



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
31916 206	30/06/2020 11:29	<u>2731126_CONTESTACAO_Anexo_02</u>



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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15339964



01845/01846 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2020 11:29:24
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063011292412500000030596577>
Número do documento: 20063011292412500000030596577

Núm. 31916206 - Pág. 1



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:

696.294.877-15 Fabiane Santos Guimaraes

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: *Fabiane Santos Guimaraes* 6 - CPF: *696.294.877-15*
 7 - Profissão: *Recurso* 8 - Endereço: *Rua Poeta Manoel Xodó 72* 9 - Número: *72* 10 - Complemento: *Casa*
 11 - Bairro: *Valentina* 12 - Cidade: *João Pessoa* 13 - Estado: *PB* 14 - CEP: *58.000-000*
 15 - E-mail: *(031) 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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: *0036* CONTA: *5324*
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me suometer 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? teve filhos? nasceu (nascido)? pais/avós vivos?

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.

MORTE

34

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *João Pessoa, 07/01/2020*41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Fabiane Santos Guimaraes*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EDC 001 002/2019

TESTEMUNHAS





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. 4



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 sequencia 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, identificado 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 Peleira Cívº

Everaldo Martins da Costa





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:

696.294.877-15 Fabiane Santos Guimaraes

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: *Fabiane Santos Guimaraes* 6 - CPF: *696.294.877-15*
 7 - Profissão: *Recurso* 8 - Endereço: *Rua Poeta Manoel Xodó 72* 9 - Número: *72* 10 - Complemento: *Casa*
 11 - Bairro: *Valentina* 12 - Cidade: *João Pessoa* 13 - Estado: *PB* 14 - CEP: *58.000-000*
 15 - E-mail: *(031) 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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: *0036*CONTA: *5324*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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 suometer 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velnascor): 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

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *João Pessoa, 07/01/2020*41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Fabiane Santos Guimaraes*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EDC 001 002/2019

TESTEMUNHAS





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. 7



Identificação do paciente

ID 1442070	Nome FABIANO SANTOS GUIMARÃES			Sexo Masculino
Data de nascimento 07/10/1972	Idade 48 anos 11 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Pronome Prontuário
Mãe FRANCISCA SANTOS GUIMARÃES	Pai FRANCISCO DE ABIBS GUIMARÃES			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MIRELA - SOBRINHO(A)			
DDD Celular 83	Celular 988440664	DDD	Telefone	
Tipo documento CPF	Número documento 64529487415	M² Cnes		
Local de procedência TREZEE CR 361/0	UF PB			
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE			
IBGE/R				

Endereço

CEP 58037030	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Lagradouro GOVERNADOR ARGENIRO DE FIGUEIREDO
Número 679	Complemento	Bairro JARDIM OCEÂNIA	

Admissão

Data e Hora 25/09/2019 10:44:55	Número de pulsaria 1000726370	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Caso/Classificação	Circunstância QUEDA / OUTROS	

Local de acidente ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Máximo do abandono QUEDA / OUTROS	
---	---	--

Indicadores e Transporte

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

Sinal Vital

PA 150 x 80 mmHg	P脉 70	Temperatura 37°C
----------------------------	-----------------	----------------------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

*Palpante cote, subclavicular com dor em reg.5 da traq
e antro, respi R/ exatas JCG*

Diagnóstico

JCG

Atendido por
ANNE WALESKA PEREIRA LIMA

Tempo
50seg

[Imprimir](#)

Ribeira Nara 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



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. 9

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento tem valor fiscal.
Documento não é segredo, via de regra.
Pode ser usado pagamento na cota faturada na energia elétrica. N° 095.931.564.



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.183/0001-40 - 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

REFERENCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

DEZ/2019

18/12/2019

193

11/01/2020

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: 808.626.924-20

RUA POETA MANOEL XUDU 72 CASA - VALENTINA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007812342	000406584201912	11/01/2020	R\$ 170,38	

09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

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

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. Avaliad pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tórax

RX do ombro E - AP e Obliqua

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 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.



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 ARTICULÇÃO 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. Avaliad pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tórax

RX do ombro E - AP e Obliqua

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



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

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

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO DEFORMIDADE EM OMBRO ESQUERDO, COM DOR INTESA 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


BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

Enfermeiro

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





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Nicanor Duarte

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32185700 - CNES: 2593262



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
FABIANO SANTOS GUIMARAES	1192399	25/09/2019 10:44:55	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
07/10/1972	48a 11m 18d	Masculino	(83) 988440664
Mãe	Bairro	Município	Prontuário
FRANCISCA SANTOS GUIMARAES	JARDIM OCEANIA	JOAO PESSOA	
Endereço		Profissional	UF
GOVERNADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO, 679		JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	PB
Acidente	Motivo	Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	25/09/2019 13:45:50	185222/SP
Data/Hora Classificação			
25/09/2019 10:44:55			

