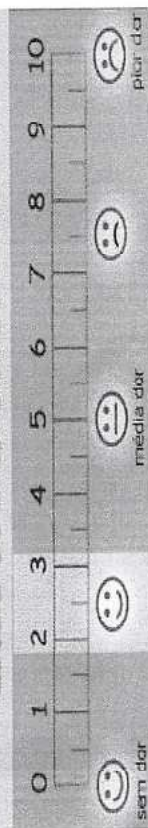
ALERGIAS : **NEGA**
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : **BOM**
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFLAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CAMPINA GRANDE
ENFERMEIRO COREN
ACOLHIMENTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Carlos Fernando Muniz</u>			IDADE <u>50a</u>	SEXO <u>M</u>	COR
DATA <u>30/09/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <u>NDN</u>					ASMA <u>N</u>	BRONQUITE <u>N</u>	
AP. CIRCULATÓRIO <u>NDN</u>					ELETROCARDIOGRAMA <u>RS</u>		
AP. DIGESTIVO <u>sem >8h</u>			DENTES <u>-</u>	PESCOÇO <u>-</u>	AP. URINÁRIO <u>NDN</u>		
ESTADO MENTAL <u>CO Te</u>			ATARÁXICOS <u>-</u>	CORTICÓIDES	ALERGIA <u>DIPIROXA</u>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de tíbia</u>					ESTADO FÍSICO	RISCO <u>ASA I</u>	
ANESTESIAS ANTERIORES <u>sem antecirurgias</u>							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <u>não houve</u>				APLICADA ÀS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO 1) Etuoxona 1g 2) Bupivacaína 0,5% - hiperb, IT 10mg 3) morfina IT 80mg 4) Dexametasona 10mg 5) Ondansetrona 4mg 6) Tenax com 10mg ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não _____ Não, por quê? _____		
CÓDIGOS					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O					Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<u>monteção; enóclise; anóclise; potente senta- do; amnésia de dor; punção subaracnó- dea em L3-L4 com agulha tipo quince no 25; refluxo de LCR c/olo; injeção IT de AL + quinde.</u>						
POSICÃO							
AGENTES	<u>Acima e todo</u>						
TECNICA	<u>Rogui anestesia</u>					CÂNULAS	
OPERAÇÃO	<u>Tretamento cirúrgico fratura de tíbia</u>						
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS	<u>Rômara Vale</u>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

MOD. 008

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 11/03/2020 15:17:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031115175324900000027950364

Número do documento: 20031115175324900000027950364

Num. 29004967 - Pág. 2

30/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB
NOME: Julio Cesar Ribeiro De Castro

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 30/09/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número da Promissão: 160967

DATA DA CIRURGIA: 30/09/2019

Número de Atendimento: 1999178 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 7 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: CARLOS FERNANDO MUNIZ

Data da Internação: 24/09/2019

Atendimento: 1999178

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA TIBIA DISTAL E

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSSINTESE

Data da Cirurgia: 30/09/2019

Equipe:

Cirurgião: BRENO COUTINHO TORRES

Aux 1: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 2: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesiista: TAMARA

Tipo de anestesia: AQUE

Relatório Imediato do Patologista: 0

Exame Radiológico no At: SIM

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02- ASEPTIA E ANTISEPSIA MIE

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

04- INCISÕES FACE ANTEROMEDIAL PERNA E + DIVULSAO POR PLANOS

05- REDUÇÃO MANOBUENTA + FIXAÇÃO PLACA BLOQUEADA DE TIBIA DISTAL 10 FIOS

06- PINTADOS DE BLOQUEIO E CORTICAIS SOB ESCOPIA

07- SNO 5% + DESBRIDAMENTO

08- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS

09- CURATIVOS

Data: 30/09/2019

Assinatura/Carimbo

Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB-9985 / CRM/RN-8320

10.1.1.149/projeção/consolidado.php?D=4358&contem=1999178

1/1



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 11/03/2020 15:17:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031115175324900000027950364>

Número do documento: 20031115175324900000027950364

Num. 29004967 - Pág. 3

24/05/2019



GOVERNO
DA PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1999092 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Data: 24/09/2019

PACIENTE: CARLOS FERNANDO Acolhimento Nascimento: 22/12/1968

MUNIZ

Endereço: RUA GERICO

Sexo: M

Idade: 050

Bairro: SANTA ROSA

Telefone:

Nome da Mãe: MARIA CÍCERA DA CONCEICAO

RG: 3545148

CPF: 54066033434

Profissão:

Responsável:

