



Número: **0802156-63.2019.8.15.0261**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **24/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO ERIVALDO GOMES (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
25605940	24/10/2019 14:24	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
25605942	24/10/2019 14:24	<a href="#">Petição Inicial</a>	Outros Documentos
25605944	24/10/2019 14:24	<a href="#">Quesitos</a>	Outros Documentos
25605945	24/10/2019 14:24	<a href="#">Procuração</a>	Procuração
25605946	24/10/2019 14:24	<a href="#">Declaração de Hipossuficiência</a>	Outros Documentos
25605948	24/10/2019 14:24	<a href="#">Carteira Nacional de Habilitação</a>	Documento de Identificação
25606452	24/10/2019 14:24	<a href="#">Comprovante de Residência</a>	Outros Documentos
25606453	24/10/2019 14:24	<a href="#">Boletim de Ocorrência</a>	Documento de Comprovação
25606454	24/10/2019 14:24	<a href="#">Pagamento de Indenização</a>	Documento de Comprovação
25606455	24/10/2019 14:24	<a href="#">Boletim de Atendimento Médico 01</a>	Documento de Comprovação
25606458	24/10/2019 14:24	<a href="#">Boletim de Atendimento Médico 02</a>	Documento de Comprovação
27370081	10/01/2020 19:25	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
34634007	23/09/2020 05:19	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
34634008	23/09/2020 05:19	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
34634009	23/09/2020 05:19	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
34635105	23/09/2020 07:25	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
34635106	23/09/2020 07:25	<a href="#">Perícia</a>	Ofício

PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS EM ANEXO.





AO JUÍZO DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA MISTA DA COMARCA DE PIANCÓ/PB

**FRANCISCO ERIVALDO GOMES**, brasileiro, casado, agente de endemias, portador da cédula de identidade nº2770576 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 052.285.824-44, residente e domiciliado na Rua Pedro Lopes Brasileiro, s/n, Centro, Igaracy /PB, CEP: 58.775-000, por seu procurador *infra-assinado*, conforme Instrumento de Mandato anexo, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, **com base na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código de Processo Civil**, propor a presente

### **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, sediada à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos de fato e direito a seguir aduzidos:

---

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com





## I – DA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, ressalta-se que a parte Autora, temporariamente, não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil, por ser pobre da forma da Lei, conforme Declaração e CTPS em anexo.

Assim, desde já REQUER a Vossa Excelência, a compreensão da situação, para que conceda os benefícios da Justiça Gratuita à parte Autora, uma vez que, neste momento, não dispõe de recursos financeiros suficientes para o pagamento de custas e despesas com o processo, além de honorários advocatícios, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

## II – DOS FATOS E FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO PEDIDO

A parte Autora fora vítima em **acidente de trânsito** causado por veículo automotor em **20/03/2019**, consoante **Boletim de Ocorrência** em anexo, estando o automóvel garantido pelo Seguro Obrigatório DPVAT.

Em consequência do citado evento danoso, a parte Autora sofreu diversas lesões e traumas, conforme demonstrado no **Boletim de Atendimento Hospitalar**, a ensejar o pagamento da indenização instituído pela Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, que trata do Seguro Obrigatório DPVAT.

Desta forma, a parte Autora formulou perante a Seguradora Ré, pedido de indenização por invalidez permanente, a qual se refere o Seguro Obrigatório DPVAT, quando então recebeu a importância de **R\$ 3.375,00** (três mil, trezentos e setenta e cinco reais), conforme anexo, **em desconformidade com a citada Lei, como restará comprovado durante a instrução processual através da Prova Pericial**, desde já requerida.

Como é sabido, o DPVAT é o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres criado pela Lei nº 6.194/74, com o fim de amparar as vítimas de acidente de trânsito em todo território nacional, e prevê indenizações em caso de morte, invalidez permanente, total ou parcial, além de despesas de assistência médica e suplementares, cujo valor máximo da indenização prevista no art. 3, inciso II, da Lei nº 6.194/74, está fixado em **até R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais).

No caso, a parte Autora visa obter do Poder Judiciário a condenação do Réu ao pagamento de indenização correspondente a diferença do Seguro Obrigatório DPVAT que lhe foi pago administrativamente, fora dos parâmetros consignados na Lei nº 6.194/74.





Sendo certo, que a indenização ora pleiteada deverá ser paga com base no valor vigente a época da ocorrência, **bastando para tanto à simples demonstração do acidente (Boletim de Ocorrência expedido pela Autoridade Policial) e do respectivo dano (Lesões/Traumas – Boletim de Atendimento Hospitalar e Pagamento PARCIAL de Indenização pelo Réu)**, como preceitua o art. 5º, parágrafo 1º da Lei 6.194/74.

Noutro giro, quanto à **correção monetária é devida desde a data do evento danoso**, como já assentou o Superior Tribunal de Justiça, enquanto que os **juros moratórios** são devidos desde a data da CITAÇÃO do Réu, nos termos da **Súmula nº 426, do Superior Tribunal de Justiça**.

### III – DA IMPOSSIBILIDADE DE AUTOCOMPOSIÇÃO – DA NECESSIDADE DE PROVA PERICIAL

No caso, está previsto na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores diferentes lesões e graus de invalidez permanente, classifica em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, assim como inseriu tabela para disciplinar os percentuais das perdas à cobertura securitária, de acordo com a respectiva repercussão da lesão.

Deste modo, faz-se necessária a produção de prova pericial para aferição da **LESÃO** sofrida pela parte Autora e da respectiva **REPERCUSSÃO (GRAU)**, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009.