ANAMNESE

ORTOPEDIA DOR E DEFORMIDADE NA REGIAO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDO APOS QUEDA DE MOTOHOJE AS DEZ HORAS
AINDA REFER DOR NO TORAX (LIBERADO POR CIR.GERAL) NEGA OUTRAS QUEIXAS E OUTROS TRAUMAS COM PREJUDICADO (DOR)
NEUROVASCULAR PRESERVADO EXF: AUSENIA DE FERIMENTOS IMPORTANTE SINAL DA TEGDE DORSO ESQUERDO RX: LAC
GRAU 4 CDT: INTERNAÇÃO STAFF DR ROBERTO SANTOS

DR. JOSE ROBERTO
CRM-PB/2015
CRM-SP/28522

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES:: LEVE)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H

OMEPRAZOL 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

CAPTOPRIL 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



CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 165222/SP)

Dr. José Rogaciano
CRM-SP-165222
CRM-SP-165222

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

Num. 31916206 - Pág. 15



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

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031099
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
FABIANO SANTOS GUIMARAES	1192399	25/09/2019 10:44:55	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato:
07/10/1972	46a 11m 18d	Masculino	(83) 988440564
Mãe	Bairro	Município	Prontuário
FRANCISCA SANTOS GUIMARAES	JARDIM OCEANIA	JOÃO PESSOA	
Endereço	Motivo	Profissional	UF
GOVERNADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO, 879	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCISCO DOS ANJOS LIMA NETO	PB
Acidente		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS		25/09/2019 10:56:52	2616/PB
Data/Hora Classificação			
25/09/2019 10:44:55			

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

Francisco dos Anjos Lima Neto
Cirurgia Geral
CRM-2616

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

QR

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. 16



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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 36 Leito: LEITO - 006
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





ESTATE

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

Número: 503100 Prontário: 1192399
Paciente: Silviano Soárez Guionar Data: 24/09/19
Procedimento: ctrat. cimungku de luxação Avulsão Reposição: _____
US: (X) Não SUS: ()
Médico: Dra. Grati _____
Caixa Pronta: _____

DISPENSAÇÃO CME			
FORNECEDOR	DESCRICAÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS
<i>Sint</i>			
	Fio de Kirschbaum N°2.0 (1)	1	
DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRICAÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS
VYGON	Agulha de plexo A-50	1	
<i>S. Casado</i>			
Dr. João P. Co Assinatura M.D. Assinatura M.D. - CRM	11598		
<i>Julia Beatriz Nunes de Oliveira</i>			
COREN-PB 657575-TE			
ASSINATURA IRRESPONSÁVEL			

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2020 11:29:24
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006301129241250000030596577>
Número do documento: 2006301129241250000030596577

Num. 31916206 - Pág. 18

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						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES			
HCETS HL						
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO			
Waldiano Santos Guimaraes			1192399			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO
			07/08/1970			Masculino
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - FONE DE CONTATO / N. DO TELEFONE			
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º 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/DU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE						
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			31-OTDE
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34-OTDE
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			37-OTDE
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO						
Aquellos de plasto A.50 Vygon → 1 Fio de Kindchonex N.2.0 → 1						
PROFISSIONAL SOLICITANTE						
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
41 - DOCUMENTO			42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. J. C. Góes</i> 11598
I - CNS			I - CPF			
AUTORIZAÇÃO						
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO			48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
I - CNS			I - CPF			



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: FABIANO SANTOS GUIMARAES BE/PRONTUÁRIO 1192399
IDADE: 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: BLOQUEI + 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
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA
ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. João Paulo S. Cesário

ALVISO

CRM-FB/11503

DATA: 27/9/2019



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM "CADEIRA DE PRAIA" SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

ANTIBIOTICOPROFILAXIA

Incisão:

INCISÃO EM GOLPE DE SABRE SOBRE A CLAVÍCULA ESQUERDA

DIVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS

CUIDADOS COM HEMOSTASIA

Achados:

LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULA ESQUERDA

Conduta:

REALIZADO MENISCECTOMIA

PASSAGEM DE FIOS DE ETHIBOND SUBCORACOIDÉ

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. Júlio Paulo S. Carvalho
CRM-PB 1598

