



27/04/2021

Número: **0807045-30.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **13/04/2020**

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	
EVERTON GILSON DA SILVA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
CAMILA MENDES VILLARIM MEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42319 259	27/04/2021 11:02	Petição	Petição
42319 262	27/04/2021 11:02	2750483_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
42319 265	27/04/2021 11:02	2750483_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
0024738120	085.357.924-57	Everton Gilson da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Everton Gilson da Silva	085.357.924-57	
Profissão:	Endereço:	Número:
Prelo	Rua Major Angélio Xavier	58
Bairro:	Cidade:	Estado:
Pradinegal	Campina Grande	PB
E-mail:	CEP:	
	58428-480	
	Tel. (DDD) nº	
	(83) 98805.6654	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ 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: 0041

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 469671

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

Assinatura digital da vítima/beneficiário

Local e Data: São Paulo, 17/06/2020

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Everton Gilson da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVERTON GILSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000469671-4

Nr. da Autenticação C57BFE8DF71608DF



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Reverso para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica.

Nº 005.557.821



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.826.596/0001-95 Insc.Est. 15.383.639-1

DADOS DO CLIENTE

ADEILDA DA SILVA
RUA MAJOR ANGELINO XAVIER 59
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/32777-5

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

13/01/2020

CONSUMO

110

VENCIMENTO

20/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 62,08

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 01087.689178 7 814000000006208				
Pagador: ADEILDA DA SILVA CNPJ/CPF: 931.467.284-00				
RUA MAJOR ANGELINO XAVIER 59 - PEDREGAL - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360001087689	000032777202001	20/01/2020	R\$ 62,08	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 11:02:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042711021700500000040269112>

Número do documento: 21042711021700500000040269112

06/07/2019

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



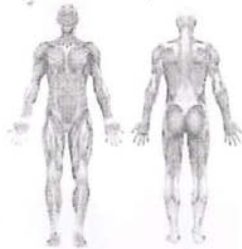
ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1937343 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-609 Data: 06/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: EVERTON GILSON DA SILVA
Endereço: RUA MAJOR ANGELINO XAVIER
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA
Responsável:
Estado Civil: Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO
OBS FLS: 4A:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

OBS FLS: 4A:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eritema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parosia
32. Parosteia
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID:

Queda de moto. / Fx múltipla (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36)

HTCCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - OS CLÍNICOS

Pat. de fratura de queda de moto com escoriações em M.I.E. e fratura fechada de M.I.E. pé direito, tórax e abdome sem alterações

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA, _____ às _____ Dia 07/19

Especialista: _____ às _____ Dia 06/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Tratamento de fratura M.I.E.	
2	Tratamento de fratura M.I.E.	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Suelio Moreira Torres
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 11997
+ De Braso

stohtcgimpreclassi.php?contar=1937343&dataatend=2019-07-06&horaatend=12:17:06

1/3



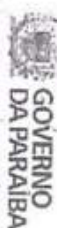
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 11:02:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042711021700500000040269112

Número do documento: 21042711021700500000040269112

Num. 42319262 - Pág. 4

06/07/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Moinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 06/07/2019

Data: 06/07/2019

Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 N° ATEND: 1937343

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 06/07/2019 HORA : 12:17:06ESPECIALIDADE : **CIRURGIA**MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARROSINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃOALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFLAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - CG
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento



Homework 4

Paralelo e paralelo externo em
face posterior de parte (E) infra-
orbital + 2ª linha TNZ (E) +
Ectocrânio em colúmbio (D) e joelho

③ EF. cotovela si limitare
 Per i edura 70% ③ 111/14.
 Functio 2 10 cm Infirmitas ③
 No ci po Malade later ③ c/clusio
 -acutinal.

2. Suture + Drabbing

Ass: Willy de Paiva Gomes
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 10907

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Arack Raimundo de Silva
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

BMF Parvul rufus de melle
06/07/13 de melle, opulenta
perda lante e intensa no
região submandibular,
e sinais de fadiga
do sistema de fadiga/
M. B. B. B.

#ontgenie

foruz el piquon Aboune de pines.

Ed: Intens pt crangie la TNZ
qss liberare pe la cir. perf.