Diante disso, nas ações dessa natureza a prática tem demonstrado que a designação de audiência preliminar de conciliação objetivando a realização de composição entre as partes tem sido infrutíferas devido à necessidade de produção de prova pericial. E, por essa razão a Seguradora Ré tem se limitado a conciliações em MUTIRÕES realizados em parcerias com os Tribunais de Justiça em todo País, inclusive por esse Egrégio Tribunal, **motivo pelo qual a designação de audiência com essa finalidade restará sem êxito**.

Assim sendo, a parte Autora informa a Vossa Excelência o seu **desinteresse na autocomposição, nos termos do art. 334, § 4º, I e § 5º do CPC**.

### IV – DOS PEDIDOS

**Diante do exposto, REQUER a Vossa Excelência:**

**a)** Sejam concedidos os benefícios da Justiça Gratuita a parte Autora, nos termos do art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal c/c o artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil;

---

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com





**b)** Seja determinada a citação do Réu, pelo Correio, nos termos do art. 247 do CPC, para, querendo, conteste a presente ação, sob pena de confissão e revelia, a teor do art. 344 do Código de Processo Civil;

**c)** Ao final, seja julgada **PROCEDENTE** a ação, para condenar o Réu ao pagamento complementar da indenização devida pelo Seguro Obrigatório DPVAT, apurado através da Perícia Judicial (art. 324, § 1º, II, CPC), acrescido de correção monetária desde a ocorrência do evento danoso e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação, tudo com arrimo na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores e súmula 426 STJ;

**d)** Requer, ainda, seja o Réu condenado ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios, de modo a assegurar a dignidade do profissional, na forma do art. 85 do Código de Processo Civil.

#### **V – DAS PROVAS (PROVA PERICIAL)**

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, a documental, testemunhal e, especialmente **realização de perícia médica para verificação das lesões/traumas sofridos pela parte Autoria e a respectiva repercussão (grau), em decorrência do referido acidente de trânsito, na forma do art. 3º, II, § 1º, I, da Lei nº 6.194/74**, o que desde já fica requerido, devendo os **QUESITOS** em anexo serem respondidos pelo perito nomeado por esse Juízo, sob pena de nulidade, **nos termos do artigo 369 do Código de Processo Civil.**

#### **VI – DO VALOR DA CAUSA**

Atribui-se a causa, o valor de R\$1.000,00(mil reais).

**NESTES TERMOS,  
PEDE E ESPERA DEFERIMENTO.**

Piancó/PB, 23 de Outubro de 2019.

**HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**  
OAB/PE 25.252

---

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com





## QUESITOS – PERÍCIA

### PARTE AUTORA: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Queira o Sr. Perito esclarecer, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009, os seguintes QUESITOS:

**1 – Em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve Traumatismo Crânio-Encefálico – TCE com Lesões Neurológicas que cursem como: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autônoma?**

**e ainda houve Lesões Crânio-Faciais- TCF?**

**2 – Em caso positivo, a Lesão ou as Lesões são Temporárias ou Permanentes?**

**3 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?**

**4 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?**

**5 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?**

**6 – Independente do quesito exposto no item “1”, em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve algum outro tipo Lesão?**

**7 – Em caso positivo, qual tipo de Lesão ocorreu?**

**8 – Em caso de ter havido Lesão, ela é temporária ou permanente?**

**9 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?**

**10 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?**

**11 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?**

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com





### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** FRANCISCO ERIVALDO GOMES, brasileiro, casado, agente de endemias, portador da Cédula de Identidade nº 2.770.576, SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 052.285.824-44 residente e domiciliado na Rua Pedro Lopes Brasileiro, s/n, Centro, Igaracy/PB, CEP: 58.775-000, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

**OUTORGADO:** HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56 com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

**PODERES:** a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicia et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Itaporanga/PB, 21 / Outubro / 2019.

x *Francisco Erivaldo Gomes*

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com





## DECLARAÇÃO

Eu, **FRANCISCO ERIVALDO GOMES**, brasileiro, casado, agente de endemias, portador da Cédula de Identidade nº 2.770.576, SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 052.285.824-44, residente e domiciliado na Rua Pedro Lopes Brasileiro, s/n, Centro, Igaracy/PB, CEP: 58.775-000, **DECLARO** que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Itaporanga/PB, 21 / Outubro / 2019.

X Francisco Erivaldo Gomes

Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
927151042

NOME  
FRANCISCO ERIVALDO GOMES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
2770576 SSP/PB

CPF  
052.285.824-44

DATA NASCIMENTO  
09/07/1983

FILIAÇÃO  
RAIMUNDO NIVALDO GOMES  
MARIA DE FATIMA DA SILVA GOMES

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
A2

SP REGISTRO  
03112909469

VALIDADE  
10/04/2019

1ª HABILITAÇÃO  
02/12/2003

OBSERVAÇÕES  
EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA  
TRANSPORTE PRODUTOS PERIGOSOS

Assinatura do Portador

LOCAL  
IRACEMAPOLIS, SP

DATA EMISSÃO  
23/07/2014

45589014434  
SP716649730

DETRAN - SP (SAO PAULO)

PROIBIDO PLASTIFICAR  
927151042



FRANCISCO ERIVALDO GOMES  
RUA PEDRO LOPES BRASILEIRO, S/N - CENTRO  
IGARACY / PB CEP: 5875000 (AG: 144)

Ligação: MONOFÁSICO  
Clas/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Roteiro: 2 - 148 - 330 - 5180 Referência: Mai/2019  
Medidor: 00008523207 Emissão: 06/05/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Crote Redentor - Jd. So. Pessoa / PB - CEP 58071-650  
CNPJ 08.095.193/0001-40 Insc. Est. 18.015.323-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 024.385.409  
Cód. para Dib. Automático: 00013211545

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
Mai / 2019 06/05/2019 04/06/2019 052.285.824-44  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1321154-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
saude.gov.br/vacina-brasil

