



Número: **0802612-88.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **22/03/2020**

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
FABIANO SANTOS GUIMARAES (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31916 206	30/06/2020 11:29	2731126_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009375

Vítima: FABIANO SANTOS GUIMARAES

Data do Acidente: 25/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIANO SANTOS GUIMARAES

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 15339964

Pag. 01945/01946 - 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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009375

Vítima: FABIANO SANTOS GUIMARAES

Data do Acidente: 25/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIANO SANTOS GUIMARAES

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 dos ombros
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: **FABIANO SANTOS GUIMARAES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **000005324-2**

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 645.294.874-15 3 - CPF da vítima: 645.294.874-15 4 - Nome completo da vítima: Fabiano Santos Guimarães

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

5 - Nome completo: Fabiano Santos Guimarães 6 - CPF: 645.294.874-15
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Poeta Manoel Xandu 9 - Número: 72 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98855-5045

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 53242

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

Impressão digitalizada eletronicamente

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 07/10/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CDC DPVAT 002/2019







**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,**



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1360 /2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos 27 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 08:30 horas, compareceu o Sr. **Fabiano Santos Guimarães**, portador da cédula de identidade nº 1 299.865 Seds/PB, CPF nº 645.294.874 - 15, brasileira, natural de Campina Grande/PB, divorciado, com 47 anos de idade, filho de Francisco de Assis Guimarães e de Francisca Santos Guimarães, Técnico em Refrigeração, residente à rua Poeta Manoel Xudú, nº 72, bairro Valentina Figueiredo, nesta capital, o qual notificou que, Na manhã do dia 25 de setembro do ano de 2019, se conduzia na motocicleta Honda NXR 160 BROS, ano e modelo 2018, cor preta, placa QSB 1246/PB e chassi nº 9C2KD1000JR005707, cadastrada em seu nome, pela rua Telegrafista Armando Pessoa, conjunto 13 de maio, nesta capital e, próximo a praça Assis Chateaubriand, após livrar uma vala, o pneu dianteiro desta derrapou numa saliência que existia entre o asfalto e meio fio, e na sequência perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Fratura de Costela Esquerda + Luxação da Articulação Acromioclavicular Esquerda, identificada pelo CID 10 S 22.3 + S 43.1, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 27 de dezembro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

x Fabiano Santos Guimarães



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

676.294.874-15 Fabiano Santos Guimarães

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Fabiano Santos Guimarães

676.294.874-15

Recusado

Rua Poeta Manoel Xandu

72 Casa

Valentina

João Pessoa

PB

58.000-000

(83) 98855-5045

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 53242

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vol nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34
Impressão
digital
manuseio
biométrico
ou
alifabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 07/06/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CDC DPVAT 002/2019







**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1192399



Identificação do paciente

ID 1142078	Nome FABIANO SANTOS QUIMARÃS	Sexo Masculino
Data de nascimento 07/10/1972	Idade 46 anos 11 meses 18 dias	Estado civil
Mãe FRANCISCA SANTOS QUIMARÃS	Religião	Prontuário
Escolaridade	Pai FRANCISCO DE ASSIS QUIMARÃS	Representante (Parentesco) REBECA - SOBRINHO(A)
DDD Celular 83	Celular 988440664	DDD
Tipo documento CPF	Número documento 64529487415	Telefone
Local de procedência TAREZÉ CRUZ	UF PB	CEP
E-mail	Naturalidade CAMPINA GRANDE	CSOR

Endereço

CEP 58037030	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro GOVERNADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO
Número 679	Complemento	Bairro JARDIM OCEANIA	

Admissão

Data e Hora 25/09/2019 10:44:55	Número da pulseta 1000726370	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	

Classificação do caso

Classificação de emergência	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Código do paciente SUS
		Classificação de emergência QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 130 x 80 mmHg	Pulso 70	Temperatura 37°C
---------------------	-------------	---------------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Observações

paciente cote, apresenta lesão dos membros superiores do tórax e membros superiores p/ exames J57

Dispensário

Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA	Tempo 50seg
---	----------------

Imprimir

Rebeca Maria Ramalho Lima



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	15/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIANO SANTOS GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000005324-2

Nr. da Autenticação 011886E2B8632816



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de boleto.