(76-50) Pençaga Creek: Parante com Lúcio de origem autóctone -
 habitado há cerca de 3 horas. Água da bacia e abastecimento
 SERVIÇOS REALIZADOS: As espécies foram de origem localidade mineira de
 uma pequena subestação ou de a paisagem.
 CODIGO PROCEDIMENTO: CBO7 IDADE
 Abastecimento, de origem, de paisagem e ambiente.

[illegible]

Dr. Ronaldo Gadelha
CNPq: 4739
Girardol Geral



[illegible]



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO
DA PARAIBA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME: Everson Gilden		IDADE: 51		SEXO: M		DATA DE NASCIMENTO: 16/07/19		SETOR: UTI		DIAGNOSTICO MEDICO: Hipertensão	
ALERGIAS:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO	
MEDICAÇÃO CONTINUA:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO	
DOENÇA CRÔNICA:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO	
PRESENÇA DE ESCARA:		SIM		NÃO		LOCAL:		SIM		NÃO	
PRESSÃO ARTERIAL:		SIM		NÃO		HIPOTENSO		SIM		NÃO	
SISTEMA NEUROLÓGICO:		SIM		NÃO		CONSCIENTE		SIM		NÃO	
SISTEMA RESPIRATORIO:		SIM		NÃO		DISPNEICO		SIM		NÃO	
SIST. GENITOURINARIO:		SIM		NÃO		NORMAL		SIM		NÃO	
MOBILIDADE:		SIM		NÃO		DUSORIA		SIM		NÃO	
SIST. GAS. ROINTEATINAL:		SIM		NÃO		TETRAPLEGIA		SIM		NÃO	
ESTADO NUTRICIONAL:		SIM		NÃO		NUTRIDO		SIM		NÃO	
DADOS VITAIS:		SIM		NÃO		T		SIM		NÃO	
PA:		SIM		NÃO		FR:		SIM		NÃO	
FC:		SIM		NÃO		PESO:		SIM		NÃO	
CAQUETICO		SIM		NÃO		OBESO		SIM		NÃO	
S/ DEFICITE MOTOR		SIM		NÃO		ACAMADO		SIM		NÃO	
SVD		SIM		NÃO		OLIGURIA		SIM		NÃO	
BRADIPNEICO		SIM		NÃO		EUPNEICO		SIM		NÃO	
ORIENTADO		SIM		NÃO		HIPERTENSO		SIM		NÃO	
INCONSCIENTE		SIM		NÃO		NORMOPOTENSO		SIM		NÃO	
TAQUIPNEICO		SIM		NÃO		CISTOSTOMIA		SIM		NÃO	
POLURIA		SIM		NÃO		ANURIA		SIM		NÃO	
S/ DEFICITE MOTOR		SIM		NÃO		PARESIA		SIM		NÃO	
RESTRIÇÃO NO PEITO		SIM		NÃO		SNE		SIM		NÃO	
OBESO		SIM		NÃO		DESMATRADO		SIM		NÃO	
CAQUETICO		SIM		NÃO		T		SIM		NÃO	
DIAGNOSTICO DA ENFERMAGEM		SIM		NÃO		FR:		SIM		NÃO	
FC:		SIM		NÃO		PESO:		SIM		NÃO	
CAQUETICO		SIM		NÃO		OBESO		SIM		NÃO	
S/ DEFICITE MOTOR		SIM		NÃO		ACAMADO		SIM		NÃO	
SVD		SIM		NÃO		OLIGURIA		SIM		NÃO	
BRADIPNEICO		SIM		NÃO		EUPNEICO		SIM		NÃO	
ORIENTADO		SIM		NÃO		HIPERTENSO		SIM		NÃO	
INCONSCIENTE		SIM		NÃO		NORMOPOTENSO		SIM		NÃO	
TAQUIPNEICO		SIM		NÃO		CISTOSTOMIA		SIM		NÃO	
POLURIA		SIM		NÃO		ANURIA		SIM		NÃO	
S/ DEFICITE MOTOR		SIM		NÃO		PARESIA		SIM		NÃO	
RESTRIÇÃO NO PEITO		SIM		NÃO		SNE		SIM		NÃO	
OBESO		SIM		NÃO		DESMATRADO		SIM		NÃO	
CAQUETICO		SIM		NÃO		T		SIM		NÃO	
DIAGNOSTICO MEDICO:		SIM		NÃO		FR:		SIM		NÃO	
ALERGIAS:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO	
MEDICAÇÃO CONTINUA:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO	
DOENÇA CRÔNICA:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO	
PRESENÇA DE ESCARA:		SIM		NÃO		LOCAL:		SIM		NÃO	
PRESSÃO ARTERIAL:		SIM		NÃO		HIPOTENSO		SIM		NÃO	
SISTEMA NEUROLÓGICO:		SIM		NÃO		CONSCIENTE		SIM		NÃO	
SISTEMA RESPIRATORIO:		SIM		NÃO		DISPNEICO		SIM		NÃO	
SIST. GENITOURINARIO:		SIM		NÃO		NORMAL		SIM		NÃO	
MOBILIDADE:		SIM		NÃO		DUSORIA		SIM		NÃO	
SIST. GAS. ROINTEATINAL:		SIM		NÃO		TETRAPLEGIA		SIM		NÃO	
ESTADO NUTRICIONAL:		SIM		NÃO		NUTRIDO		SIM		NÃO	
DADOS VITAIS:		SIM		NÃO		T		SIM		NÃO	