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias			
Data	Leitura	Data	Leitura								
04/04/19	6001	06/05/19	6001	1		0		22			
Demonstrativo											
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc		Aliq	Icms (R\$)	Base Calc		Pto (R\$)	Colado (R\$)
				Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)			ICMS	Pto Colado (R\$)		
0801	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,203750	6,11	0,00	0	0,00	6,11	0,08	0,27	
0801	Adic B Amarela			0,02	0,00	0	0,00	0,02	0,00	0,00	
0810	Subsídio			11,40	0,00	0	0,00	11,40	0,11	0,51	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0804	JUROS DE MORA 04/2019			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 04/2019			0,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019			0,03	0,00	0	0,00	0,00	0,03	0,00	
0899	CREDITO A COMPENSAR (-) 05/2019			-6,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0906	Devolução Subsídio			-10,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI Código de Classificação do item TOTAL: 0,00 0,00 0,00 17,55 0,17 0,38  
Tarifa s/ Tributos: Atá 30 kWh 0,192680

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
128 13/05/2019 R\$ 0,00

Histórico de Consumo (kWh)  
140 | 138 | 128 | 130 | 127 | 137 | 153 | 129 | 147 | 135 | 138 | 19  
Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19

076e.94db.d5a8.15ea.0e7a.fce4.e194.6e88.

Indicadores de Qualidade				3/2019 - Plano		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminacao	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,87	0,31	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia a PB	2,03	29,16
DIC TRIMESTRAL	13,74			Compra de Energia	2,08	42,92
DIC ANUAL	27,46			Serviços de Transmissão	0,31	4,45
FIC MENSAL	3,61	1,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	0,48	8,96
FIC TRIMESTRAL	7,22			Impostos, Direitos e Encargos	1,16	18,67
FIC ANUAL	14,45			Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC	3,97	0,31	LIMITE INFERIOR			
DICPI	12,22		LIMITE SUPERIOR			
				Total	6,96	100,00

Valor de US\$ (Ref. 3/2019) R\$ 24,36

Valor do EURO (Ref. 3/2019) R\$ 24,36

#### ATENÇÃO

- Sua unidade foi lida como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 10,78  
- Imóvel desocupado com acesso ao medidor Consumo Abaixo da Média Mensal.

#### Faturas em atraso





Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil  
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO  
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL.

Nº. 969 / 2 0 1 9.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito

DATA DO FATO: 20 / Março / 2019 .HORAS: 17h

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

Francisco Erivaldo Gomes, natural da Paraíba-PB, Casa-  
do Agente de Ademias, nascido no dia 09.07.83, filho de Raimundo N  
Gomes e Maria de F. da Silva Gomes, RG 2770576/SSP/PB e CPF 052.285  
824-44, residente na R. Pedro Lopes Brasileiro, s/n centro Igaracy-  
PB.

Histórico de Fato: O (a) notificante, após cientificado (a) das pe-  
nas cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o Seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, saiu de sua residencia, sentido '  
à Fazenda Ceruja neste Municipio, pilotando a moto HONDA BIZ 125 ES  
cor vermelha, ano 2012, placa NQI1713/PB e chassi 9C2JC4820CR302175  
licenciada em nome de MARIA DE FATIMANDA SILVA GOMES (sua genitora)  
e ao passar pelo Sítio Varzea do Saco (Igaracy/PB), em uma curva co-  
lidou com outro motoqueiro, sendo então socorrido por familiares'  
para o Hospital de Piancó-PB e em seguida removido para o Hospital  
Regional de Patos/PB.

Itaperanga, Pb, 05 / Julho / 2 0 1 9.

Notificante/Vítima: *Francisco Erivaldo Gomes*

Escrivão Plantonista:

*Fco. Silva Rodrigues*  
ESC. POLICIAL MAT. 52054  
CHEFE DE CARTÓRIO





**SINISTRO 3190423102 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA FRANCISCO ERIVALDO GOMES****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO FRANCISCO ERIVALDO GOMES****CPF/CNPJ: 05228582444****Posição em 25-07-2019 09:15:58**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do  
Pagamento

Valor da  
Indenização

Juros e  
Correção

Valor  
Total

23/07/2019

R\$ 3.375,00

R\$ 0,00

R\$  
3.375,00

VERSÃO:

0010

COMPL:

0000

VERSÃO:

0000

COMPL:

0000

☐

O valor da indenização é liberado em nome do beneficiário.

☐

O valor da indenização é liberado em nome do representante legal.

☐

O valor da indenização é liberado em nome do representante legal.

☐

O valor da indenização é liberado em nome do representante legal.

☒

O valor da indenização é liberado em nome do representante legal.

☐

O valor da indenização é liberado em nome do representante legal.

31 - DADOS DO SINISTRO

32 - DADOS DO BENEFICIÁRIO

33 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

34 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

35 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

36 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

37 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

38 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

39 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

40 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

41 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

42 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

43 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

44 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

45 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

46 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

47 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

48 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

49 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

50 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

51 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

52 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

53 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

54 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

55 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

56 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

57 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

58 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

59 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

60 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

61 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

62 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

63 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

64 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

65 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

66 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

67 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

68 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

69 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

70 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

71 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

72 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

73 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

74 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

75 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

76 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

77 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

78 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

79 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

80 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

81 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

82 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

83 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

84 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

85 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

86 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

87 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

88 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

89 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

90 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

91 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

92 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

93 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

94 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

95 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

96 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

97 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

98 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

99 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

100 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

101 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

102 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL





SECRETARIA DE SAUDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR - USA

Data: 20/03/19	ID Ocorrência: 27913	Planta: <input checked="" type="checkbox"/> USA 01 <input type="checkbox"/> USA 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 19 : 40 Hs	Hora de Chegada no Local: 19 : 50 Hs
----------------	----------------------	--	---	-----------------------------------	--------------------------------------

Solicitante:

Paciente / Usuário: FRANCISCO BRAUNIDO AMES	Idade: 35	Sexo: M	Telefone:
Local da Ocorrência / Cidade: HRS	Bairro:	Médico Regulador: CARVALHO	
Quantidade de Vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de Três:			
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:			
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:			
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> At. no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Obito no Local <input checked="" type="checkbox"/> Obito Durante o Atendimento			
Destino (Unidade Hospitalar): HRP / PATOS		Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Medeiros Pereira Lima Cirurgião Geral CRM 28.482	

Natureza da ocorrência

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	Hospital de Origem: HRP / PATOS
<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	Responsável: ALAN
<b>CAUSAS EXTERNAS</b> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente automobilístico: <input checked="" type="checkbox"/> Acidente motociclistico <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:	Hospital de Destino: HRP / PATOS
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:	Responsável: MAXIMO
	<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais?