Data de

Atend: 24/09/2019

CNS: 708000346361125

CONVÊNIO: SUS

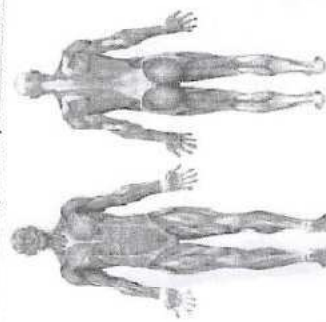
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Hora: 08:01:17

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortisus
15. F. Cortisus
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria de Vento
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Ocorrência
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Retorne de 1100 distal

10.1.1.148/projetointeg/impreclassi.php?conta=1999092&dataatend=2019-09-24&horaatend=08:01:46

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Portante vítima de acidente de trânsito

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /
Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Inácio Bruno Sarmiento
CRM-PB 3.932

1/3



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

 CRM 14300

Assinatura do anestesista





GOVERNO
DAPARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Início de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: <u>Carlos Fernando Menezes</u>		IDADE: <u>50 anos</u>	PRONTUÁRIO: <u>1999092</u>
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶		ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA SAÍDA	
ENTRADA		SAÍDA	
<input type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <u>e</u> • SÍTIO CIRÚRGICO <u>e</u> • PROCEDIMENTO A SER REALIZADO <u>e</u> • CONSENTIMENTO <u>e</u>		<input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <u>e</u> • SÍTIO CIRÚRGICO <u>e</u> • PROCEDIMENTO <u>e</u>	
<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <u>e</u>		<input type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: <input type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO <u>e</u> <input type="checkbox"/> A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM <u>e</u> <input type="checkbox"/> BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE <input type="checkbox"/> HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO <u>nao</u>	
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO <u>e</u>		<input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE <u>nao</u>	
<input type="checkbox"/> O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? SIM <u>e</u> NÃO <u>e</u> VIA AÉREA DIFÍCIL RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO? SIM <u>e</u> NÃO <u>e</u> RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? NÃO <u>e</u> SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO		<input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS? <u>nao</u> <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <u>nao</u> <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? <u>nao</u> RESULTADOS DO INDICADOR? <u>nao</u> HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? <u>nao</u>	
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? SIM <u>e</u> NÃO <u>e</u> AS I.M. <u>nao</u> ESTÃO DISPONÍVEIS? SIM <u>e</u> NÃO SE APLICA		Assinatura Márcia Gilda F. dos Santos Técnica de Enfermagem COREN/PA - 577781	

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL



PACIENTE:		LEITE		CONVÊNIO		IDADE		REGISTRO	
D N: 22/12/1968									
CIRURGIA		ANESTESIA		CIRURGIÃO		ANESTESIA			
Trat. cirúrgico e/fixação de fratura de tíbia (D)		Rauvi + sulacab		Dr. Eduardo + Dr. Brena + Dr. Júlio César		Dr. Tâmara			
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM			
Amel		30/09/2019		07:30		09:30			
MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS				Bolsa Colostoma		FIOS		CÓDIGO	
Adrenalina amp.		01		Calei. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix			
Atropina amp.				Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix			
Diazepam amp.		15		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix			
Dimorfamp.				Compressa Pequena		Catgut Simples			
Dolantina amp.				Cotonoide		Catgut Simples Sertix			
Efrane ml				Dreno		Catgut Simples Sertix			
Fenegan amp.				Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix			
Fentanil ml				Dreno Penrose nº		Cera p/ osso			
Inova ml				Dreno Pezzer nº		Ethibond			
Ketalar ml				Equipo de Macrogotas		Ethibond			
Mercaina 100mg % ml				Equipo de Macrogotas		Ethibond			
Nubain amp.				Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix			
Pavulon amp.				Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix			
Protigmine amp.		Q.S		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak			
Protóxido 1/m				Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak			
Quelicin ml		Q.S		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca			
Rapifen amp.				H ₂ O ml		Mononylon 2.0			
Thionembatal ml				Intracath Adulto		Mononylon			
Tracrium amp.				Intracath Infantil		Prolene Sertix			
MEDICAÇÕES		01		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix			
Água Destilada amp.				Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix			
Decadron amp.				Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix			
Dipirona amp.		01		Luvas 7.0		Vicryl Sertix			
Flunisolida amp. mausehen		01		Luvas 7.5		Vicryl Sertix			
Flebocortid amp.		03		Luvas 8.0		Vicryl Sertix			
Geramicina amp.		04		Luvas 8.5		Fio Kurshner 2.5			
Glicose amp.		0		Oxigênio l/m 3l p/min					
Glucon de Cálcio amp.				Poliflix					
Haemacel ml.		Q.S		PVPI Degemante ml					
Heparema ml.				PVPI Tópico ml.		SOROS			
Kanakion amp.		Q.S		Sabão Antiséptico		SG Normotermico fr 500 ml		S.F p/p resduos	
Lasix amp.		Q.S		Saco coletor p/ lixo		SG Gelado fr 500 ml			
Medrotilnazol.		Q.S		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml			
Plasil amp.		Q.S		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml			
Prolamina		Q.S		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml			
Revivan amp.				Sonda					
Suptanon amp.				Sonda folley		ORTESE E PRÓTESE			
Cefalotina 1g				Sonda Nasogátrica		uso para 3.5 de fratura de tíbia			
Etilhexona 1g				Sonda Uretral nº		10 furos			
Etilhexona 30mg				Sterydren ml		porfuros			
MATERIAIS / SOLUÇÕES				Torneirinha					
Agulha desc. 25 x 7		Q.S		Vaselina ml					
Agulha desc. 28 x 28				Gelcon 18					
Agulha desc. 3x46 40x12		Q.S		Lase					
Agulha p/ raque nº 25				eletrodes					
Álcool de Enfermagem		Q.S							
Álcool Iodado ml									
Ataduras de Crepon		Q.S							
Ataduras de Gessado		Q.S							
Azul metileno amp.									
Benzina ml									