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: *Inverton Gilson da Silva*

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

lós - op.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx Tornozelo @ - AP + Perfil

**RAIO X
REALIZADO EM:**
19/07/19

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐
DATA: <i>19/07/19</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

0019

Hospital: Inst. Am. em Foz de Iguaçu Código: _____
Procedimento: Inst. 3a. em Foz de Iguaçu Cód. Procedimento: _____
Paciente: Evanton Roberto da Silva
Data da Cirurgia: 01/04/17 Nº prontuário: 134343 Convênio: _____
Cirurgião: Dr. G. V. M. Código: _____ ☒ Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa 1/3 Tubo 35x10x1.5 mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3.5) mm	Nº	14	15	24	45			
	Qtd.	03	03	03	03			
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº	3040						
	Qtd.	01						
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____
Faturar N.F. para: _____
Cód. do consultor: _____ Total: _____
Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

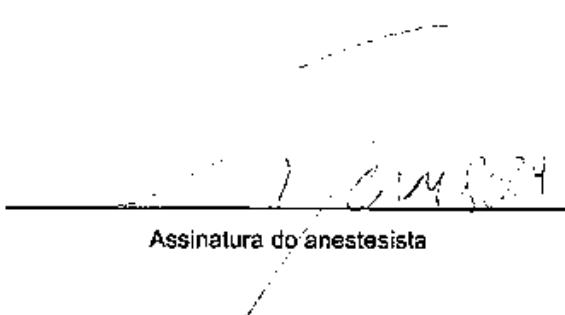
Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 - www.bioimplants.com.br





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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		6


Assinatura do anestesista



BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Everson Salsen do Nêto</u>			
IDADE: <u>21</u>	SEXO: <u>M</u> ☒ <u>F</u> ☐	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>às</u> <u>h</u>	
SETOR: <u>Oncologia II</u>		LEITO: <u>8-3</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Fx de Pâncreas</u>			
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒ LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐ NORMOPOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐ TAQUIPÊNICO ☐ EUPNÉICO ☒ BRADIPNÉICO ☐		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐		
	DEÂMBULA ☒ DEÂMBULA C/ APOIO ☒ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐		
	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO ☒ SNG ☐ SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐		
DADOS VITAIS:	PA: <u></u> T: <u></u> FR: <u></u> FC: <u></u> PESO: <u></u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>procedimento invasivo</u>		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
☐ NÁUSEA	CD/FR:		
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR:		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
	CD/FR:		
	CD/FR:		
	CD/FR:		
<u>Kaline Pontes dos S. Lima</u> <u>08EN-25.528.295-ENF</u>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>12/12</u>	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.		<u>empe</u>	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>continua</u>	
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE			
☒ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			
<u>empe</u>			

