



09/12/2020

Número: **0808607-37.2019.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **23/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAYSSA KESSIA BORGES GOMES (AUTOR)		VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37621069	09/12/2020 12:01	Petição	Petição
37621072	09/12/2020 12:01	2722513_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
37621074	09/12/2020 12:01	2722513_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016221/19

Número do Sinistro: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

CPF: 119.603.464-82

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2019
Nome: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA
CPF: 042.629.554-43

JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190034976**

Nome do(a) Examinado(a): **RAYSSA KESSIA BORGES GOMES**

Endereço do(a) Examinado(a):

R ANTONIO FELIX, 1343 - VITORIA - Patos - PB - CEP 58706-110

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **4116537**

Data e local do acidente: [**22/08/2018**] **PATOS PB**

Data e local do exame: [**26/04/2019**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA FÍBULA DIREITA MAIS LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA ALTERAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PROXIMAL DO TORNOZELO EM 6 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA GRAU II, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO EM 5°, EDEMA (2+/4+), CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/08/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA FÍBULA DIREITA MAIS LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO, E SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DA FÍBULA DIREITA, A MESMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 11/09/2018 PARA ENXERTIA DE COBERTURA DE PELE COM ENXERTO RETIRADO DA COXA DIREITA, RECEBEU ALTA APÓS PERÍODO TOTAL DE 21 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

ALTERAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PROXIMAL DO TORNOZELO EM 6 CM DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30° DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15° DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA GRAU II DOR DURANTE A PALPAÇÃO E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO EM 5° EDEMA CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.



VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Tiago Martins Formiga

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB





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

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00525/00526 - carta_03 - INVALIDEZ

00050263



Carta nº 13827110





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

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

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 13827990

Pag. 00603/00604 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

Informamos que o pagamento da indenização o 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: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: **RAYSSA KESSIA BORGES GOMES**

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

Banco: **237**

Agência: **000001563-6**

Conta: **000001002815-9**

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





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, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01739/01740 - carta_02 - INVALIDEZ

00040870



Carta nº 14227480





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 Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.856,25

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

Graduação: Em grau médio 55%

% Invalidez Permanente DPVAT: (55% de 25%) 13,75%

Valor a indenizar: 13,75% x 13.500,00 = R\$ 1.856,25

Recebedor: **RAYSSA KESSIA BORGES GOMES**

Valor: **R\$ 1.856,25**

Banco: **237**

Agência: **000001563-6**

Conta: **000001002815-9**

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.

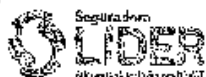
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **119.603.464-82** Nome cadastrado da vítima: **RAYSSA KESSIA BORGES GOMES**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA ANUAL NA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **RAYSSA KESSIA BORGES GOMES** CPF: **119.603.464-82**

Profissão: **PEIXEIRO** Endereço: **RUA ANTONIO FLUX** Número: **1343** Complemento: **CASA**

Bairro: **VITÓRIA** Cidade: **PAROÍ** Estado: **PE** CEP: **55198-110**

E-mail: **YANENASOPINATE@GMAIL.COM** Tel.(DDD): **(81)99931-7293**

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

DADOS CADASTRAIS:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.002,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPEMANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (PAG) ☐ Itaú (PAG) ☐ Banco do Brasil (CDB) ☐ Caixa Econômica Federal (CDB)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **0563** **6** CONTA: **1002815** **9**

(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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 realize 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNUS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data de óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira(o): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Filhos: _____ Vítima deixou esposa/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **PAROÍ, 06 de novembro de 2018.**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina ANEXO

Rayssa Kessia Borges Gomes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidejussão do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

1 V051/2018

15 JAN 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 4839/2018

Ao **SEXTO (06)** dia do mês de **NOVEMBRO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado da Polícia Civil, **MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Ad-Hoc, ao final assinado. Ai, por volta das 15h42min compareceu: **RAYSSA KESSIA BORGES GOMES**, brasileira, RG 411653/SSDS/PB, CPF 119.603.464-82, solteira, estudante, natural de Patos/PB, data de nasc. 20/02/1999, filho (a) de Rogério Costa Gomes e de Ana Célia Borges de Sousa Gomes, Residente na Rua Antonio Felix, nº 1343, Bairro Vitória, Patos/PB, Fone: (83) 9.9891-1929, A fim de prestar a seguinte queixa:

