



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202040600532  
Número Único: 0018480-55.2020.8.25.0001  
Classe: Procedimento Comum  
Situação: Andamento  
Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 02/05/2020  
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito  
Fase: POSTULACAO  
Processo Principal: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Moral - Ato Ilícito

**Dados das Partes**

Requerente: PATRICIA FELIS DA SILVA NASCIMENTO

Endereço: Rua Silvina Leite

Complemento:

Bairro: ZONA DE EXPANSÃO (MOSQUEIRO)

Cidade: ARACAJU - Estado: SE - CEP: 49008000

Requerente: Advogado(a): ELTON SOARES DIAS 10289/SE

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: RUA SENADOR DANTAS, 5º ANDAR

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031201

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apenasdos:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202040600532

**DATA:**

07/08/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200806152503180 às 15:25 em 06/08/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# 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: 20/10/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PATRICIA FELIS DA SILVA NASCIMENTO

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00035

CONTA: 000001037318-0

---

Nr. da Autenticação 3E4DF59B36CC1A11

# 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: 27/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PATRICIA FELIS DA SILVA NASCIMENTO

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00035

CONTA: 00001037318-0

---

Nr. da Autenticação 0B331FA9B3FE6C7B

**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: **3150817188**

Nome do(a) Examinado(a): **PATRICIA FELIS DA SILVA NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Zenza, S/N - Zona de Expansão (Areia Branca) - Aracaju - SE - CEP 49007-295**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /SE** ] **3.067.064-0**

Data e local do acidente: [ **28/08/2014** ] **ARACAJU-SE**

Data e local do exame: [ **17/09/2018** ] **Aracaju** [ **SE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA EXPOSTA DISTAL DO FÉMUR DIREITO.**

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

**VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO. AO EXAME, APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA LOCAL E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO, DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETA. MEMBRO INFERIOR DIREITO 2,0 CM MAIS CURTO QUE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

**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.

**REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO EXTERNA. EVOLUIU COM REJEIÇÃO DO MATERIAL DE SÍNTESSE. NOVO TEMPO CIRÚRGICO COM UTILIZAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.**

**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:

**Limitação funcional do joelho direito**

**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):

**Joelho 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):

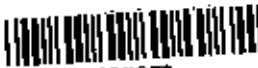
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

**VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 25/04/2017. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU SEVERO.**

  
Assinatura do Médico Examinador - CRM/SE  
4233

Alessandro Silva Bonfim - CRM: 4233 - SE



ACCOAIS

Imprimir



**Lactise**  
consultas e exames

## Relatório Médico

A Sra. Patrícia Felis do Silve  
nascimento, 34 anos de idade, viúva  
ve no grupo de risco motoci  
leto em 28/08/2014, quando  
colidiu com carro e foi bate  
do no solo.

Em consequência do acidente,  
sofreu fratura exposta do fêmur  
distal a D (C10 572.4). Socor  
rida pelo SAMU e conduzida  
ao HU SE, foi submetida a  
limpeza cirúrgica e fixação.



Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

[www.lactise.com.br](http://www.lactise.com.br)

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO: TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



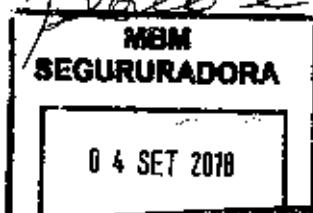
**Lacrise**  
consultas e exames

c/ fixador externo. Esteve internado por 21 dias, e evoluiu para infarto 15 dias após.

Retornou ao Hospital p/ retirada do fixador e tratamento da infecção, contido a fratura no envimobilizador.

Dois meses após, retornou no H. de Cirurgia para imobilização da fratura c/ placas e parafusos.

ESTE RECEITUÁRIO É UM ALCANCE DA CLÍNICA



Obs: Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

[www.lacrise.com.br](http://www.lacrise.com.br)

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE JÁ SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO. TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



**Lactise**  
consultas e exames

Apesar de todos os cuidados,  
ficaram sequelas definitivas, abai-  
xo relatadas:

- (a) Encurtamento de 2 cm dos  
membros.
- (b) Presença de material metá-  
lico no cotovelo e joelho D.
- (c) Limitação da flexão do joelho  
de 180° a 90°.
- (d) Necessidade de amputação  
total da perna.

ESTE RECEITUÁRIO É UMA CORTESIA DA LACTISE

MBM  
SEGURADORA

84 SET 2018

DPVAT/RJ

Pé desfuncional de membros  
inferior D de 70%. Agravado 8/2018

Dr. Masayuki Ishii

Obs: Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B - Siqueira Campos - Aracaju/SE

[www.lactise.com.br](http://www.lactise.com.br)

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LÓGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

ASIG REGULADORA
17 SET. 2015
<b>DPVAT/SE</b>

NOME:

Patrícia Felis da Silva Nasimene

Patrícia Felis da Silva Nasimene, vítima de acidente motociclístico em 28/08/14, sofreu fratura supracondiliana do fêmur direito.

Submetida então a osteossíntese.

Revisada, constatamos que a fratura encontra-se em plena consolidação.