Recurso para simples pagamento da nota fiscal emitida pela Energisa. Nº 026.503.504



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.046.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

VIVIANE DOS SANTOS NASCIMENTO
RUA POETA MANOEL XUDU 72 CASA
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/406584-3

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

18/12/2019

CONSUMO

193

VENCIMENTO

11/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 170,38

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 07812.342173 2 81310000017038				
Pagador: VIVIANE DOS SANTOS NASCIMENTO CNPJ/CPF: 806 626 924-20				
RUA POETA MANOEL XUDU 72 CASA - VALENTINA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007812342	000406584201912	11/01/2020	R\$ 170,38	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2020 11:29:24

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063011292412500000030596577>

Número do documento: 20063011292412500000030596577

Num. 31916206 - Pág. 10



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIANO SANTOS GUIMARÃES
DADOS DE NASCIMENTO 07/10/72
NOME DA MÃE FRANCISCA SANTOS GUIMARÃES

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.192.399
Nº PRONTUÁRIO 118.286
DATA DO ATENDIMENTO 25/09/19
HORA DO ATENDIMENTO 10:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE COSTELA E + LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO
ACRÔMIOCLAVICULAR E
CID 10 S 22.3 + S 43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor intensa local e deformidade em ombro E, refere também dor torácica E. Glasgow 15. Avaliada pela equipe da médica da urgência/emergência.

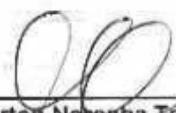
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tórax
RX do ombro E - AP e Oblíqua
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Luxação da articulação acrômioclavicular E + fratura de costela E à TC e ao RX. Sem alteração à USG. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Matheus Mozart da equipe da Ortopedia. Tratamento conservador da outra fratura.

ALTA HOSPITALAR: 28/09/19
DATA DA EMISSÃO: 07/11/19


Dr. Ewerton Noreña Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIANO SANTOS GUIMARÃES
DADOS DE NASCIMENTO 07/10/72
NOME DA MÃE FRANCISCA SANTOS GUIMARÃES

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.192.399
Nº PRONTUÁRIO 118.286
DATA DO ATENDIMENTO 25/09/19
HORA DO ATENDIMENTO 10:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE COSTELA E + LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIOCLAVICULAR E
CID 10 S 22.3 + S 43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor intensa local e deformidade em ombro E, refere também dor torácica E. Glasgow 15. Avaliada pela equipe da medicina da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tórax
RX do ombro E - AP e Oblíqua
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Luxação da articulação acrômioclavicular E + fratura de costela E à TC e ao RX. Sem alteração à USG. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Matheus Mozart da equipe da Ortopedia. Tratamento conservador da outra fratura.

ALTA HOSPITALAR: 28/09/19
DATA DA EMISSÃO: 19/12/19

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente FABIANO SANTOS GUIMARAES	Idade 46a 11m 18d	BAE 1192399	Data/Hora Entrada 25/09/2019 10:44:55	Data Baixa
Data de nascimento 07/10/1972		Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988440664
Mãe FRANCISCA SANTOS GUIMARAES				Prontuário
Endereço GOVERNADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO, 679		Bairro JARDIM OCEANIA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional BENEDITO B RIBEIRO	Nº Cons. Regional 11820/PB
Data/Hora Classificação 25/09/2019 10:44:55			Data/Hora Prescrição 25/09/2019 13:36:30	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO DEFORMIDADE EM OMBRO ESQUERDO, COM DOR INTENSA LOCAL, REFERE TAMBEM DOR TORACICA A ESQUERDA, NEGA PERDA DA CONSCIOENCIA E OUTRAS QUEIXAS. HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. REALIZADO RX DE TORAX, QUE EVIDENCIA FRATURA DE ARCO COSTAL A ESQUERDA. CD: CONSERVADORA AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA ALTA DA GERAL