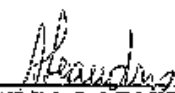
QUE, o (a) notificante afirma que, na data 22/08/2018, por volta das 21h:50min, trafegava como passageira na garupa de uma motocicleta de marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN MIX KS, placa: NQE-6938/PB, Renavam: 0025757548-0, ano/modelo: 2010/2010, cor: VERMELHA, chassi: 9C2KC1610AR061629, Licenciada em nome de Rogério Costa Gomes, quando na rua 18 do Forte, bairro Santo Antonio-Patos/PB, a moto foi abalroada por um veículo(não identificado); que, foi socorrida pelo SAMU e conduzida ao Hospital Regional Dep. Janduby Carneiro, nesta cidade; que devido o acidente, teve fratura no pé direito e trauma de face.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim, Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante: Rayssa Kessia Borges Gomes

Patos/PB, 06 de Novembro de 2018.



ANA Mª DA C. LEANDRO
Policial Civil
Mat.: 138.428-7

15 NOV 2018



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.856,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000001002815-9

Nr. Autenticação

BRADESCO0305201905000000000023701563000001002815185625 PAGO



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000001002815-9

Nr. Autenticação

BRADESCO220220190500000000002370156300000100281567500 PAGO



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	6349	PRONTUÁRIO	4959
DATA	12/08/2018	HORA	22:52
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	GKELLY
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
MÉDICO	MEDICO PLANTONISTA		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)		
PACIENTE	RAISSA KESSIA BORGES GOMES	IDADE	19a 6m
		GÊNERO	FEMININO
FILIAÇÃO I	ANA CELIA BORGES DE SOUSA		
FILIAÇÃO II	ROGERIO COSTA GOMES		
CIDADE	PATOS	PR	
ENDEREÇO	RUA ANTONIO FELIX 1343		
BAIRRO	VITÓRIA		
NATURALIDADE	PATOS		
TELEFONE	83986454359	CELULAR	
C.N.S.		IDENTIDADE	4115937
C.P.F.	119.603.464-82	REG. NAC.	
NASCIMENTO	20/02/1999	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	

RESPONSÁVEL: ROGERIO COSTA GOMES

Ass. Resp./Paciente

Rogério Costa Gomes

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Ac de Fb

EXAMES OBJETIVOS (inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur direito +
hematoma fêmur direito

CID

DADOS DA SAÍDA

Data *11/09/18*

Hora ____ H ____ Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

15 JAN. 2019



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2625473 CNPJ 08.778.268/0023/76
ACOE HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HONÓRIO MOURA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CLASSIF. RISCO VERDE
ORIGEM VIA PÚBLICA
PACIENTE RAISSA ALESSIA GOMES GOMES
NOME SOCIAL
FILIAÇÃO I ANA CELIA BORGES DE SOUSA
NASCIMENTO 29/02/1989
PROFISSÃO
ENDEREÇO RUA ANTONIO FELIX nº1343 BAIRRO VITORIA
CIDADE PATOS P.B. CEP 58200-000
TELEFONE (83)9864-5435
CNS
ESTADO CIVIL SOLTEIRO R.G. CPF REG. NASC.

A.R. 6944
OTIMO ACIDENTE DE TRANSITO (NOTO)
DATA 22/08/2018 HORA: 10:21:50
CARACTER 02 - URGÊNCIA
TIPO DE SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGENCI

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE DO RESPONSÁVEL *Rogério Costa Gomes*

RESU= 100 x 30 VHS TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) *Leu vitais de acidente de carro com*

fratura de fêmur e fíbula. Trauma e hemorragia na

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO) *La. Geral / T. Urina / Bares*

SOLICITAÇÃO DE EXAMES *Ortopedia / Bolo. Maxilo*

DIAGNÓSTICO *Fratura*

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

100ml

7/10/10 40 ml IV

OBSERVAÇÃO *Lesão / Não*

MÉDICO/CRM/CNS *Dr. Suelio Moreira Torres*

CARACTER DO ATENDIMENTO

() 01-ELETRIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVOLVIMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1- *10321060029* 2- 3-