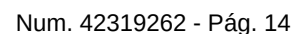
1400 134



Data de internação: 06/07/2019 Hora: 16:50:49

SUS Sistema Nacional de Saúde Unico de Saúde	
AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 2 - CNES: 2362856 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 4 - CNES: 2362856	
Identificação do Paciente 1 - NOME DO PACIENTE: EVERTON GILSON DA SILVA 2 - CARTÃO DO SUS: 70006616866909 3 - DATA DE NASCIMENTO: 09/12/1997 4 - SEXO: M 5 - N° DO PACIENTE: 1937522	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>Handwritten text describing symptoms</i> 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>Handwritten text describing conditions</i> 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS: <i>Handwritten text describing test results</i> 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Handwritten text describing initial diagnosis</i> 21 - CID 10 PRINCIPAL: <i>Handwritten text describing main ICD-10 code</i> 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: <i>Handwritten text describing secondary ICD-10 code</i> 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: <i>Handwritten text describing associated ICD-10 codes</i>	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Handwritten text describing procedure</i> 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <i>Handwritten text describing procedure code</i> 26 - CLÍNICA: <i>Handwritten text describing clinic</i> 27 - CAETER DA INTERNAÇÃO: <i>Handwritten text describing admission category</i> 28 - DOCUMENTO: <i>Handwritten text describing document</i> 29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 700501777865557 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: YWRY DE PAIVA CAMARA 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 06/07/2019 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO: <i>Handwritten signature and stamp</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 33 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO 36 - CNPJ DA SEGURADORA: <i>Handwritten text</i> 37 - Nº DO BILHETE: <i>Handwritten text</i> 38 - SEGRE: <i>Handwritten text</i> 39 - CNPJ EMPRESA: <i>Handwritten text</i> 40 - CNPJ DA EMPRESA: <i>Handwritten text</i> 41 - CBOA: <i>Handwritten text</i> 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: <i>Handwritten text</i> 43 - EMPREGADO: <i>Handwritten text</i> 44 - AUTÔNOMO: <i>Handwritten text</i> 45 - DESEMPREGADO: <i>Handwritten text</i> 46 - APOSENTADO: <i>Handwritten text</i> 47 - NÃO SEGURADO: <i>Handwritten text</i>	
AUTORIZAÇÃO 48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <i>Handwritten text</i> 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <i>Handwritten text</i> 50 - Nº DO ORÇÃO EMISSOR: <i>Handwritten text</i> 51 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <i>Handwritten text</i> 52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO: <i>Handwritten signature and stamp</i> 53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <i>Handwritten text</i>	

Data da Intermissão: 06/07/2019 **Hora:** 16:50:49



19/07/2019		HTCG-Painel Administrativo	
Nº: Ana Maria da Silva Anselmo 14. Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 1825		Assinatura/Cartão Ana Maria Da Silva Anselmo	
Data 19/07/2019			
Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA 2 - ASSEPISA + ANTISSEPISA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DO TORNOMELO ESQUERDO + DILATAÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA 4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 CANULAR 7 F + PARAFUSOS CORTICAIS 5 - LAVADO DE FO CM SF 6 - SUTURA 7 - CURATIVO 8 - A URPA.			
Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU			
Exame Radiológico no Ato: SIM			
Relatório Imediato do Patologista: NÃO			
Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA			
Anestesiologista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO			
Instrumentador: NORMA			
Aux 3:			
Aux 2: EVERLAN DA SILVA MEIRA			
Aux 1: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES			
Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO			
Equipe:			
Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA TORNOMELO ESQUERDO			
Data da Cirurgia: 19/07/2019			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA TORNOMELO ESQUERDO			
Atendimento: 1937522			
Data da Internação: 06/07/2019			
Nome do Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA			
Descrição Cirúrgica Número do Atendimento: 1937522 Cln: ORTOPEDIA 2 / Em: 8 / Let: 1			
Número do Prontuário: 76963 DATA DA CIRURGIA: 19/07/2019			



HOSPITAL DE REFERÊNCIA E TRAUMA (HRT) LUIZ GONZAGA FERNANDES
 Av. Mat. Rondon Faria, 4700 - Matinhos, Campina Crimeio - PR.
 Nº: Ana Maria Da Silva Anselmo
 14. Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PR 1825
 Data: 19/07/2019
 CNPJ: 08.778.268/0038-52