Maria Gilda de Aguiar Rodrigues
Técnica de Enfermagem
COREN/PB - 577781



CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 001.2.20.03380/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 11/03/2020
Número da guia: 001.2020.603380 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.032,20 Promovente: CARLOS FERNANDO MUNIZ - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS - Taxa bancária: R\$ 1,35 CONSÓRCIOS DE SEGUROS			UFR vigente: R\$ 51,61
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.222,74
			Desconto total: R\$ 0,00
866000000129 227409283180 520200331004 122003380013 			Valor final: R\$ 1.222,74

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 001.2.20.03380/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 11/03/2020
Número da guia: 001.2020.603380 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2020
Promovente: CARLOS FERNANDO MUNIZ Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT			UFR vigente: R\$ 51,61
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Cartas R\$ 12,00			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.222,74
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.222,74

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 001.2.20.03380/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 11/03/2020
Número da guia: 001.2020.603380 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.032,20 Promovente: CARLOS FERNANDO MUNIZ - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS - Taxa bancária: R\$ 1,35 CONSÓRCIOS DE SEGUROS			UFR vigente: R\$ 51,61
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.222,74
			Desconto total: R\$ 0,00
866000000129 227409283180 520200331004 122003380013 			Valor final: R\$ 1.222,74





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 001.2020.603380

Data Vencimento: 31/03/2020

Data Emissão: 11/03/2020

Comarca: Campina Grande

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: CARLOS FERNANDO MUNIZ

Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT

Valor da Causa: R\$ 11.812,50

Despesas Processuais: R\$ 12,00

Custas: R\$ 1.032,20

Taxa: R\$ 177,19

Total da Guia: R\$ 1.221,39

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/09/2019

Horas: 12:13:04

Médico (a) Diarista: Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1999178 Paciente: CARLOS FERNANDO MUNIZ Idade: 050 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CICERA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 22/12/1968 Admissão: 24/09/2019 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DA PERNA D

DIA 27/09/2019

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA HIPOSSÓDICA	C
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	ST
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	ST
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	ST
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SIN
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	ST
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SIN
8	CAPTOPRIL 25 MG 1COMP. SUBLINGUAL SE PA> OU = 160/100 MMHG	SIN
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C

EVOLUÇÃO

DATA: 27/09/2019 HORA: 12:12:47

ORTOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÚRBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

APNV: PRESERVADO

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros De Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9552



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 11/03/2020 15:17:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003111517546690000027950434

Número do documento: 2003111517546690000027950434

GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/09/2019

Horas: 09:04:16

Médico (a) Diarista : Andre Ribeiro Araujo De Menezes

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1999178 Paciente: CARLOS FERNANDO MUNIZ Idade: 050 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CICERA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 22/12/1968 Admissão: 24/09/2019 DIH - 0

Clínica: AMARELA Enfermaria: 9 Leito: 7 Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DA PERNA D

DIA 24/09/2019

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA HIPOSSÓDICA	CT
2	SORO GLICOSADO 5% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	12
3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	12
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	12
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	24
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	22
9	CAPTOPRIL 25 MG 1COMP, SUBLINGUAL SE PA> OU = 160/100 MMHG	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 24/09/2019 HORA: 09:03:54

PCTE ADMITIDO PARA TTO CIRÚRGICO, SEM INTERCORRÊNCIAS. ALÉRGICO A DIPIRONA

CD: SOL PRÉ OP

ASSINATURA + CARIMBO
Andre Ribeiro Araujo De Menezes



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Carlos Fernando Muniz		Idade:	50 anos	
Convênio:	SUS		Data:	30.09.19	
Procedimento:	T. cir. e/ fixação fratura de Tíbia D				
Cirurgião:	Dr. Eduardo	Auxiliar:	Dr. Julio Cesar	Anestesista:	Dr. Jomara
Início:	07:30	Término:	09:30	Anestesia	Raque + Sedação