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA

() TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM

15 JAN. 2019

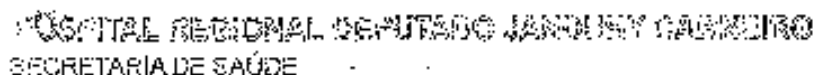
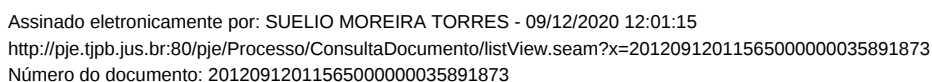


NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
DATA	20/09/10	LOCAL	03	PROFESSOR	3559
PROFESSOR	Dr. Ricardo Kucio Barros Lima				GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE
PROFESSOR	Dr. Ricardo Kucio Barros Lima				 HOSPITAL REGIONAL DE JARDIM CARLOS
PROFESSOR	Dr. Ricardo Kucio Barros Lima				
PROFESSOR	Dr. Ricardo Kucio Barros Lima				

MATERIAL			
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	OL de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX Capnógrafo		Scalp
	TX Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX Apóscão de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX de Laser		Coletor de Urina
	TX de Cautério		Seringa 1 ml
	TX de Intubação S. Ventral		Seringa 3 ml
	TX Sala		Seringa 5 ml
	TX Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX Oxímetro de Pulso		Electrodo desc.
	Neoculín		Atadura de Crepom 10cm
	Haloteno		Atadura de Crepom 20cm
	Trilobotulsi		Atadura Gaseada 10cm
	Gasolín		Sonda Urinal
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
	Domínio		Star Sufúrico
	Pentam 3,0mg		Drano Penrose
	Albúmina 5%		Drano Suesão
	Novel		Drano de Torax
	Albúmina 2%		Espandrapo
	Fluorimol		Albúmina Gel
	Polibol		Alcool 70%
	Polibol 0,5%		PVPi tintura
	Olmo		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Iodado
	Reparat		Algodão Oropélico
	Forana		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Discepan		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Procligulina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 cf agulha
	Efentil		Fio Cromado 1 cf agulha
	Defalcina 15g		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	Dixel		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Difeno		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Espirin 200mg V		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Ulat		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Amoxicina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ anidafectomia
	Agulha de Ranus Descartável		Cat-gut simples 3-0 cf agulha
	Anticote 20 e 22		Polycol 0 cf agulha
	Polycol 0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha
	Polycol 2-0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha
	Polycol 3-0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha
	Polycol 3-0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha
	Polycol 3-0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha

15 JAN 2019



15 JAN 2019

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Robson Karim João Carvalho

NO: 12 LEITO: 02 DATA: 02/05/2019 LOCAL: Quarto HOSPITAL: 1959

DIAGNÓSTICO: Cirurgia de pele na EXAME: Exame

PROCEDIMENTO: Ressecção ANESTESIA: Local

ESTIMULADORA: George DATA: 02.05.19 HORA: 17.40 RV:

GOVERNO DO PARANÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL
DR. MAJORY CARNEIRO

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/fixar o sangue
	TX. Capnógrafo		Soço
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
2	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
1	TX. Eletrodo Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodo desc.
4	Neocollin	1	Atadura de Crepom 10cm
	Malofano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembuol		Atadura Gessada 10cm
	Quelclon		Sonda Uretral
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
	Somnilid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Peleto
2	XNesteobn e 5%		Urino Sugão
	Inoval		Dreno de Tórax
	XGocelna e 2%	2	Esparadraps
	Epidimicate		Xilonaina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicocelna 0,5%	1	PVH Tintura
1	Dilutor	1	Gesso
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Mar. m		Algodão Ortopédico
	Fosfor		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Fomeol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 cf agulha
	Etoril		Fio Cromado 1 cf agulha
1	Cefalotina 1g		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	DNV		Fio Cromado 2-0 cf agulha
1	Plasil 300mg		Cat-gut simples 0 cf agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Esparin 5000 V		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
1	Tilid		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Amikacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 cf agulha
	Asbacate 20 e 22		Polycot 0 cf agulha
	Polycot 0 cf agulha		Polycot 2-0 cf agulha
	Polycot 2-0 cf agulha		Polycot 3-0 cf agulha
	Polycot 3-0 cf agulha		Protana 2-0 cf agulha
	Protana 0 cf agulha		

