



Número: **0820220-91.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **28/09/2020**

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	
DIEGO DEIVITON NUNES SOARES (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42571 160	03/05/2021 11:37	Petição	Petição
42571 163	03/05/2021 11:37	2769367_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
42571 164	03/05/2021 11:37	2769367_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071809

Vítima: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

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 15504606

Pag. 01279/01280 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071809

Vítima: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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: **DIEGO DEIVITON NUNES SOARES**

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

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **00000512436-6**

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.

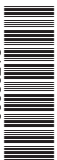
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00425/00426 - carta_15R - INVALIDEZ

00030213



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: 0058275120 CPE da vítima: 705.803.604-74 Nome completo da vítima: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

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

Nome completo: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES CPE: 705.803.604-74

Profissão: RECLUSO Endereço: RUA AMÁLIA TAVELIA Número: SIN Complemento:

Bairro: CENTRO Cidade: GALANTE Estado: PB CEP: 58446-000

E-mail: Tel (DDD): 197/98805-6654

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

REDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 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 CONTA: 512436 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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) ☐ Divorciado ☐ 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

Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

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

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 19/02/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00100.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00100.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:55 horas do dia 05 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Diego Deiviton Nunes Soares**, conhecido(a) por **Diego**, CPF nº 705.803.604-74, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Maria da Guia Nunes de Sousa e Severino Ramos do Nascimento Soares, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 13/07/1995 (24 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Rua Amália Taveira, Nº S/N, complemento CASA, bairro Galante, tendo como ponto de referência Rua do Gás, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Estrada Estadual, Campina Grande/PB, bairro Galante; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 27/10/19 10:57h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias), Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa).


Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 TITAN ESD, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2011/2012, UF: PB, placa MOS-2781, chassi 9C2KC1650CR514232, renavam 0043029525-1, características gerais: Nº. C.I.R.V.: 014355565447; nº. P.R.T.: 20190100014797-8; nº. Lacre: 0047397721.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO VINHA NA CONDUÇÃO DO VEÍCULO NO LOCAL JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, QUANDO APARECEU UM OUTRO VEÍCULO EM UMA CURVA SOBRANDO NA CONTRAMÃO E AO TENTAR DESVIAR DO MESMO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO A CAIR E SE MACHUCAR SÉRIAMENTE, SENDO QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS E CIRÚRGICOS POSTERIORES CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00100.01.2020.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 05 de fevereiro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-4

DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Noticiante



Procedimento Policial: 00100.01.2020.1.05.101

2/2



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: 0058275120 CPE da vítima: 705.803.604-74 Nome completo da vítima: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

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

Nome completo: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES CPE: 705.803.604-74

Profissão: RECLUSO Endereço: RUA AMÁLIA TAVELIA Número: SIN Complemento:

Bairro: CENTRO Cidade: GALANTE Estado: PB CEP: 58446-000

E-mail: Tel (DDD): 197/98805-6654

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

REDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 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 CONTA: 512436 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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) ☐ Divorciado ☐ 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

Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 19/02/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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:	20/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000512436-6

Nr. da Autenticação 2CC2B69B97F46BD6



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para depósito pagamento da fatura localizada na envelope reverso.

Nº 005.567.568



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 56423-708
CNPJ 06.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.033.039-1

DADOS DO CLIENTE

TEREZA CRISTINA DO NASCIMENTO SILVA
RUA AMALIA TAVERA S/N
GALANTE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/281870-6

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	13/01/2020	159	20/01/2020	R\$ 98,63

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 01096.180177 4 81400000009863				
Pagador: TEREZA CRISTINA DO NASCIMENTO SILVA CNPJ/CPF: 078.488.444-71				
RUA AMALIA TAWEIRA S/N - CENTRO - GALANTE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360001096180	000281870202001	20/01/2020	R\$ 98,63	
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 - 03/05/2021 11:37:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050311375304500000040503665>

Número do documento: 21050311375304500000040503665

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200071809 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO. P.4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. P.16

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____: ____ hs.