1 - DADOS VITAIS  
P.A.: 77 X 66 FC: 87 FR: TEMP: HGT: SpO2 - S/O2: 100 SpO2 C/O2:

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
Paciente com trauma de face e fratura de maxilar e de mandíbula, expulso 14 dentes, 20 em atendimento com suporte de vida, necessitando de trabalho de buco-maxilo.

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**  
Diagnóstico de Enfermagem: TRAUMA FACIAL.  
Intervenções: SSVU + APOIO MÉDICO.  
Evolução do Enfermeiro: PCE, EGE CONSCIENTE, ORIENTADO, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO FRATURAS BILATERAIS EM AMBOS OS OSSOS + TRAUMA FACIAL, FOI TRANSFERIDO P/ HRS COM SUCESSO.

Dr. Joana D'Arc F. Braga  
Médica - CRM 57.516  
CREMEPE 1636





**2 - VIA AÉREA:**

☐ Livre ☒ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

**2.1 - VENTILAÇÃO:**

☐ Espontânea ☒ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

**2.2 - EXPANSIBILIDADE**

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

**2.3 - ACHADOS:**

☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectorção ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Fétido

**3 - CIRCULAÇÃO:**

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

**3.1 - EDEMAS**

☐ Não ☒ Sim - Local: Facial

**3.2 - PERFUSÃO**

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

**3.3 - PULSO**

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chato ☐ Ausente

**3.4 - E. C. G.**

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

**4 - EXAME NEUROLÓGICO**

ECGL 12

**5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**

☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado: ☒ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

**PROCEDIMENTOS**

☐ Bomba de Infusão  
☐ Cânula Orofaríngea  
☐ Colar cervical  
☐ Controle de hemorragia  
☐ Cricotireoidostomia  
☐ Curativo

☐ DEA  
☐ Desobstrução vias aéreas  
☐ Drenagem torácica  
☐ Desfibrilação/ Cardioversão  
☐ Intubação Orotraqueal  
☒ Inalação de Oxigênio (O2)  
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto  
☐ KED Infantil  
☐ Massagem cardíaca externa  
☐ Orotraqueal  
☒ Prancha Longa  
☒ Punção venosa  
☐ Sonda gástrica

☐ Sonde vesical  
☐ Sedação  
☐ Talas / Tração  
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)  
☐ VMI  
☐ VMNI  
☐ Outros: \_\_\_\_\_

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

TRAPAC + DORTINA + SRO + DILADONA

**PERTENCES DA VÍTIMA**

☐ Não

☐ Sim

Objetos: \_\_\_\_\_

Entregues a /Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do Recebedor

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO:**

CONDUTOR: Haroldo

Matrícula: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO (A): ANOREA

COREN: \_\_\_\_\_

MÉDICO (A): Juliana

CRM: \_\_\_\_\_

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_

RG / CPF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA (RUBRICA): \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_







HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES PIANCÓ - PB		ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
Cnes: 2500331	CNPJ: 08.778.268/0031-86		
NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES	UF: 25		
ENDEREÇO: AV. JOAO AGRIPINO FILHO, 302	ESTADO: PARAIBA		
CIDADE: PIANCÓ 58765-000			
ATENDIMENTO DE URGENCIA			
Paciente: FRANCISCO ERIVALDO GOMES			
Mae: MARIA DE FATIMA DA SILVA GOMES			
Pai: RAIMUNDO NIVALDO GOMES			
Nascimento: 09/07/1983	Idade: 35	Cor: PARDA	Sexo: M
Profissao: AGENTE DE EDEMIAS			
Endereco: PEDRO LOPES BRASILEIRO			
Bairro: CENTRO			
Cidade: IGARACY - PB - 58775-000 - 2502607			
Naturalidade: IGARACY - PB			
CNS: 700-7019-9001-2270			
CPF: 20/03/2019 17:52:46			
Data / Hora: 20/03/2019 17:52:46			
Recepcionista: JOANA D'ARC			
Ficha Número: 55869			
PA: 22081			
PESO: 50 kg	TEMP: 36,5°C		
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
Exame físico: paciente em bom estado geral, sem alterações significativas. Pulso regular, 72 bpm. Pressão arterial 120/80 mmHg. Temperatura 36,5°C. Saturação de oxigênio 98% em ar ambiente. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Reflexos patêlgicos.			

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS		56	
Soluções 100 mg + 100 ml SF0,9% EV 18,00			
Medicamentos 3mg em bolus 18,00			
CARÁTER DO ATENDIMENTO			
<input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO			
<input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA			
<input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA			
<input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO			
<input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRANSITO			
<input type="checkbox"/> 06 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS			
PROCEDIMENTO Descrição			
DIAGNÓSTICO			
CID-10			
ENCAMINHAMENTO			
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO			
1 - 030303060029			
2 - 03030300032			
3 -			
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos			
Medico / Cirurgião		CBO	225125
Ass. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL		Polágar Direito	
X Francisco Raiany Gomes		ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo	
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo			



18:00 hrs

→ Transferido H.R. Patas às  
20:00hs, conduzido pela  
USA.