15 JAN 2019





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Raima Kervan</u>	
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA <u>15</u>
A CLÍNICA <u>Car. Janduary Carneiro</u>	LEITO <u>06</u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Fract de T12 com lesões extensas de partes moles.</u>	
ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO	
<u>22/08/18</u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

29/08/18 LEDA em
partes moles
de fratura de T12
sem fratura
avultosa no
Kallman de característica

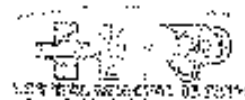
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

15 JAN 2019





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUARY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Moisés</u>	
DA CLÍNICA <u>CLÍNICA</u>	ENFERMARIA <u>LEITO</u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO ENTREVISTAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: paciente masculino, em estado de consciência alterado, com sinais de desidratação e estados de fratura múltipla nos membros inferiores. Lado direito com fratura de fêmur e Lado esquerdo com fratura de tíbia e fêmur. 22/08/19	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

15 JAN. 2019





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Ranessa Vanessa Borges

DA CLÍNICA Out
DE CLÍNICA cardio

ENFERMAGEM 30
LEITO 300

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

23/08/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Relatório de exames de

Exame físico: normal

Exame de urina

Exame de sangue

Exame de fezes

Exame de imagem

Exame de laboratório

23/08/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
09/12/2020 12:01:15

15 JAN 2019



REFERENCES

Guest KESHA ROY

|| 221 ||

References

DATA FROM

May 18

Answer

Urbach's A A

MADE IN U.S.A.

Total = 60

De manhã 103

Respectfully,

Old MacDonald

1. Na_2CO_3 1.4

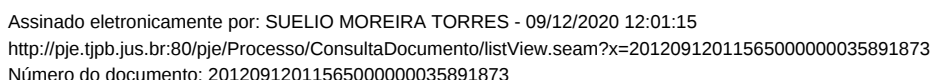
Quincy McKee

Adorno DIA 16/08

[Faint handwritten notes at bottom left:]

Handwritten: "Handwritten: [illegible] to [illegible] 1970
[illegible] to [illegible] 1970
[illegible] to [illegible] 1970"

15 JAN. 2019



05/09/18

Requisito

de venda distância em
de breu

Teoria de prout

Ante a EXATIDÃO

proprio cunha

-MATA DIA

11/09

A 15.05h


Tribunal Superior do Trabalho
Câmara de Recurso - 1ª Turma
CPO 2011 - 2015

15 JAN 2019



EVOLUÇÃO CLÍNICA
ENFERMAGEM

PACIENTE: RAISSA KESSIA RODRIGUES

LEITURAS
REG.

DATA HORA

29/08/18 em 10h15 A
Paciente em repouso,
sem febre,
sem dor, sem tosse, sem
dispnéia, sem alteração
na ausculta pulmonar,
sem alteração na
diurese, sem alteração
na ingestão alimentar e
na eliminação de fezes.
Sinais vitais: FC 78, FR 18, PA 120/70, SPO2 98%.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 12:01:15
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120912011565000000035891873
Número do documento: 20120912011565000000035891873

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAIBA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Lucia Rosa Borges</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>12.08.18</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Marcos Antonio</u>	1º Auxiliar	
Anestesiista: <u>Tamara</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		
<u>Uma hérnia de bexiga</u>		
Tipo de Cirurgia		
<u>Exatoma bexiga e plicatura</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
<u>O mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais
<u>Abertura da parede abdominal</u>
<u>Exatoma bexiga e plicatura</u>
<u>Exatoma bexiga e plicatura</u>
<u>Exatoma bexiga e plicatura</u>
<u>Exatoma bexiga e plicatura</u>
<u>Exatoma bexiga e plicatura</u>
<u>Exatoma bexiga e plicatura</u>
<u>Exatoma bexiga e plicatura</u>
<u>Exatoma bexiga e plicatura</u>
<u>Exatoma bexiga e plicatura</u>
<u>Exatoma bexiga e plicatura</u>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 12:01:15
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120912011565000000035891873
Número do documento: 20120912011565000000035891873

15 JAN 2019

Monitoria

Paula Lima

25/08/18

Dr. VALTE GUMARDES

Dr. FELIPE GOMES

Dr. Fátima

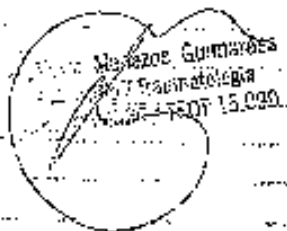
Monitoria

Requis

Monitoria

c. jurídica

01. Cópia do documento original da matrícula.
02. Cópia da certidão de nascimento.
03. Cópia da carteira de identidade.
04. Cópia da carteira de trabalho e Previdência Social.
05. Cópia da carteira de registro profissional.
06. Cópia da carteira de registro de empresa.