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

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

[illegible]

istohico/impreclassi.php?contar=2024946&dataatend=2019-10-27&horaatend=20:03:34

253



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/05/2021 11:37:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050311375304500000040503665>

Número do documento: 21050311375304500000040503665

Num. 42571163 - Pág. 11

HTCG-Paine: Administrative



Data: 27/10/2019
 Paciente: DIEGO DEIVTON NUNES SOARES Idade: 024 N° ATEND: 2024946

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 27/10/2019 HORA : 20:03:34

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS	PA:	TEMP:	FC:	FR:	PESO:
HGT:	SAT O2:				

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS :
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA () PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS () ANAFLAXIA () FLEITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSSE

Escala de Insumibilidad de Deur



ESCALA DE DOR:

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO**

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

10.1.1 148/project/hgimp/prec/lassi.php?contar=2024946&dataend=2019-10-27&horatend=200334

3/3

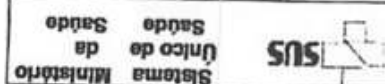


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/05/2021 11:37:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050311375304500000040503665>

Número do documento: 21050311375304500000040503665

Num. 42571163 - Pág. 12



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2362856

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

2025130

DIEGO DEIVTON NUNES SOARES

7 - CARTÃO DO SUS

13/07/1995

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

83

11 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

83

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

58400002

13 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

58400002

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR NO PUNHO DIREITO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

RADIOGRAFIA + EXAME FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DO ESCAFÓIDE DIREITO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

980016296677001

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28/10/2019

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS

33 - () ACIDENTE DE TRANSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



GOVERNO
DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2025130 Paciente: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DA GUIA NUNES DE SOUSA Data de Nascimento: 13/07/1995 Admissão: 28/10/2019 DIH - 8

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA ESCAFOIDE A DIR

DIA 05/11/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR IFRA AMP, 12h/12h 0D/2D	<input checked="" type="checkbox"/>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<input checked="" type="checkbox"/>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML. AHD,	<input checked="" type="checkbox"/>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<input checked="" type="checkbox"/>
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/11/2019 HORA: 15:11:34

PACIENTE EM POS OPERATORIO IMEDIATO SEM INTERCORRENCIAS

CD: ANTIBIOTICOPROFILAXIA

RX DE CONTROLE

DIETA POS RPA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo

06-11-19

FACUNA UELHOAN
AZA Hospital



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Data da Internação: 28/10/2019

Data da Alta: 06/11/2019

Registro: 2025130

Tempo de Permanência: -18198

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO

Diagnóstico Final:

Principais Exames: FRATURA ESCAFOIDE A DIR - TRAT CIRURGICO

Data:

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: DR. WAGNER R1

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

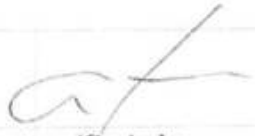
Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): FRATURA ESCAFOIDE A DIR
Data de Internamento: 28/10/2019, CONT TRAT AMBULATORIAL, RETORNO
MARCADO PARA 08 DIAS

Medicações para Casa: ATB_AINH

Condições de Alta: Melhorado

Data: 06/11/2019


Assinatura/Carimbo
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

RESPONSÁVEL: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)





GOVERNO
DA PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/11/2019

Horas: 08:09:49

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2025130 Paciente: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DA GUIA NUNES DE SOUSA Data de Nascimento: 13/07/1995 Admissão: 28/10/2019 DH1 - 7

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leitos: 1 Diagnóstico: FRATURA ESCAFOIDE A DIR

DIA 04/11/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>zona am dr av. m.</i>	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	<i>12 18 24 06</i>
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>18 06</i>
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1 FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>06 não usar pl e seta!</i>
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>de sic</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 04/11/2019 HORA: 08:09:03

#ORTOPEDIA#

FRATURA ESCAFOIDE A DIR

PACIENTE EVOLUINDO BEM ESTAVEL
COM TALA AXILO PALMAR

EVAC: +

DOR: +

PRÊ OP: OK

CONDUTA: VPM



AGUARDA CIRURGIA PRPGRAMADA PARA TERÇA FEIRA A TARDE

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

Art



61

 Sistema Único de Saúde		 GOVERNO DA PARAÍBA		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NÚMERO DO CADASTRO: 12 3 5 2 8 5 6 1 - CPF: 21 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 1 2 - CNPJ					
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700 BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)					
PACIENTE: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES		Identidade: 4042135		Idade: 024	
ENDEREÇO: R. MANOEL MARQUES TAVEIRA		PRONTUÁRIO: Nº 2025130			
BAIRRO: GALANTE					
DADOS CLÍNICOS: TRAUMA NA PÉLVIS POR LOCAL... EXAMES SOLICITADOS: RX PÉLVIS, P. U.					
Campina Grande - PB 01/11/2019 Hora: 07:50:51 Médico: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)					