SRL 3.000 ml - EV

Trombol + 100 ml 50'90" EV

equipes macacos

fleco 14

fleco 18

Márcia Morgana J. de Caldas  
meira  
CORL NPS 2423J4

larfina 2ul sup. balas EV 1940  
01 Spranga 5ml  
01 Spranga 10ml  
01 VAD

Márcia Morgana J. de Caldas  
meira  
CORL NPS 2423J4

→ Realizada MOVE, efetuado Ca sob  
cateter nasal 34cm

SSVV

PA 100x60mmHg às 20:00

20/03/19 20:hrs e 22 min

Paciente regulado

para o hospital  
Regional de Patos;  
Será recebido pelo  
Médico Dr Máximo.  
Conduzido ok USA  
Samu de Piamó.

Ateliúria





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCÓ



**RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR / INTER-MUNICIPAL**

Ocorrência nº: 27913 Data: 20/03/19 Hora: 18:40  
Nome da Vítima: FRANCISCO ERISMAR GOMES Idade: 35  
Evento: ☒ Traumática ( ) Clínico ( ) Pediátrico ( ) Gineco-Obstétrico  
( ) Psiquiátrico ( ) Cirúrgico Outros: \_\_\_\_\_

Procedência: HRP (Piancó)  
Solicitante: Dr. Almeida  
Destino: HRP (Piancó)  
Contato: Dr. Almeida

**Circunstâncias da Transferência:**

Identifique quais as ineficiências deste hospital para a manutenção da vida do paciente:

Buena

**Procedimentos realizados no hospital:**

Ampliar + envia para cirurgia

**Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:**

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo

CRM: \_\_\_\_\_

**SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**



SUS 700 7019 9001 2270

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	35596	PRONTUÁRIO	20474
DATA	26/03/2019	HORA	21:49
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	EALVES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
MÉDICO	ERIDIO ANTONIO MARQUES XAVIER		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	FRANCISCO ERIVALDO GOMES	IDADE	35a 9m
		GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA DE FATIMA DA SILVA GOMES		
FILIAÇÃO II	RAIMUNDO NIVALDO GOMES		
CIDADE	IGARACY	PB	58775000
ENDEREÇO	RUA PEDRO LOPES BRASILEIRO SM		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	IGARACY		
TELEFONE		CELULAR	83999885717
C.N.S.		IDENTIDADE	2770576
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	09/07/1983	COR	PARDO
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	AGENTE COMUNITARIO

RESPONSÁVEL RAIMUNDO NIVALDO GOMES Ass. Resp. Paciente *[Assinatura]*

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

*Paciente vítima acidente de moto, apressado futuro, sentença de fale.*

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

*fratura e de falo.  
exatidão máxima*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *FRATURAS múltiplas de falo*

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO

Data *28/03/2019* Hora *12* H *00* Min

MÉDICO/CRM

*[Assinatura]* Alta Curativa ( ) Alta Melhorada ( ) Alta e Pedido  
Transferência ( ) Exatidão ( ) Obito





## REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Francisco Evivaldo Gomes

Da Clínica BNF

Enfermaria 11

A Clínica Clínica Geral

Leito 03

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Paciente vítima de acidente de mob. com politrauma  
de face, com sendo metral no 3º e 4º. Avaliar  
um de sendo.

Data 22/03/19

  
Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Revisar exames realizados

Pedro Augusto dos Santos  
Médico CRM-PB 5501 CRM-RJ 7701  
CPF 030.328.144-06  
CNH 900016004213654

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Médico Especialista



## REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Francisco Ezequias Gomes

Da Clínica \_\_\_\_\_

Enfermaria 11

A Clínica \_\_\_\_\_

Leito 04

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Médico Consultante

### PARECER:

IDADE: 34a

PRÉ-OP: CRUVEIRA DA AXE (ACIDENTE DE TRAFEGO)

APP: Negativo

MODICAP: Negativo

ALCOOL: Negativo

PA: 140 x 80 mmHg

ECG: Normal

KV: Benf. em AT SG

Baixo Risco

Data 23 / 03 / 2019

Assinatura do Médico Especialista



## REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Francisco Ernando Gomes

Da Clínica BHF

Enfermaria 11

A Clínica Neuro

Leito 02

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo):

Recente infarcto do cerebelo subaracnóideo e focos múltiplos  
de foci e pneumocéptos extenso bilateralmente.  
Solicitado avaliação e conclusão quanto ao pneumocéptos.

Data 25/03/19

  
Assinatura do Médico Consultante

### PARECER:

NEUROLOGIA

Polinervite / fte meso.

re am - amputação do pneumocéptos.

Alta neurológica

Ad BHF

Data 25/03/19

  
Dr. Alexandre Firmino  
Neurologista  
CRM 5724

Assinatura do Médico Especialista





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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Francisco Ezevaldo Gomes</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>26/03/2019</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Dr. Kruijz</u>	1º Auxiliar <u>Dr. Elpidio</u>	
Anestesista <u>Dr. Távris</u>	Tipo de Anestesia <u>Geral</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura de maxila Le Fort III + II + transversa + zigomático direito + OPN</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Osteossíntese de fratura de maxila Le Fort III + II + transversa + zigomático direito + OPN</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista <u>N.D.N</u>		
Exame Radiológico no Ato <u>N.D.N</u>		
Acidente Durante a Cirurgia <u>N.D.N</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paciente em DDH sob anestesia geral (decúbito dorso horizontal)</li> <li>2. Antisepsia extra e intraoral e aposição dos campos estéreis</li> <li>3. Infiltração com xifo com uso em maxila e zigomático direito</li> <li>4. Incisão em fundo de sulco vestibular em maxila direita + supra-orbitária direita + sub tarsal esquerda</li> <li>5. Divulção por planos + descolamento + acesso as fraturas</li> <li>6. BNIM + redução + osteossíntese de fratura de maxila Le Fort III + II + transversa + zigomático direito + OPN + sutura por planos + curativo + TNA</li> </ol>