15 JAN 2019





Dr. Sérgio Luiz Wanderley de Araújo

LAUDO ORTOPÉDICO

Atendi RAISSA KESSIA BORGES GOMES.

que se acidentou com moto no dia

22-08-18 quando sofreu o MALEITO

LATERAL ESQUERDO E EXTENSO PERMANECENDO
NO TORNIZILO EPB. Foi realizado tra-
tamento conservador e curativo plâster
bolsonar, atualmente existe redução
da rotação e flexo-extensão do artro-
lato lesionado, porém quando decomp-
buída, e atropia muscular, lesões que

26/02/19 Apresenta a capacidade física de
paciente em 50% CDS 582.6 +

551.0
M 25.6

11 ABR. 2019



2019-09-11
Lino Médico

A paciente Paty
Nóbrega Borges Sousa Cordeiro
apresenta com insuportável,
dor intensa, na região do
substerno e do abdômen, com
relato de que há alguns dias
é exposta ao sol, e que
depois disso, ela tem
dores no abdômen e
os sintomas da doença
relatada.

12/10

Dr. Fernando José
CRM: PA 5312
CRM: PE 1223
Otorrinolaringologista

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (63) 3423-2741 - Patos - PB.

11 ABR. 2019





pl NAISSA MARIA BORGES SOARES

PRESCRIÇÃO

FISIOTERAPIA (20 SESSÕES) -
PARA RECUPERAÇÃO DA FUNÇÃO
MIO, PR. FRACTURA PERNA (CPS -
CPSR PROGRESSIVA PRSO)

Z

19/10/18

Dr. Fernando Jucá
CRM/RS 5322
CRM/PE 12228
Ortopedia e Trauma



11 ABR. 2019

11 ABR. 2019



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	6349	PRONTUÁRIO	4959
DATA	12/08/2018	HORA	22:52
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	GKELLY
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
MÉDICO	MEDICO PLANTONISTA		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)		
PACIENTE	RAISSA KESSIA BORGES GOMES	IDADE	19a 6m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	ANA CELIA BORGES DE SOUSA		
FILIAÇÃO II	ROGERIO COSTA GOMES		
CIDADE	PATOS PR		
ENDEREÇO	RUA ANTONIO FELIX 1343		
BAIRRO	VITÓRIA		
NATURALIDADE	PATOS		
TELEFONE	83986454359	CELULAR	
C.N.S.		IDENTIDADE	4115937
C.P.F.	119.603.464-82	REG. NAC.	
NASCIMENTO	20/02/1999	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	

RESPONSÁVEL: ROGERIO COSTA GOMES

Ass. Resp./Paciente

Rogério Costa Gomes

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Ac de Fb

EXAMES OBJETIVOS (inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur direito +
hematoma fêmur direito

DADOS DA SAÍDA

Data *11/09/18*

Hora ____ H ____ Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

15 JAN. 2019



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2625473 CNPJ 08.778.268/0023/76
NOME HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HONÓRIO MOREIRA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CLASSIF. RISCO VERDE
ORIGEM VIA PUBLICA
PACIENTE RAISSA ALESSIA GOMES GOMES
NOME SOCIAL
FILIAÇÃO I ANA CELIA BORGES DE SOUSA
NASCIMENTO 29/02/1989
PROFISSÃO
ENDEREÇO RUA ANTONIO FELIX nº1343 BAIRRO VITORIA
CIDADE PATOS P.B. CEP 58200-000
TELEFONE (83)9864-5435
CNS REG. NAC.
ESTADO CIVIL SOLTEIRO

A.R. 6944
JORNAL ACIDENTE DE TRANSITO (NOTO)
DATA 22/08/2018 HORA 21:50
CARACTER 02 - URGENCIA
TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE DO RESPONSÁVEL *Rogério Costa Gomes*