**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0327

Hospital: _____ Código: _____

Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____

Paciente: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____ Nº prontuário: _____ Convênio: _____

Cirurgião: _____ Código: _____ (☐) Reposição (☐) Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Parafuso Cortical 4.0 mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	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 MédicoBio 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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/05/2021 11:37:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050311375304500000040503665>

Número do documento: 21050311375304500000040503665

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMESNÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJNOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

ENDEREÇO: R MANOEL MARQUES TAVEIRA

BAIRRO: GALANTE

Identidade:
4042136

Idade: 024

PRONTUÁRIO:

Nº 2025130

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE MAO .

Campina Grande - PB 05/11/2019 Hora:
15:23:52

Médico: Wagner Luiz Egito de Araújo

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMESNÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJNOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

ENDEREÇO: R MANOEL MARQUES TAVEIRA

BAIRRO: GALANTE

Identidade:
4042136

Idade: 024

PRONTUÁRIO:

Nº 2025130

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE MAO .

Campina Grande - PB 05/11/2019 Hora:
15:23:52

Médico: Wagner Luiz Egito de Araújo



GOVERNO DO PARÁ SEGUIE
DA PARAÍSA e triaballo LIST PRÉ-OPERATÓRIO-ALAS



6

SETOR DE ORIGEM:	Indígena II		
NOME:	Diane Dainten Nunes Soares		
PROCEDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCAL:	MS	GELCO Nº:	AVC <input type="checkbox"/> JEI <input checked="" type="checkbox"/>
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input checked="" type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> JUSG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:		





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Diego Divaton Nunes Soares	Idade:	24
Convênio:		Data:	05.11.19
Procedimento:	Revisão de Exatidão visual		
Cirurgião:	Dr. Camargo	Auxiliar:	Dr. Wagner
		Anestesista:	Dr. Diego
Início:	14:15	Término:	15h
		Anestesia:	Relaxamento profundo

[illegible][illegible]

Observações:

3808

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 163



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:		10


Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Diego Davi da Silva M. da S. 13-07-98

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

CIRURGIA Cirurgia de fixação de fratura de fêmur

ANESTESIA Al. Geral

INSTRUMENTADORA F. L. S. DATA 05-11-19 INICIO 14:15 FIM 15:00

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Catgut Simples	
01	Dolantina amp.		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Cera p/ osso	
	Inova ml		Ethibond	
	Ketalar ml		Ethibond	
02	Morfina 2% ml		Ethibond	
	Nubain amp.		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido l/m		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelicin ml		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	01	Mononylon 2°	
	Thionembital ml		Mononylon	
	Tracrium amp.		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES			
04	Água Destilada amp.		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Prolene Sertix	
	Flaxidol amp.		Vicryl Sertix	
01	Fenacetil amp.		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Vicryl Sertix	
	Glicose amp.			
	Glucos de Cálcio amp.			
	Haemacel ml			
	Heparema ml			
	Kanakion amp.			
	Lasix amp.			
	Medrotrinazol.			
	Plasil amp.			
	Prolamina			
	Revivan amp.			
	Stuptanon amp.			
	Cefalotina 1g			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			
	Agulha desc. 25 x 7			
	Agulha desc. 28 x 28			
	Agulha desc. 3 x 4,5			
	Agulha p/ raque nº			
05	Alcool de Enfermagem			
	Alcool iodado ml			
02	Ataduras de Crepon			
02	Ataduras de Gessada			
	Azul metileno amp.			
01	Betadine			
	Bolsa Colostoma			
	Calel. p/ Oxi.			
	Catet. De Urinar Sist. Fech.			
	Compressa Grande			
	Compressa Pequena			
	Cotonoide			
	Dreno			
	Dreno Kerr nº			
	Dreno Penrose nº			
	Dreno Pezzet nº			
	Equipo de Macrogotas			
	Equipo de Macrogotas			
	Equipo de Sangue			
	Equipo de PVC			
	Esparradrapo Largo cm			
	Furacim ml			
	Gase Pacote c/ 10 unidades			
	H.O. ml			
	Intracath Adulto			
	Intracath Infantil			
	Lâmina de Bisturi nº 23			
	Lâmina de Bisturi nº 11			
	Lâmina de Bisturi nº 15			
	Luvas 7.0			
	Luvas 7.5			
	Luvas 8.0			
	Luvas 8.5			
	Oxigênio l/m			
	Póflux			
	PVPI Degemante ml			
	PVPI Tópico ml			
Qtd.	SOROS			
	Sabão Antisséptico			
	Saco coletor			
	Seringa desc. 10 ml			
	Seringa desc. 20 ml			
	Seringa desc. 05 ml			
02	Sonda			
	Sonda Foley			
Qtd.	ORTESE E PRÓTESE			
	Sonda Nasogátrica			
	Sonda Uretral nº			
	Steridrem ml			
	Torneirinha			
	Vaselina ml			
	Geicon 18			
	Latex			
	EQUIPAMENTOS			
()	Oxímetro de Pulso	(x)	Foco Auxiliar	
()	Serra	()	Eletrocautério	
()	Desfibrilador	()	Oxicapnógrafo	
()	Foco Frontal	(x)	Cardiomonitor	
()	Fonte de Luz	(x)	Perfurador Elétrico	