Conduta

Em observação

Enfermeiro

BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 25/09/2019 10:45:45





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNEB: 2593262

Paciente FABIANO SANTOS GUIMARAES	BAE 1192399	Data/Hora Entrada 25/09/2019 10:44:55	Data Baixa
Data de nascimento 07/10/1972	Idade 46a 11m 18d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988440664
Mãe FRANCISCA SANTOS GUIMARAES		CNS	Prontuário
Endereço GOVERNADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO, 679	Bairro JARDIM OCEANIA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	Nº Cons. Regional 185222/SP
Data/Hora Classificação 25/09/2019 10:44:55		Data/Hora Prescrição 25/09/2019 13:45:50	

ANAMNESE

ORTOPEDIA DOR E DEFORMIDADE NA REGIAO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDO APOS Queda de moto hoje as dez horas
AINDA REFER DOR NO TORAX (LIBERADO POR CIR.GERAL) NEGA OUTRAS QUEIXAS E OUTROS TRAUMAS COM PREJUDICADO (DOR)
NEUROVASCULAR PRESERVADO EXF: AUSENCIA DE FERIMENTOS IMPORTANTES SINAL DA TEG. DORSO ESQUERDO RX: LAC
GRAU 4 CDT: INTERNAÇÃO STAFF DR ROBERTO SANTOS

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES:: LEVE)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H
OMEPAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES:: PELA MANHA EM JEJUM)
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES:: SE HGT<60)

CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

HGT 6/6HS

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES:: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

ELETROCARDIOGRAMA

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

PROCEDIMENTO

TIPOIA

Dr. José Rogério
CRM-PB/9275
CRM-SP/125 122



CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 25/09/2019 10:45:45

MÉDICO
Dr. José Rogaciano
CRM-PMS 185222
CRM-SP 185222





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lukens

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



**GOVERNO
DA PARAIBA**

SEGUE

o trabalho

Paciente FABIANO SANTOS GUIMARAES	BAE 1192399	Data/Hora Entrada 25/09/2019 10:44:55	Data Baixa
Data de nascimento 07/10/1972	Idade 46a 11m 18d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988440564
Mão FRANCISCA SANTOS GUIMARAES		CNS	Prontuário
Endereço GOVERNADOR ARGENIRO DE FIGUEIREDO, 679	Bairro JARDIM OCEANIA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO DOS ANJOS LIMA NETO	Nº Cons. Regional 2616/PB
Data/Hora Classificação 25/09/2019 10:44:55		Data/Hora Prescrição 25/09/2019 10:56:52	

ANAMNESE

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO DEFORMIDADE EM OMBRO ESQUERDO, COM DOR INTENSA LOCAL, REFERE TAMBEM DOR TORACICA A ESQUERDA, NEGA PERDA DA CONSCIOENCIA E OUTRAS QUEIXAS, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. A ORTOPEDIA A C.TORACICA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

FRANCISCO DOS ANJOS LIMA NETO
(2616/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 25/09/2019 10:45:45



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2020 11:29:24

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063011292412500000030596577>

Número do documento: 20063011292412500000030596577



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 26/09/2019 08:25:54

Nome FABIANO SANTOS GUIMARAES		Boletim de Atendimento 1192399	Data/Hora Entrada 25/09/2019 10:44:55	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/10/1972	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 700408972747549	Prontuário 118286
Tempo de Internação 14h 21min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 25/09/2019 10:44:55	Data Internação 25/09/2019 18:04:04	Permanência na Unidade: 21h 41min		Permanência no Leito: 14h 21min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 26/09/2019 08:25:48)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente evoluindo estável, sem queixas, exames e risco ok, aguarda cirurgia.