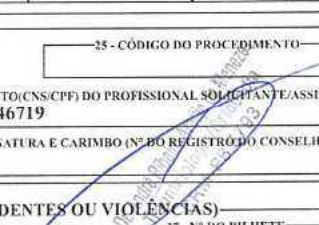
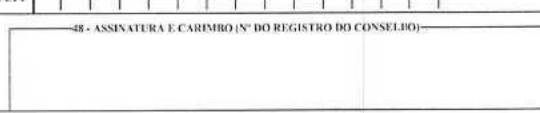
[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

MOD. 103



Data da internação: 24/09/2019 Hora: 08:57:53

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE CARLOS FERNANDO MUNIZ				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1999178	
7 - CARTÃO DO SUS 708000346361125		8 - DATA DE NASCIMENTO 22/12/1968		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA CICERA DA CONCEICAO				11 - TELEFONE DE CONTATO DD 83 Nº DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA GERICO , 269 , SANTA ROSA					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande			14 - Cód. IBGE 550300		15 - UF PB
			16 - CEP 58400002		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor e deformidade no punho Depois episódio Motorilitas					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fratura do punho					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Fratura do punho					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do punho					
21 - CID 10 PRINCIPAL S50.0					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO S50.0					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS S50.0					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fratura do punho				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO S50.0	
26 - CLÍNICA INH		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO INH		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPE 980016004346719	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016004346719		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/09/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - CBOR		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 					



01/10/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-10-01&contar=1999178&IDC=50683

GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/10/2019

Horas: 00:04:08

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1999178 Paciente: CARLOS FERNANDO MUNIZ Idade: 050 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CICERA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 22/12/1968 Admissão: 24/09/2019 DIH - 7

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DA PERNA D

DIA 01/10/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro / MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA HIPOSSÓDICA	18
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	18
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 1D/2D Diluir em 50 ML SF	12 18 24 6
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h 1D/2D Diluir em 50 ML SF FAZER 3 AMP 1 X DIA	18 24 6
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 24 6
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	18 24 6
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	18 24 6
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h 24h (ADM AS 22h)	18 24 6
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	18 24 6
10	CAPTOPRIL 25 MG 1COMP, SUBLINGUAL SE PA> OU = 160/100 MMHG	18 24 6
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18 24 6
12	CURATIVOS	18 24 6

EVOLUÇÃO

DATA: 01/10/2019 HORA: 00:01:10

ORTOPEDIA

1º DPO

BEG, ESTÁVEL

NV: OK

DOR +

FEBRE -

F.O. SANGRANTE

CD: ATB

VPM

ALTA PROGRAMADA P/ AMANHÃ

Dr. Wagner de Melo Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-P 33693

ASSINATURA - CARIMBO
Wagner de Melo Falcão

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-10-01&contar=1999178&IDC=50683

1/1



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 11/03/2020 15:17:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031115175466900000027950434

Número do documento: 20031115175466900000027950434

Num. 29004987 - Pág. 5

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/09/2019

Horas: 07:07:19

Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1999178 Paciente: CARLOS FERNANDO MUNIZ Idade: 050 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CICERA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 22/12/1968 Admissão: 24/09/2019 DIH - 5

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DA PERNA D

DIA 29/09/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA HIPOSSÓDICA <i>Zero A e de 00:00</i>	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 1 FRASCO, 12h/12h	<i>18</i> <i>26</i>
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>18</i> <i>26</i>
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1 FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>06</i>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	<i>cte</i>
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>(3030)</i> <i>(22)</i>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	<i>cte</i>
8	CAPTAPRIL 25 MG 1 COMP. SUBLINGUAL SE PA> OU = 160/100 MMHG	<i>cte</i>
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 29/09/2019 HORA: 07:06:01

PACIENTE SEGUE EM ALA ORTOPÉDICA, EM BEG, ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS

DIURESE: +

EVACUAÇÕES:

COM TALA BOTA EM MID

CONDIÇÕES DE PELE: OK

PRÉ OP: OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB-8926

Dr. Everlan Da Silva Meira
CRM-PB-8926

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB-8926





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0805188-46.2020.8.15.0001

DESPACHO

Vistos etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Como é cediço, em inúmeros feitos dessa natureza, a parte promovida não tem demonstrado qualquer intenção de fazer acordo em sessões de conciliação, o que só vem ocorrendo em Mutirões do DPVAT, razão por que deixo de designar a audiência conciliatória.

Cite-se, na forma legal.

Campina Grande, data e assinatura digitais.

Juiz(a) de Direito