PACIENTE: <u>Carvalho, Enildo Roberto</u>				
QT.:	LEITO:	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>38 W</u>	REGISTRO: <u>20444</u>
CIRURGIA: <u>uro. urológ. dist</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Knudsd...</u>		
ANESTESIA: <u>Genol.</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. ...</u>		
INSTRUMENTADORA:	DATA: <u>26.03.24</u>	INÍCIO: <u>20:05 h</u>	FIM: <u>23:45</u>	



### NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <u>nº 24</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador	1	Sonda Foley
	TX. de Laser	1	Coletor de Urina <u>nº 24</u>
	TX. de Curativo	1	Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical	1	Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocaín	1	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano <u>procedimento</u>	1	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal	1	Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín	1	Sonda Uretral <u>nº 24</u>
	Pavulon	1	Sonda Nesogástrica
	Dorminid	1	Éter Sulfúrico
	Fetanyl 0,05 mg	1	Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%	1	Dreno Sucção
	Inoval	1	Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimide	1	Xilocaína Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovaína 0,5%	1	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5 ml	1	Algodão Hidrófilo
	Narcan	1	Algodão Ortopédico
	Forane	1	Gel <u>Gelo 10 cm</u>
	Sufenta	1	Vaselina Estéril
	Diazepan	1	Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml	1	Pastilha de Formol
	Prostigmine	1	Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina	1	Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina	1	Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil	1	Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g	1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal	1	Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil	1	Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona	1	Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI	1	Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil	1	Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg	1	Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável	1	Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22	1	Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha	1	Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha	1	Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha	1	Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	Prolene 3-0 c/ agulha
		1	Prolene 4-0 c/ agulha

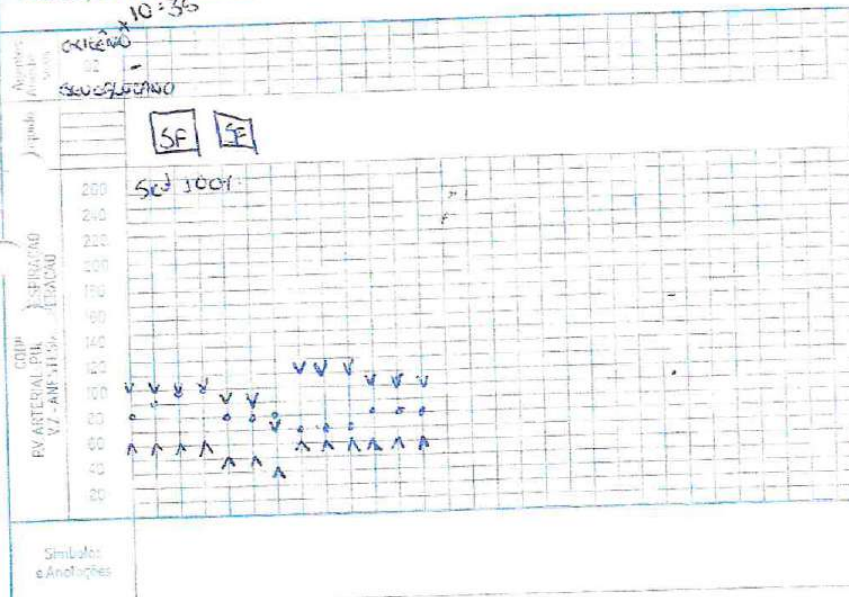




## FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: CLÍNICA DE PATOS Enfermaria: \_\_\_\_\_  
Leito: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: 26 / 03 / 19

Nome: FRANCISCO GALVÃO RÔS  
Sexo: ( ) Feminino (X) Masculino Idade: 36 anos Peso: 64 kg Altura: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_  
Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Pressão Arterial Pulso: \_\_\_\_\_ Respiração: \_\_\_\_\_  
Temperatura: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Hemáticas: \_\_\_\_\_ Hemoglobina: \_\_\_\_\_  
Hematócrito: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Uréia: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
na: \_\_\_\_\_  
Aparelho Respiratório: \_\_\_\_\_ Asma: \_\_\_\_\_ Bronquite: \_\_\_\_\_  
Aparelho Circulatório: \_\_\_\_\_ Eletrocardiograma: \_\_\_\_\_  
Aparelho Digestivo: \_\_\_\_\_ Dentes: \_\_\_\_\_ Pecoço: \_\_\_\_\_ Ap. Urinário: \_\_\_\_\_  
Estado Mental: \_\_\_\_\_ Ataraxicos: \_\_\_\_\_ Corticoides: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_ Hipotensores: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Pré Operatório: \_\_\_\_\_ Estado Físico: \_\_\_\_\_ Risco: \_\_\_\_\_  
Anestesia Anteriores: \_\_\_\_\_  
Medicação Pré-Anestésica: \_\_\_\_\_ Aplicada às: \_\_\_\_\_ Efeito: \_\_\_\_\_



**INDUÇÃO**  
Satisf \_\_\_\_\_ Excit \_\_\_\_\_ Tosse \_\_\_\_\_  
Laringo Espasmo \_\_\_\_\_ Lenta \_\_\_\_\_  
Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_  
Outros \_\_\_\_\_

**MANUTENÇÃO**  
Anestesia Satisf. Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_  
Não, porque? \_\_\_\_\_

**DESPERTAR**  
Reflexos na SO \_\_\_\_\_  
Obstr. \_\_\_\_\_ CO2 \_\_\_\_\_ Excit. \_\_\_\_\_  
Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_  
Outros \_\_\_\_\_  
Com cânula \_\_\_\_\_  
para o leito sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

Posição: DECÚBITO DORSAL  
Agentes: RODOLFO ANE SUCINILATO 900 mg RODOLFO 210 mg RODOLFO 35 mg Cânula: \_\_\_\_\_  
Técnica: ANESTESIA GERAL Operação: Inalante Gaseoso de Fúndio de Zygote, Masão e União  
Cirurgiões: Dr. CARLOS Anestesistas: Dr. TAVES  
Observações: \_\_\_\_\_







Atendimento: 201900248911

Idade: 35 anos

Paciente: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data: 20/03/2019.