O paciente apresenta sequela caracterizada por limitações funcionais do joelho.

Em gozo de alta definitiva.

Aracaju-SE  
16/04/15

Dr. Roberto Lima  
Ortopedia Traumatologia  
CRM - 1173

Av. Desembargador Maynard, nº 174 - tel.: 2106-7312  
CEP - 49005-210 - Aracaju - SE

MDD:022 HCAL



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



## RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Patrícia Feli da Silva Machado  
DATA DA ENTRADA: 03/10/2014  
DATA DA SAÍDA: 08/10/2014

ASEG REGULADORA
17 SET. 2015
DPVAT/SE

INTERNAMENTO: PS (X) ENFERMARIA ( ) UTI ( )

### HISTÓRICO CLÍNICO:

paciente com entorada no HSE com infecção  
um grito cirúrgico de fratura exposta do  
fêmur com acometimento articular.  
Permaneceu internado e recebeu antibioticoterapia.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

### EXAMES COMPLEMENTARES:

hemograma  
Sedimento fisiológico com leucocitose  
extremidades com lesões diretas.

### MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Joair FBC Araujo - CRM 2801  
Dr. Joair Ferreira Junes - CRM 2486

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ( ) TRANSFERIDO ( ) ÓBITO ( )

ARACAJU, 4 de fevereiro de 2015

Jeferson - CRM 1532

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.

Jr. Seino T. da C. S. M. M. A.  
Pediatria  
CRM 1532





**REGISTRO DE FRATURA IMPLANTADA / TACO** na Sala de Recuperação Pós-Anestésica - IAP

**DISPOSITIVOS EM USO**

( ) CAVETE DI- \_\_\_\_\_ ( ) MÍTRICA CR- FIOZI: % ( ) MM/TGT - Medo: \_\_\_\_\_ ( ) PGSZ: % ( ) MM/CAPOZ  
 ( ) CAVETE VENOSO PERIFÉRICO ( ) CAVETE VENOSO CENTRAL ( ) SUSSAÇÃO VENOSA ( ) BOMBA VENAL ( ) BOMBA SARTHE/IMPIANTAL ( ) HISTERIA  
 ( ) FRAUDE HEMANTÔVEL ( ) INFILTRAÇÃO EXTRAMURAL ( ) CURATIVO CIRÚRGICO ( ) CURATIVO NÃO CIRÚRGICO ( ) PROTÉSIS/IMPLANTES ( ) DENTAR  
 ( ) AUDITIVO ( ) ORTOPÉDICO ( ) MINISTER PERITONAL ( ) DRENOS SUCCIÓN ( ) DRENOS PERITONEAIS ( ) DRENOS TORACOSCOPICOS

Tempo:	Horário:	SINAIS VITAIS										
		RR:	rpm	SpO2:	%	Pulso:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp:	°C
0	: h.	RR:	rpm	SpO2:	%	Pulso:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp:	°C
30	: h.	RR:	rpm	SpO2:	%	Pulso:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp:	°C
60	: h.	RR:	rpm	SpO2:	%	Pulso:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp:	°C
90	: h.	RR:	rpm	SpO2:	%	Pulso:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp:	°C
120	: h.	RR:	rpm	SpO2:	%	Pulso:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp:	°C
180	: h.	RR:	rpm	SpO2:	%	Pulso:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp:	°C

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Admissão da SRPA)**

HORÁRIO: : h.

\*DOM / SIM / NÃO - Intervalo de 0-10% Localização:

*paciente em admissão no 3º PPTS com alta cirúrgica  
fato de anestesia dia de alta cirúrgica*

ASSINATURA:

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Alta da SRPA)**

HORÁRIO: : h.

*Paciente em processo de fase de alta em 1150  
O procedimento é de fuso e toracoplastia + esan*

ASSINATURA: *Dra. Silvia*

**MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK**

IAK - paciente admitido (valor máximo para Alta - 08 pontos)	Valor	0	30	60	90	120	180	Observação
Movimento Motor	Capaz de mover os 06 membros	02						
	Capaz de mover os 03 membros	01						
	Incapaz de mover os membros	0						
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	02						
	Dispõe de um fôlego de respiração	01						
	Aparência	0						
Circulação	PA mais ou menos 20% do nível pré anestésico	02						
	PA mais ou menos 25 - 100% do nível pré anestésico	01						
	PA mais ou menos 100% do nível pré anestésico	0						
Centro nervoso	Lidder, reflexos e tempo de reação	02						
	Despertar de sono profundo	01						
	Não responde	0						
Saturação	Maior que 95% respirando com ar ambiente	02						
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01						
	Maior que 85% com oxigênio suplementar	0						
IAK	TOTAL							

HORÁRIO DE ALTA - SRPA: : h. UNIDADE DE DESTINO: ( ) URT ( ) INTERNAÇÕES ( )

ASSINATURA - ANESTESE/OLISTRA/CRM: \_\_\_\_\_ ASSINATURA - ENFERMEIRO (A)/COREN: \_\_\_\_\_

(Data: escrito: 07-02-2014 - 13-7-mesano-12-20-minuto) \_\_\_\_\_