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Everton Gilson da Silva</u> DN <u>09-12-97</u>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO		
		<u>SUS</u>		<u>1937343</u>		
CIRURGIA <u>Tat. cirurg. cefix de</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. João Paulo de Evaristo</u>				
ANESTESIA <u>Rafini</u>		ANESTESIA <u>Dr. Ricardo</u>				
INSTRUMENTADORA <u>Norma</u>		DATA <u>14-07-19</u>	INICIO <u>10:00</u>	FIM <u>11:20</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS		
	Adrenalina amp.			Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.			Catgut cromado Sertix		
<u>01</u>	Dimorf amp. <u>0.2</u>			Catgut Simples		
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml			Cera p/ osso		
	Inova ml			Ethibond		
<u>01</u>	Ketalar ml			Ethibond		
	Ketalar amp.			Ethibond		
	Nubain amp.			Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix		
	Proglumina amp.			Fio de Algodão Sutapak		
	Protóxido 1m			Fio de Algodão Sutapak		
	Qualicin ml			Fila cardíaca		
	Rapifen amp.			Mononylon <u>2-0</u>		
	Thionembutal ml			Mononylon		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Qtd.	SOROS		
	Água Destilada amp.			SG Normotérmico fr 500 ml		
<u>01</u>	Decadron amp.			SG Gelado fr 500 ml		
<u>02</u>	Dipirona amp.			SG Hipertermico fr 500 ml		
	Flaxidol amp.			SG Ringr fr 500 ml		
	Fieborcitol amp.			SG fr 500 ml		
	Geramicina amp.					
	Glicose amp.					
	Glucon de Cálcio amp.					
	Haemacet ml					
	Heparina ml					
	Kanamion amp.					
	Lasix amp.					
<u>01</u>	Medrolinazol.					
	Pantoprazol					
	Prolamina					
	Revivan amp.					
	Stuplanon amp.					
	Cefalotina 1g					
<u>02</u>	Cefazalone 1g					
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
<u>01</u>	Agulha desc. 25 x 40 x 12					
	Agulha desc. 28 x 28					
	Agulha desc. 3 x 4,5					
	Agulha p/ raque n°					
<u>01</u>	Alcool de Enfermagem					
	Alcool iodado ml					
<u>02</u>	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
<u>15</u>	Bisturi					
	Boia Colostoma					
	Cafel. p/ Oxg.					
	Cafel. De Urinar Sist. Fech.					
	Compressa Grande					
	Compressa Pequena					
	Colonosca					
	Dreno					
	Dreno Kerr n°					
	Dreno Penrose n°					
	Dreno Pezzer n°					
	Equipo de Macrogotas					
	Equipo de Macrogotas					
	Equipo de Sangue					
	Equipo de PVC					
	Esparradrapo Larco cm					
	Furacim ml					
	Gase Pacote cl 10 unidades					
	H.O. ml					
	Intracath Adulto					
	Intracath Infantil					
	Lâmina de Bisturi n° 23					
	Lâmina de Bisturi n° 11					
	Lâmina de Bisturi n° 15					
	Luvas 7.0					
	Luvas 7.5					
	Luvas 8.0					
	Luvas 8.5					
	Oxigênio 1m					
	Polifix					
	PVPI Degemante ml					
	PVP Iodado ml					
	Sabão Antisséptico					
	Saco coletor					
	Seringa desc. 10 ml					
	Seringa desc. 20 ml					
	Seringa desc. 05 ml					
	Sonda					
	Sonda Foley					
	Sonda Nasogástrica					
	Sonda Uretral n°					
	Slerydrom ml					
	Torçeira					
	Vaselina ml					
	Gelcon 18					
	Lalase					
	Luz					
	Equipamentos					
	☒ Oxímetro de Pulso ☐ Serra ☐ Desfibrilador ☒ Foco Frontal ☐ Fonte de Luz			☐ Foco Auxiliar ☐ Eletrocautério ☐ Oxímetro ☒ Cardiomonitor ☒ Perfurador Elétrico		
CIRCUNDADE RESPONSÁVEL						

MOD 005





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Joaquim Gilson da Silva		Idade:	
Convênio:	Bris		Data:	
Procedimento:	Trat. Luxação el. fix. de Fract. femoral			
Cirurgião:	Dr. João Paulo	Auxiliar:	Anestesista:	Dr. Ricardo
Início:	10:00	Término:	11:20 Anestesia Raquí	

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

500 105





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M
 Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019 DI - 12
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 18/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Indicação	Prescrição	Apazamento
1. CURATIVOS 1X POR DIA		
2. DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 8h/8h		
3. FAZER SE NECESSARIO		
4. CURATIVOS 1X POR DIA		

DIURESE: + EVACUAÇÕES: ++

EXAMES OK

FERIM NA PERNA SEM SINAIS DE INFECÇÃO EM CICATRIZAÇÃO.