RESU- *1,70 x 40* VHS TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) *Leu citada de acidente de carro com*

trauma de face e abd. Tomada a história da

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO) *La Gástrica / T. P. / Baço /*

SOLICITAÇÃO DE EXAMES *ORtopedia / Bolo. Maxilar*

DIAGNÓSTICO *Contusão*

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

100ml

7/10/10 40 ml IV

OBSERVAÇÃO *Ver 1/10*

MÉDICO/CRM/CNS *Dr. Suelio Moreira Torres*

CARACTER DO ATENDIMENTO

() 01-ELETRICO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVOLVIMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1- *10321060029* 2- 3-

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA

() TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM

15 JAN. 2019

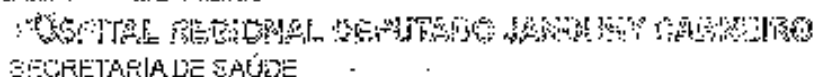
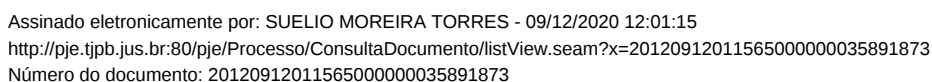


NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PROFESSOR	Rafaela Maria Borges Lima				GOVERNO DO PARANÁ
DATA	20/09/20	LOCAL	36	PROFESSOR	SECRETARIA DE SAÚDE
DIAGNÓSTICO	T.C. de Instrumentador				 HOSPITAL REGIONAL DE JARDIM CARLOS
PROFESSOR	Rafaela Maria Borges Lima				
PROFESSOR	Rafaela Maria Borges Lima				
PROFESSOR	Rafaela Maria Borges Lima				

MATERIAL			
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	OL de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TL Capnógrafo		Scalp
	TX Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX Apóscão de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX de Laser		Coletor de Urina
	TX de Cautério		Seringa 1 ml
	TX de Intubação S. Ventral		Seringa 3 ml
	TX Sala		Seringa 5 ml
	TX Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TL Oxímetro de Pulso		Electrodo desc.
	Neoculín		Atadura de Crepom 10cm
	Haloteno		Atadura de Crepom 20cm
	Trilobotulsi		Atadura Gaseada 10cm
	Gasolín		Sonda Urinal
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
	Domínio		Star Sufúrico
	Pentam 3,0mg		Drano Penrose
	Albúmina 5%		Drano Suesão
	Álcool		Drano de Torax
	Albúmina 2%		Espandrapo
	Fluorimide		Albúmina Gel
	Polist		Álcool 70%
	Policlorina 0,5%		PVPi tintura
	Ósmor		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Iodado
	Reparat		Algodão Oropélico
	Forana		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Discepan		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Procligulina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 cf agulha
	Biforil		Fio Cromado 1 cf agulha
	Defalcina 15g		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	Dixel		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Diflona		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Espirin 200mg V		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Tilart		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Amoxicina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ anidafectomia
	Agulha de Ranus Descartável		Cat-gut simples 3-0 cf agulha
	Anticote 20 e 22		Polycol 0 cf agulha
	Polycol 0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha
	Polycol 2-0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha
	Polycol 3-0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha
	Polycol 3-0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha

15 JAN 2019



15 JAN 2019

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Adilson Kervin João Carvalho

GOVERNO DO PARANÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE: 1.2 LEITO: 02 DATA: 04/09/2019 LOCAL: Paraná ANO: 1959

PROFISSIONAL: Coordenador de pele mar Edmundo

PROFISSIONAL: Leoni pe 01 Carvalho

ESTABELECIMENTO: George DATA: 04.09.19 HORA: 17.40 RV

HOSPITAL REGIONAL
DR. MAJURY GARNERO

MATERIAL			
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/fixação sangue
	TX. Capnógrafo		Soelo
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
2	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
1	TX. Eletrodo Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
4	Neocollin	1	Atadura de Crepom 10cm
	Malofano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembuol		Atadura Gessada 10cm
	Quelclon		Sonda Uretral
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
	Somnilid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Peleto
2	XNesteeb e 5%		Urino Sugão
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xlodelina e 2%	2	Espandrápico
	Epidimiclate		Xilonaina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Publodelina 0,5%	1	PVH Tintura
1	Dilutor	1	Gesso
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Max. m		Algodão Ortopédico
	Fosfor		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Fomeol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 cf agulha
	Eforil		Fio Cromado 1 cf agulha
1	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	DNV		Fio Cromado 2-0 cf agulha
1	Plexil		Cat-gut simples 0 cf agulha
1	Diploma		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Espirin 5000 V		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
1	Tileid		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Amikacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 cf agulha
	Asbocate 20 e 22		Polycot 0 cf agulha
	Polycot 0 cf agulha		Polycot 2-0 cf agulha
	Polycot 2-0 cf agulha		Polycot 3-0 cf agulha
	Polycot 3-0 cf agulha		Prolana 2-0 cf agulha
	Prolana 0 cf agulha		