João Pessoa,

27/9/2019



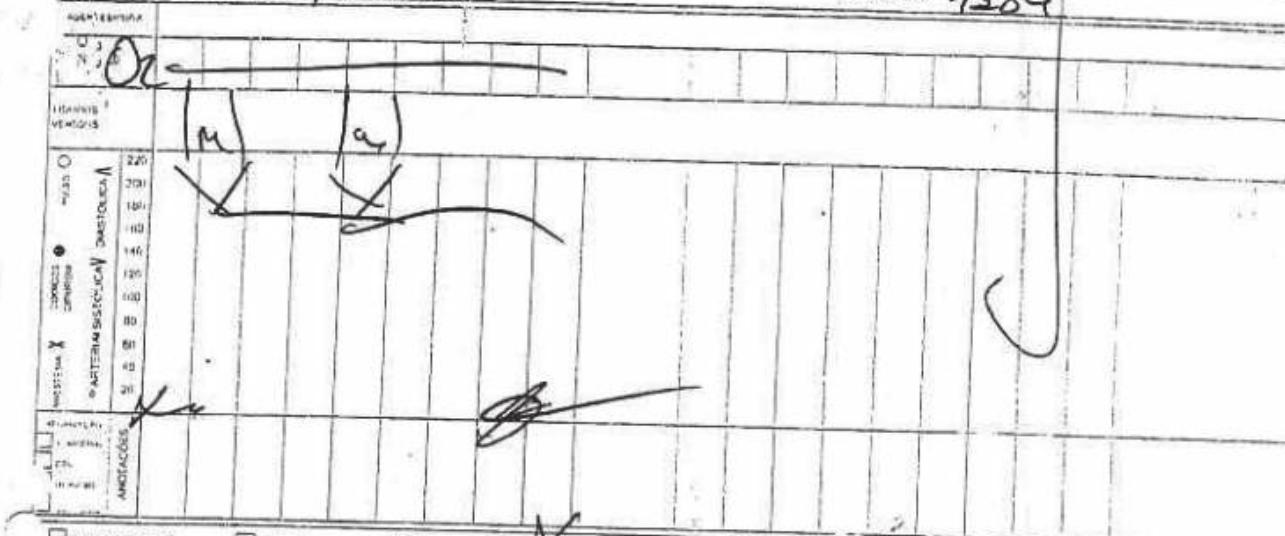


FICHA DE ANESTESIA

DATA: 27/09/19

PRONTUÁRIO:

PACIENTE:	Fabiano Santos Guimaraes		SEXO:	COR:	IDADE:
PRESA AEREA:	PULSO	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:	GRUPO SANGUÍNEO:
ESTADO GERAL:	HOME	IRREGULAR	MAIS	IPSSIMO	RISCO CIRÚRGICO:
EXAMES COMPLEMENTARES:	Normais				
AP. RESPIRATÓRIO:	Normal		AP. CIRCULATORIO:	Normal	
AP. DIGESTIVO:	Normal		ESTADO MENTAL:	Lúcir	DROGAS EM USO:
PRÉ-ANESTÉSICO:					
DOSE/HORA:					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Luxado Acromio Clavicular (LAC)				
CIRURGIA REALIZADA:	Trat. Crânio de luxado acromio clavicular				
CIRURGÃO:	Matheus				
INÍCIO DA ANESTESIA:	11:25	TERMINO DA ANESTESIA:	DURAÇÃO DA ANESTESIA:		
TIPO DE PROCEDIMENTO:	QUANT. DE CII:		VALORES R\$:		
ANESTESISTA:	Abdon M. Lutosa		CRM-PB 4184		



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input checked="" type="checkbox"/> BLOQ PLEXO	<input type="checkbox"/> D.I.O NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TENSÃO Bloqueio 2 PLEXO Botão de VAI/INVERSAÇÃO com ENP					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
SPUGNE	1 Litoferina 22g 400ml				
ANH	2 Paracetamol 05X100				
BANDA	3 Clonidina 150mcg				
SHOOT	4 Fentanyl 100mcg				
ESTAT	5 Procainamida 500mg				
REACTIVOS PACIENTE	6 Glicose 2%				
APL	7 Glicurina 2%				
UTI	8 Glucosamina 2%				
OUTROS	9				
ASSINATURA DO ANESTESISTA					
Dr. Abdon Moreira Lutosa Médico Anestesiologista CRM-PB 4184					
F. INCL. ASCR 016					

Documento de Alta

Nome: FABIANO SANTOS GUIMARÃES			Número Prontuário: 118266
Data de Nascimento: 07/10/1972	Sexo: Masculino	Data de Internação: 27/06/2019 - 08:04	Data de Alta: 28/06/2019 09:10:50
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: ALTA MELHORADA			
Resumo da Internação: LAC A ESQUERDA / TRATAMENTO CIRÚRGICO			
Resultado de Exames: Rx			
Tratamento: LAC A ESQUERDA / TRATAMENTO CIRÚRGICO			
Diagnóstico: S48.1 - Luxação da articulação acromioclavicular			
Recomendações: RETORNO EM 2 SEMANAS AMBULATORIAL (CIRURGIAO DR. MATEUS NOZART) CEFALEXINA 10 DIAS AINE E ANGÉSICO SE DOR			

Dr. Filipe Almeida Botte,
Cirurgião do Ombro e Cotovelo
CRM 10.583
TCEP 14.193
CRM-PB 00333

Data: 28/06/2019





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. 25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2020 11:29:24
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063011292412500000030596577>
Número do documento: 20063011292412500000030596577

Num. 31916206 - Pág. 26

Seguradora Líder • DPVAT**SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS****- IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA	CPF DA VÍTIMA	
DATA DO ACIDENTE		
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO		
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	() VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É	
ENDERECO DO PORTADOR	BAIRRO _____	
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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 MEDICAS 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, TAIIS 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO MÃE (ORIGINAL), PODE SER PAI OU MÃE

OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS.**- INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADA 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
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADOS NESTE FORMULARIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUAR GRATIS SAC DPVAT 0800 032 1204

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADA
DATA	DATA
IDENITDADE	IDENITDADE
ASSINATURA	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 - OSTE OSSÍNTESE 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 - OSTE OSSÍNTESE 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



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. 29