Data de Nascimento: 09/07/1983

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS**

### **Técnica:**

*Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.*

### **Análise:**

**Fraturas cominutivas de seio maxilar, células etmoidais, septo nasal, osso próprio do nariz, arco zigomático direito, palato duro, seio frontal e paredes laterais das órbitas.**

**Hematoma subgaleal extenso bilateralmente.**

**Conteúdo espesso em seios maxilares e frontal.**

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 20/03/2019 22:16.*

  
**Dr. Evaldo De Sousa Nobrega**  
**CRM 5227 - PB**





Atendimento: 201900254165

Idade: 35 anos

Paciente: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data: 25/03/2019

Data de Nascimento: 09/07/1983

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

*Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.*

### Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.  
Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.  
Sulcos, cissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.  
Quarto ventrículo anatômico.

Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.

Múltiplas fraturas na face:

- Mandíbula.
- Arco zigomático bilateral.
- Cone nasal (ossos próprios do nariz)
- Osso frontal com órbitas medial.
- Paredes dos seios maxilares bilateralmente.
- Osso lateral da órbita direita.
- Lâminas cribriformes.

Hemossinus.

Pequeno foco de gás na linha média, podendo corresponder a pneumoencéfalo relacionado ao trauma.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 25/03/2019 14:50.*

Dr. Lauberto Ferreira Rocha Filho  
CRM: 521011359



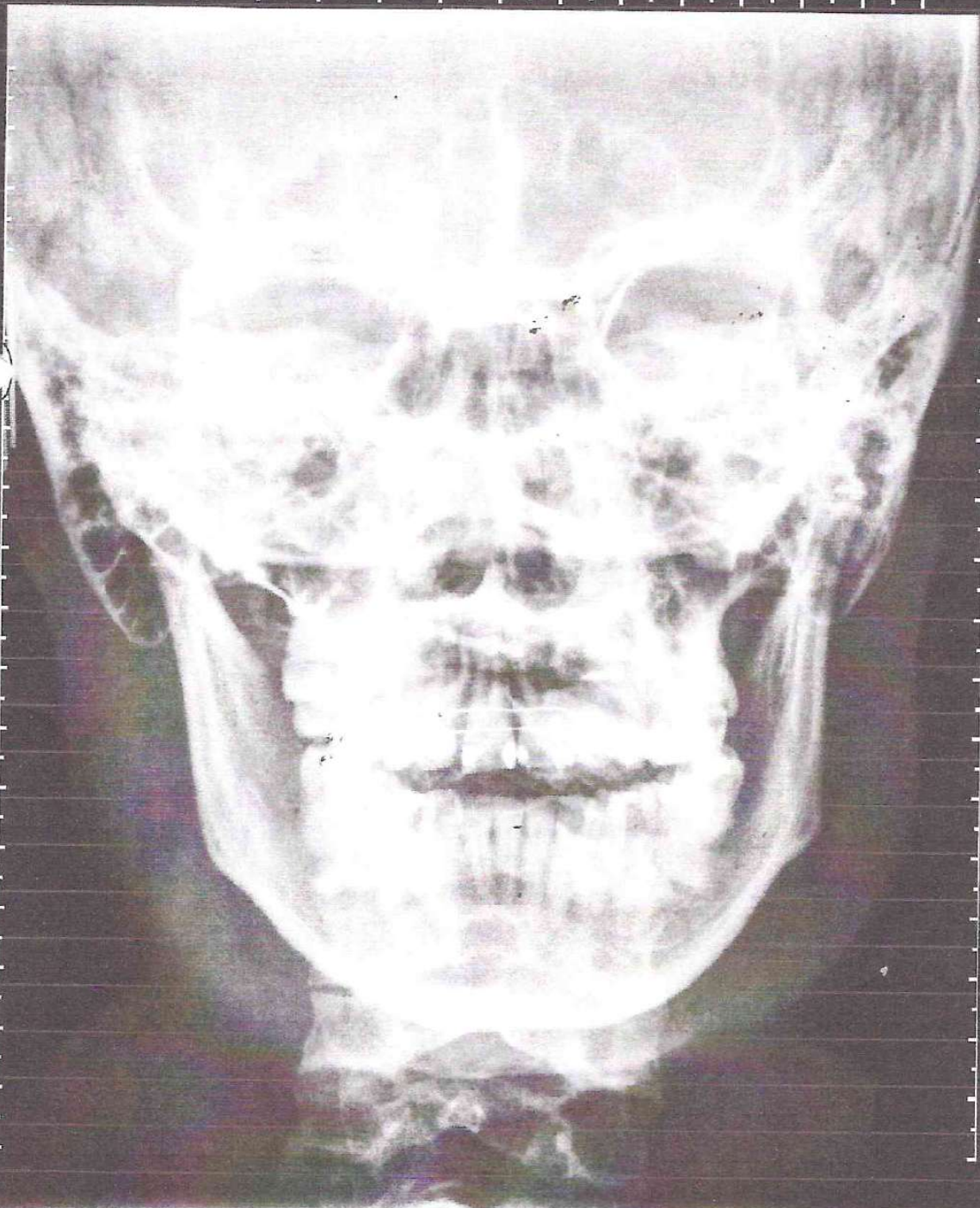


Hospital Regional de Patos - RX

000000249563

126 %

El\_s:122



Seios da Face, Waters (OM) PA

@

26/Mar/2019 16:58:27

000000015715

FRANCISCO ERIVALDO GOMES, , \*9/Jul/1983





Atendimento: 201900248911

Idade: 35 anos

Paciente: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data: 20/03/2019

Data de Nascimento: 09/07/1983

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

*Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.*

### Análise:

**Fraturas cominutivas de seio maxilar, células etmoidais, septo nasal, osso próprio do nariz, arco zigomático direito, palato duro, seio frontal e paredes laterais das órbitas.**

**Hematoma subgaleal extenso bilateralmente.**

**Conteúdo espesso em seios maxilares e frontal.**

Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.