15 JAN 2019





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Raima Kervan</u>	
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA <u>15</u>
A CLÍNICA <u>Car. Janduary</u>	LEITO <u>06</u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Fract de T12 com lesões extensas de partes moles.</u>	
ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO	
<u>22/08/18</u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

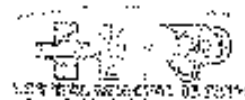
PARECER: <u>29/08/18 LETA em</u> <u>partes moles de</u> <u>os fêmur e fêmur</u> <u>de fêmur</u> <u>Ortopedia</u> <u>Kallay e de</u>	
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

15 JAN 2019





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUARY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Moisés</u>	
DA CLÍNICA <u>CLÍNICA</u>	ENFERMARIA <u>LEITO</u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENFERMEIROS OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: paciente masculino, em estado de consciência alterada, com sinais vitais estáveis, sem alterações significativas nas exames laboratoriais e de imagem. Fratura de fêmur direito, com deslocamento e fragmentação. Indicação para cirurgia de urgência. 22/08/19	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

15 JAN. 2019





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Ranier Viana Borges

DA CLÍNICA Cardi
DE CLÍNICA cardio

ENFERMAGEM 30
LEITO 300

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

23/08/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Relatório de exames de

Exame físico: normal

Exame de urina

Exame de sangue

Exame de urina

Exame de sangue

Exame de urina e sangue

23/08/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 09/12/2020 12:01:15

15 JAN 2019



REFERENCES

Guest KESHA ROY

|| 221 ||

References

DATA HORA

10/05/18 7

ACIQUÊ

URBANTIA A

ENTRADA DE POLE

TOTAL - 00

DE BOMBA DOB

REPARAÇÃO E

OUT. PLATA COMERCIAL

ACRÉSCIMO 100% A A

QUANTO MAIS TEMPO

CONTINUA DIA 16/08

Autenticado em 10/05/2018
por 100% - 100% - 100%

15 JAN. 2019



05/09/18

Requisito

de venda distância em
de breu

Teoria de prout

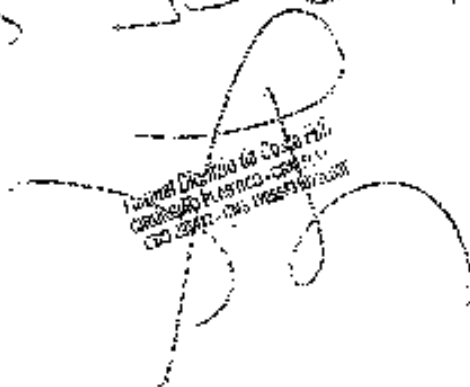
Ante a EXATIDÃO

proprio cunha

-MATA DIA

11/09

A 15.05h


Tribunal Superior do Trabalho
Câmara de Recurso - 1ª Turma
CDD 2018 - 015 1156500000035891873

15 JAN 2019



EVOLUÇÃO CLÍNICA ENFERMAGEM

PACIENTE: RAISSA KESSIA RODRIGUES

LEITO: _____
REG.: _____

DATA: _____ HORA: _____

29/08/18 em atendimento

Paciente em atendimento,
com queixa de

dores no abdômen, de

caráter difuso, de

intensidade moderada a

grave, com piora à noite.

Tratado com analgésicos

sem melhora.