CD:VPM
 AGUARDA CIRURGIA TNZ

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva

Crismarcos Rodrigues da Silva
 MÉDICO - CRM 3335

① 15M 2m + 1m 00:00

Dr. Wagner Luiz Filho de Mello
 MR. ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
 CRM / PS 8926

PA-90/50
 P-69
 T-36,9

Elea de...
 TEC. ENFERM.
 COREN-PB 387.050

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/07/2019

Horas: 06:20:01

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

GOVERNO DA PARAIBA



OK



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/07/2019

Horas: 07:55:16

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 17/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	rt
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	rt
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	rt
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	rt
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8/8H	rt
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	rt
7	CURATIVOS 1X POR DIA	rt

EVOLUÇÃO

DATA: 17/07/2019 HORA: 07:55:01

FRAT TORN ESQ + FERI EXTENSO PERNA

BEG, ESTÁVEL

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

EXAMES OK

FERIM NA PERNA SEM SINAIS DE INFECÇÃO EM FASE DE CICATRIZAÇÃO.

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA TNZ

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA
MÉDICO(A) ASSISTENTE
RUA DA PÁTRIA, 100
CAMPUS II - JOÃO PESSOA - PB

P.A. P.R.T.C.
110x90 76 19 36,7





GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/07/2019

Horas: 07:29:17

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 16/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 22/06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06/06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 06/06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06/06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	SNX. sem dor
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	4 pol. sem dor
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cliente
9	CURATIVOS 1X POR DIA	cliente

EVOLUÇÃO

DATA: 16/07/2019 HORA: 07:28:20

FRAT TORN ESQ + FERI EXTENSO PERNA

BEG, ESTÁVEL

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

EXAMES OK

FERIM NA PERNA SEM SINAIS DE INFECÇÃO EM FASE DE CICATRIZAÇÃO.

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA TNZ

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva



15/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/07/2019

Horas: 07:31:14

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 15/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 12:00h (16/07/19))	SND
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	X
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 26
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 26 26 26
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 26
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	(14) 22 (06)
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	che
9	CURATIVOS 1X POR DIA	che

EVOLUÇÃO

DATA: 15/07/2019 HORA: 07:29:41

FRAT TORN ESQ + FERI EXTENSO PERNA

BEG. ESTÁVEL

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

EXAMES OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/07/2019

Horas: 10:40:07

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: **EVERTON GILSON DA SILVA** Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: I Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 14/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	11 22 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	15 25
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	15 18 21 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	15 26
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	30
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	14 (22) (06)
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente
9	CURATIVOS 1X POR DIA	ciente

EVOLUÇÃO

DATA: 14/07/2019 HORA: 10:39:55

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTURBIOS NAS ÚLTIMAS 24H

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dia. Ana Maria Da Silva Anselmo
Méd. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7825





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 621 Sexo: M

Nome do Aluno: ADELDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clinica: ANAGLA Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: EX TNZ E

DIA 06/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprimoramento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	22 06
3	CLIFENAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPYRIZONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18 06-06
5	TENONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	CT
7	FRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h = 100ML SE LENTO	22 06
8	DECLUBITO MUDANÇA 2/3H	CT
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT
10	CURATIVOS 1X POR DIA	CT

EVOLUÇÃO

DATA:06/07/2019 HORA:16:57:00

ADMISSÃO

Paciente vítima de acidente de moto com trauma em MMF e Cotovelo D, e cotovelo D.
Dor + deformidade em TNZ E, bem como ferimento extenso e profundo em face anterior
de Perna Esquerda, sangrante com exposição muscular.
Raio X evidenciou fratura de TNE Esquerdo com abertura de Pinça tibial E.
Nega alergias, HAS ou DM2.