Seção: AREA VERDE ENF 35 Leito: LEITO - 006

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





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

Número: 192399 Prontuário: 192399 Data: 1 / 1 / 1
Paciente: Salviano Santos Guionan Data: 27/09/19
Procedimento: trat. cirurgico de luxação anterior Reposição:
SUS: (X) Não SUS () Clavicular
Médico: Dr. Suelio Caixa Protila:

DISPENSACAO CME				
FONECEDOR	DESCRICAO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CODIGO SUS	MARCA
CME	FIO de Kirschman N.2.0 (1)	1		

DISPENSACAO - FARMACIA				
FONECEDOR	DESCRICAO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CODIGO SUS	MARCA
VYGON	Agulha de plaxo A-50	1		

Dr. João Paulo S. Cardoso 11588
ASSINATURA DO MEDICO - CRM
Clínica Farmacológica de Medicamentos
COREN-PB 657575-TE
ASSINATURA DO ENFERMEIRO ANTE RESPONSÁVEL
F(NG).APC.013-2



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETS HL

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Feliano Santos Guimarães

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1192399

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/08/1970

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Agulhas de plexo A-50 VYGON - P 1
Fio de Kirschmann N.2.0 - P 1

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

CNE

CPF

Dr. [Assinatura]
25/11/2020

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNE

CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: FABIANO SANTOS GUIMARAES BE/PRONTUÁRIO: 1192399
 IDADE: _____ SEXO: M COR: _____ DATA: 27/9/2019
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA
 CIRURGIÃO: DR MATHEUS MOZART 1º ASS: MR1 JOÃO PAULO
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: DRA. R
 TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO + SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA	

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:
 DESCRIÇÃO:
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. João Paulo S. Casado
 CRM-PB 44502

DATA: 27/9/2019



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Posição e Preparo:	
PACIENTE EM "CADEIRA DE PRAIA" SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSEIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
ANTIBIOTICOPROFILAXIA	
Incisão:	
INCISÃO EM GOLPE DE SABRE SOBRE A CLAVÍCULA ESQUERDA	
DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS	
CUIDADOS COM HEMOSTASIA	
Achados:	
LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVÍCULA ESQUERDA	
Conduta:	
REALIZADO MENISCECTOMIA	
PASSAGEM DE FIOS DE ETHIBOND SUBCORACOIDE	
PERFURAÇÃO DE TUNEIS PELA CLAVÍCULA E PASSAGEM DE FIOS	
FIXAÇÃO TEMPORARIO COM FIO DE KC Nº 2	
CONFECCIONADO AMARRILHA	
LIMPEZA COM SF 0,9%	
REVISAO DA HEMOSTASIA	
SUTURA POR PLANOS	
Enchimento:	
CURATIVOS ESTÉREIS	
Observação:	
TIPOIA	
RAIO-X DE CONTROLE	

Médico/CRM:

Dr. João Paulo S. Casado
Médico
CRM: 11598

João Pessoa,

27/9/2019



dal l'anno Santos Guimaraes
46 1192399

trast. cingulo de luxado Anômio clavicular

Biopneio de plexo + Sudocor

VER 74008 — X —

19	15	13:30
----	----	-------

THE HISTORICAL COMMISSION OF AMERICAN SOCIETY OF INVESTIGATIVE REPORTERS
1940-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534-2535-2536-2537-2538-2539-2540-2541-2542-2543-2544-2545-2546-2547-2548-2549-2550-2551-2552-2553-2554-2555-2556-2557-2558-2559-2560-2561-2562-2563-2564-2565-2566-2567-2568-2569-2570-2571-2572-2573-2574-2575-2576-2577-2578-2579-2580-2581-2582-2583-2584-2585-2586-2587-2588-2589-2590-2591-2592-2593-2594-2595-2596-2597-2598-2599-2600-2601-2602-2603-2604-2605-2606-2607-2608-2609-2610-2611-2612-2613-2614-2615-2616-2617-2618-2619-2620-2621-2622-2623-2624-2625-2626-2627-2628-2629-2630-2631-2632-2633-2634-2635-2636-2637-2638-2639-2640-2641-2642-2643-2644-2645-2646-2647-2648-2649-2650-2651-2652-2653-2654-2655-2656-2657-2658-2659-2660-2661-2662-2663-2664-2665-2666-2667-2668-2669-2670-2671-2672-2673-2674-2675-2676-2677-2678-2679-2680-2681-2682-2683-2684-2685-2686-2687-2688-2689-2690-2691-2692-2693-2694-2695-2696-2697-2698-2699-2700-2701-2702-2703-2704-2705-2706-2707-2708-2709-2710-2711-2712-2713-2714-2715-2716-2717-2718-2719-2720-2721-2722-2723-2724-2725-2726-2727-2728-2729-2730-2731-2732-2733-2734-2735-2736-2737-2738-2739-2740-2741-2742-2743-2744-2745-2746-2747-2748-2749-2750-2751-2752-2753-2754-2755-2756-2757-2758-