Realizado exame físico

com queixa de

dores no abdômen, de

caráter difuso, de

intensidade moderada a

grave, com piora à noite.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 12:01:15
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120912011565000000035891873
Número do documento: 20120912011565000000035891873

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAIBA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Lucia Regina Borges</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>12.08.18</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Marcos Antonio</u>	1º Auxiliar	
Anestesiista: <u>Tamara</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		
<u>Uma hérnia de bexiga</u>		
Tipo de Cirurgia		
<u>Exatão livre de pele</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
<u>O mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais
<u>Abertura da pele por</u>
<u>Abertura + sutura + pele</u>
<u>pele + pele + pele</u>
<u>ligadura de pele + pele</u>
<u>ligadura de pele + pele</u>
<u>ligadura de pele + pele</u>
<u>ligadura de pele + pele</u>
<u>ligadura de pele + pele</u>
<u>ligadura de pele + pele</u>
<u>ligadura de pele + pele</u>
<u>ligadura de pele + pele</u>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 12:01:15
http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012091201156500000035891873
Número do documento: 2012091201156500000035891873

15 JAN 2019

Monitoria

Paula Lima

25/08/18

Dr. VALTE GUMARDES

Dr. Felipe Mendes

Dr. Fátima

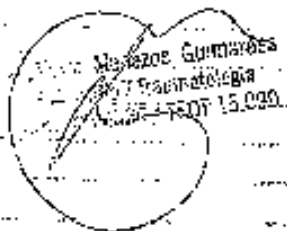
Monitoria

Requis

Monitoria

c. jurídica

01. Cópia do documento original da matrícula.
02. Cópia da certidão de nascimento.
03. Cópia da carteira de identidade.
04. Cópia da carteira de trabalho e Previdência Social.
05. Cópia da carteira de registro profissional.
06. Cópia da carteira de registro de empresa.



15 JAN 2019



[illegible][illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034976 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DIREITA E LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA ALTERAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PROXIMAL DO TORNOZELO EM 6 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA GRAU II, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO EM 5°, EDEMA (2+/4+), CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/08/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA FÍBULA DIREITA MAIS LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO, E SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DA FÍBULA DIREITA, A MESMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 11/09/2018 PARA ENXERTIA DE COBERTURA DE PELE COM ENXERTO RETIRADO DA COXA DIREITA, RECEBEU ALTA APÓS PERÍODO TOTAL DE 21 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau intenso do tornozelo devido ao déficit de força e limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido. Vítima já indenizada em 50% de 10%, portanto PI complementar. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 55 %	13,75%	R\$ 1.856,25
Total			13,75 %	R\$ 1.856,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034976 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DIREITA E LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA ALTERAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PROXIMAL DO TORNOZELO EM 6 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA GRAU II, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO EM 5°, EDEMA (2+/4+), CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/08/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA FÍBULA DIREITA MAIS LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO, E SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DA FÍBULA DIREITA, A MESMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 11/09/2018 PARA ENXERTIA DE COBERTURA DE PELE COM ENXERTO RETIRADO DA COXA DIREITA, RECEBEU ALTA APÓS PERÍODO TOTAL DE 21 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau intenso do tornozelo devido ao déficit de força e limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido. Vítima já indenizada em 50% de 10%, portanto PI complementar. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 55 %	13,75%	R\$ 1.856,25
Total			13,75 %	R\$ 1.856,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034976 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO PÉ DIREITO COM LACERAÇÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO+ENXERTO DE PELE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034976 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO PÉ DIREITO COM LACERAÇÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO+ENXERTO DE PELE).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PG.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.
OBS: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 10% PARA PÉ D.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 5 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034976 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO PÉ DIREITO COM LACERAÇÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO+ENXERTO DE PELE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034976 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO PÉ DIREITO COM LACERAÇÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO+ENXERTO DE PELE).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.
OBS: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 10% PARA PÉ D.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 5 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016221/19

Número do Sinistro: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

CPF: 119.603.464-82

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/02/2019
Nome: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA
CPF: 042.629.554-43

JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016221/19

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

CPF: 119.603.464-82

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA : 042.629.554-43

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAYSSA KESSIA BORGES GOMES : 119.603.464-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/01/2019
Nome: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA
CPF: 042.629.554-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

JANE APARECIDA COSTA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE PATOS/PB

Processo: 08086073720198150251

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 subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAYSSA KESSIA BORGES GOMES**, 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, qual seja **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

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 a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, 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,

PATOS, 4 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

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



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 - 09/12/2020 12:01:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120912011597700000035892375>
Número do documento: 20120912011597700000035892375

Num. 37621074 - Pág. 2