1. LMC + Sutura de Fermentosa
2. Inativação de TNF com Gela Boia MIE
3. Solicita ao operador
4. Intervenção para cirurgia eletiva

ASSINATURA CARIMBO



12/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/07/2019

Horas: 07:40:03

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 12/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	RT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 2A 8
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 6
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 8A 8
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 6
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	RT
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	14 2A 8
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	RT
9	CURATIVOS 1X POR DIA	RT

EVOLUÇÃO

DATA: 12/07/2019 HORA: 07:39:39

Diagnóstico: FX TNZ E + FERIMENTO EXTENSO PERNA ESQ Data de Internamento: 06/07/2019

DIH 7

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

EXAMES OK

COM TALA GESSADA MIE

CD: VPM

AGUARDA TRAT CIRURGICO TNZ

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da SilvaDr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3342



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/07/2019

Horas: 08:17:43

Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 13/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	et
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	et
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	et
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	et
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	et
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	et
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	et
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	et
9	CURATIVOS 1X POR DIA	et

EVOLUÇÃO

DATA: 13/07/2019 HORA: 08:17:37

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS NAS ÚLTIMAS 24H

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

REGISTRO DE IDENT. N.º 234

EVERTON GILSON DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.095.146 DATA DE EMISSÃO 14/09/2012

NOME EVERTON GILSON DA SILVA

FILIAÇÃO GILSON RAIMUNDO DA SILVA ADEILDA DA SILVA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 09/12/1997

DOC. ORIGEM NASC. N.º 72.489 FLS. 03V LIV. A/64 CARTÓRIO 2 CAMPINA GRANDE-PB

CPF

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

085 357.924-57

Nome

EVERTON GILSON DA SILVA

Nascimento





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200029102 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVERTON GILSON DA SILVA **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 12_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024718/20

Vítima: EVERTON GILSON DA SILVA

CPF: 085.357.924-57

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 06/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVERTON GILSON DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EVERTON GILSON DA SILVA : 085.357.924-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: EVERTON GILSON DA SILVA
CPF: 085.357.924-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

EVERTON GILSON DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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: 3200029102

Vítima: EVERTON GILSON DA SILVA

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVERTON GILSON DA SILVA

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,

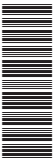
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15398152

Pag. 00763/00764 - carta_01 - INVALIDEZ

00030382





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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200029102

Vítima: EVERTON GILSON DA SILVA

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVERTON GILSON DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EVERTON GILSON DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000469671-4

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

Pag. 00303/00304 - carta_15R - INVALIDEZ

00030152





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
0024738120	085.357.924-57	Everton Gilson da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Everton Gilson da Silva	085.357.924-57	
Profissão:	Endereço:	Número:
Prelo	Rua Major Angélio Xavier	58
Bairro:	Cidade:	Estado:
Pradegale	Campina Grande	PB
E-mail:	CEP:	Telefone:
	58428-480	(55) 98805.6654

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ 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: 0041

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 469671

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

Assinatura digital da vítima/beneficiário

Local e Data: São Paulo, 17/06/2020

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Everton Gilson da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





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 40 /2019, na mesma continha o seguinte teor: quinta-feira, 9 de janeiro de 2020, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, às 11:50 horas, compareceu o Sr. **Everton Gilson da Silva**, portador da cédula de identidade nº 4.095.146 Seds/PB, CPF nº 085.357.924 - 57, brasileira, natural de Campina Grande/PB, solteiro, com 22 anos de idade, filho de Gilson Raimundo da Silva e de Adeilda da Silva, Atendente, residente à rua Major Angelino Xavier nº 59, bairro do Pedregal, Campina Grande-PB, o qual notificou que, No início da tarde do dia 06 de julho de 2019, se conduzia na motocicleta Shineray Phoenix, ano e modelo 2012, cor vermelha, placa QFL 8628/PB e identificada pelo chassi nº LXYXCBL08DO534218, cadastrada em nome de Djailson Sousa Silva, pela avenida João Moura, quando foi surpreendido por um veículo cruzando a sua frente e assim, mesmo tendo tentado livrá-lo, não conseguiu, colidiu na lateral do veículo e acidentou-se, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas Dom Luiz Gonzaga Fernandes, 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, quinta-feira, 9 de janeiro de 2020.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

Everton Gilson da Silva.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08070453020208150001

BRADESCO SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EVERTON GILSON DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Cumprido ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que **não há incapacidade permanente**.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 22 de abril de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 11:02:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042711021760900000040269115>
Número do documento: 21042711021760900000040269115