CONTINUAR DE: LIMP4 (CONTINUADA) - INESTADA - BOMBAS 40 - 1000000000

AP(DES ANESTÉSICAS)	OTD,			
---------------------	------	--	--	--

[illegible]

Cláudia Nascimento Matos de Menezes
GOREN-PB 657575-TE



RECIBIR

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 27/09/19

PRONTUÁRIO

PACIENTE: FABIANO SANTOS GULMINEZ SEXO: M COR: BR IDADE: 38

PR: 88 x 8 PULSO: 60 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36,5 GRUPO SANGÜÍNEO: A

ESTADO GERAL: BOM (BOM) (REGULAR) (MAU) (PESSIMO) RISCO CIRÚRGICO: BOM (BOM) (REGULAR) (MAU) (PESSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES: MORFEO

AP. RESPIRATÓRIO: EUTRÓFICO AP. CIRCULATORIO: EUTRÓFICO

AP. DIGESTIVO: FE ESTADO MENTAL: LUCID DROGAS EM USO: N

PRE-ANESTÉSICO: N DOST: N HORA: 11:45

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR (LAC)

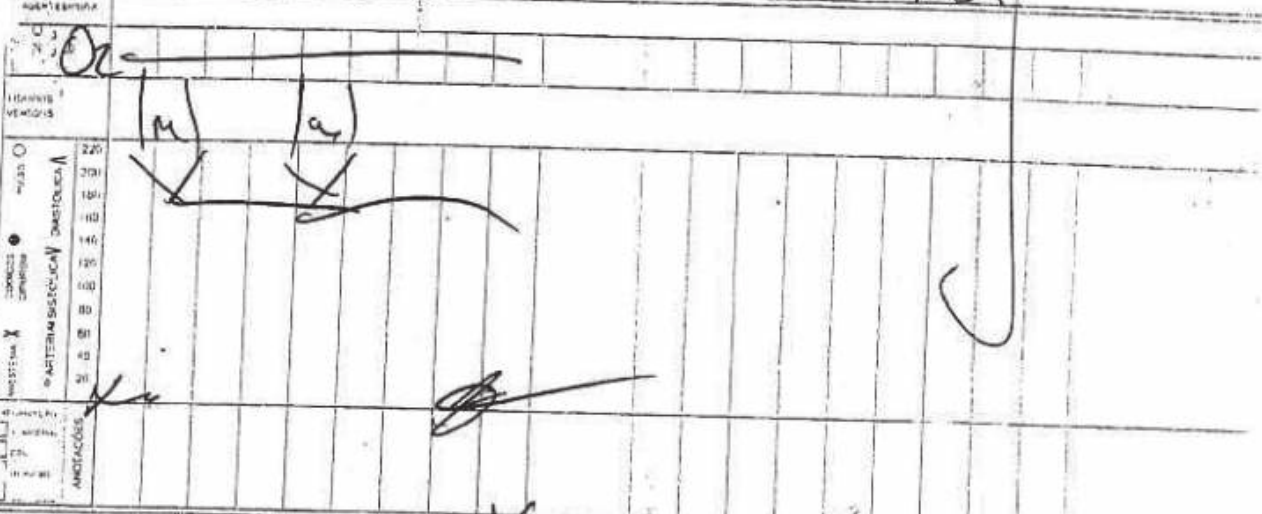
CIRURGIA REALIZADA: TRAT. CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR

CIRURGIÃO: MATHEUS AUXILIARES: N

INÍCIO DA ANESTESIA: 11:45 TÉRMINO DA ANESTESIA: 12:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 15

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 86.22 QUANT. DE CII: 1 VALORES RS: 4184

ANESTESISTA: ABDON M. LUSTOSA CRM-PB: 4184



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA: BLOCO DO PLEXO BRACHIAL VIA INTRASEGMENTAR COM TNP

QUANT.	USADO	USADO
1	LIDOCAINA 2% 400mg	11
2	ROPIVACAINE 0,5% 100mg	12
3	CLONIDINA 150mcg	13
4	PROPRIOLOL 100mg	14
5	DIAMORFIA 5mg	15
6	CEFOTRÍAXIM 1g	16
7	DIAMORFIA 2mg	17
8	DIAMORFIA 2mg	18
9		19
10		20

RESERVAZINHA IMPORTANTE

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Abdon Moreira Lustosa

Médico Anestesiologista CRM-PB 4184



Documento de Alta

Nome: FABIANO SANTOS GUIMARAES			Número Prontuário: 116266
Data de Nascimento: 07/10/1972	Sexo: Masculino	Data de Internação: 25/09/2019 - 5:04:04	Data de Alta: 28/09/2019 08:16:50
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: ALTA MELHORADA			
Resumo da Internação: LAC A ESQUERDA. TRATAMENTO CIRURGICO			
Resultado de Exames: RX			
Tratamento: LAC A ESQUERDA. TRATAMENTO CIRURGICO			
Diagnóstico: SIIIT - Lesão da articulação acromioclavicular			
Recomendações: RETORNO EM 2 SEMANAS AMBULATORIAL, (CIRURGIAO DR. WATHEUS NOZART), CEFALOXINA 10 DIAS AINE E ANALGESICO SE OBR.			

Data: 25/09/2019

Dr. Filipe Almeida Corte,
Cirurgião de Mão e Cotovelo

CRM 10.583
RPP 14.193



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIDADE

PB

NOME
FABIANO SANTOS GUIMARAES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR W
1299865 SSP PB

CPF
645.294.874-15 DATA NASCIMENTO
07/10/1972

FILIAÇÃO
FRANCISCO DE ASSIS
GUIMARAES
FRANCISCA SANTOS
GUIMARAES

PERMISSÃO
ACC CALHE
AD

Nº REGISTRO
02414860221 VALIDADE
13/06/2022 1ª HABITUAÇÃO
11/04/1995

DESTINAÇÃO

Fabiano Santos Guimaraes
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
14/06/2017

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR 87115604866
PB034814264

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1489002644

PROIBIDO PLASTIFICAR
1489002644



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

LACRE 0046445536

DETRAN - PB

Nº 014800023021

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 201900000241216-3

VIA	COD-RENAVAM	RNTTC	EXERCÍCIO
1	0115582910-4	00/00000000	2019

NOME
FABIANO SANTOS GUIMARAES

CPI / CNPJ	PLACA
64529487415	QSB1246/PB

PLACA ANT / UF	CHASSI
NOVO PB	9C2KD1000JR005707

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/NXR 160 BROS	2018	2018

CAP / POT / cil	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/162 /CI	PARTIC	PRETA

COTA UNICA	VENC COTA UNICA	VENC / COTAS
	00/00/0000	1º
Faixa IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º
*****	0	3º

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (%)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	P A G O	25/06/2019

OBSERVAÇÕES
A.F BANCO HONDA S.A. OBRIGATORIO
NOVAVALIA PARA TRANSFERENCIA
0

LOCAL	DATA
JOAO PESSOA - PB	27/06/2019

9999999



Assinado

40657





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____ CPF DA VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA  _____

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200009375 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO SANTOS GUIMARAES **Data do acidente:** 25/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA.
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. PG. 8,11.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200009375 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO SANTOS GUIMARAES **Data do acidente:** 25/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA.
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. PG. 8,11.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