Quarto ventrículo anatômico.

Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.

**Pneumoencéfalo extenso bilateralmente.**

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 20/03/2019 22:15.

  
**Dr. Evaldo De Sousa Nobrega**  
**CRM 5227 - PB**





**Poder Judiciário do Estado da Paraíba**

**Comarca de Piancó**

**1ª Vara Mista**

Processo: 0802156-63.2019.8.15.0261

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Advogado do(a) AUTOR: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - PE25252

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

Vistos, etc.;

Inicialmente, **DEFIRO o pedido de assistência judiciária gratuita**, haja vista que estão previstos os requisitos legais para a concessão do benefício (art. 98, do CPC).

A atividade probatória deverá recair sobre a existência ou não de invalidez permanente sofrida pelo autor e o seu grau. Para tanto, verifica-se a necessidade de realização de perícia judicial na parte autora, de modo a subsidiar suficientemente a resolução da demanda.

Nesse contexto, **NOMEIO** como perito o Dr. **Marcelo Nunes Alves de Sousa, médico ortopedista/traumatologista**, concedendo-lhe o prazo de **dez dias** para apresentação do laudo, a contar da data do exame médico no(a) promovente (art. 465 do CPC). **INTIME-SE** o mesmo da nomeação, bem como para informar a este Juízo, em 05 (cinco) dias, a data da perícia.

**INFORME-SE** ao médico nomeado que será paga a quantia de R\$ 200,00 (duzentos reais) pelo exame pericial, em conformidade com o Convênio n. 015/2014, firmado entre o Tribunal de Justiça da Paraíba e a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT, o qual será depositado em Juízo e liberado mediante alvará ao perito.

À vista do exposto, **INTIMEM-SE** as partes para querendo indicar assistente técnico e quesitos, assim como juntar documentos, no prazo de 15 dias, art. 465, § 1º, II e III do CPC.

**INTIME-SE** a promovida para depositar em 15 dias os honorários periciais, **sob pena de de constrição via BACENJUD**.

Desde já **INFORMO** que os quesitos do juízo são os quesitos padrão apresentados durante o Mutirão DPVAT.

Cumpra-se cautelosamente, intimando-se o autor pessoalmente desta decisão e data da perícia, bem como o réu sobre os presentes termos.

Com a apresentação do laudo, **EXPEÇA-SE** o alvará para levantamento dos honorários periciais, **DETERMINO A CITAÇÃO DO PROMOVIDO**, para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 30 (trinta) dias, contados na forma do art. 183 do NCPC.



Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (NCPC, art. 344).

CUMPRIDAS TODAS AS DETERMINAÇÕES ACIMA, voltem-me os autos conclusos.

Piancó/PB, data conforme certificação digital

**PEDRO DAVI ALVES DE VASCONCELOS**

Juiz de Direito

(assinado eletronicamente)





## Intimação

Intime-se da Perícia designada para o dia 09/10/2020 às 11:30h no Fórum em Piancó, bem como fica intimado do Despacho ID 27370081.

**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA**  
**COMARCA DE PIANCÓ**  
**Juízo do(a) 1ª Vara Mista de Piancó**

---

v.

**MANDADO DE INTIMAÇÃO DE PERÍCIA - PROMOVENTE**

**Nº DO PROCESSO: 0802156-63.2019.8.15.0261**

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Acidente de Trânsito]

**Justiça gratuita**

**AUTOR: FRANCISCO ERIVALDO GOMES**

**REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**



**N o m e :** **FRANCISCO ERIVALDO GOMES**  
**Endereço:** **RUA PEDRO LOPES BRASILEIRO, S/N, CENTRO, IGARACY - PB - CEP: 58775-000**

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) Dr(a). PEDRO DAVI ALVES DE VASCONCELOS, Intime-se o autor para comparecer a Perícia designada para o dia 09/10/2020 às 11:30h no Fórum em Piancó, devendo trazer documentos e exames, bem como comparecer usando máscara de proteção ao covid-19.

PIANCÓ-PB, em 23 de setembro de 2020

De ordem, SHEILA GIANNOTTI MELO DE ALENCAR  
Técnico Judiciário

## Intimação

Intime-se do Despacho ID 27370081, bem como da designação da Perícia no dia 09/10/2020 às 11:30h no Fórum em Píancó.

Ofício Perícia designada.

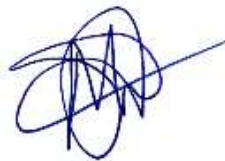


Ofício nº 18/2020

À 1ª Vara da Comarca de Piancó  
Estado da Paraíba – Poder Judiciário

Eu, Marcelo Nunes Alves de Sousa, brasileiro, médico ortopedista, inscrito no CRM sob os números PB-7381 / PE 18836, venho, por meio deste ofício, disponibilizar o dia 09 de outubro do corrente ano para agendamento de perícias médicas, conforme solicitado pelo servidor por contato telefônico, a se iniciar às 09:00 h do referido dia. Desde já, me ponho a disposição para eventuais esclarecimentos.

Patos, 21 de setembro de 2020.



**Marcelo Nunes Alves de Sousa**