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanda Lúcia de M. Almeida
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PE 703.722

MOD 006



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Dr. Diego Emanuel Nunes Soares</i>			IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PERÍODO	AP. URMÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATAJAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fr de Exoflexão D</i>					ESTADO FÍSICO <i>III</i>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <i>14h 15h</i>				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Sotil: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo-espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO <i>Cefazolin 2g Dexamet 10mg Dipron 2g Narcolin 4mg</i>		
VIGIL VP ARTERIAL: _____ PO O: RESPIRAÇÃO _____ AX: ANESTESIA: O: OPERAÇÃO _____					ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
POSIÇÃO	<i>DDH</i>						
AGENTES	<i>Bupiv. 2ml + Lid. 1% 2ml</i>						
TÉCNICA	<i>Blowby manual</i>						
OPERAÇÃO	<i>Tort. Curvatura de Fr de Exoflexão D</i>						
QUIRÚRGICOS	<i>Guimarães e Wagner</i>						
ANESTESISTAS	<i>Diego Hujli</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

09



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/05/2021 11:37:53

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050311375304500000040503665

Número do documento: 21050311375304500000040503665

Num. 42571163 - Pág. 24

05/11/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Maracanã, Campina Grande - PB
52051-100 - Wagner Luiz Egito de Araujo

CNPJ: 08.778.268/0001-52
Data: 05/11/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 121548

DATA DA CIRURGIA: 05/11/2019

Número do Atendimento: 2025130 Clin: ORTOPEdia 2 / Enf: 6 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Data da Internação: 28/10/2019

Atendimento: 2025130

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE ESCAFOIDE

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 05/11/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DE ESCAFOIDE DA MÃO DIREITA + FIXAÇÃO

COM PARAFUSO DE HERBERT NUMERO 28 SOB ESCÓPIA

05 CURATIVO

06 TALA

Data 05/11/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS	
CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO	<input type="checkbox"/> ABDOME DISTENSO <input type="checkbox"/> ANOREXIA	
	<input type="checkbox"/> HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	<input type="checkbox"/> DOR AO EVACUAR <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL	
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUÍZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO	
	<input checked="" type="checkbox"/> OUTRO	<input checked="" type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA	
	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS	
	<input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA	
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DESCONFORTO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ ARTICULAR	<input type="checkbox"/> DIFICULDADE PARA VIRAR-SE	
	<input checked="" type="checkbox"/> PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/> MOVIMENTOS DESCONTROLADOS	
RISCO DE INFECÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS		
	<input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO		
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL			<input type="checkbox"/> OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
<input type="checkbox"/> AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA			
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL			
<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO			<input checked="" type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		depois	
<input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR			<input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR			
<input type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS			
<input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO			
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS			<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO			<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA, E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS			<input type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		depois	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO			
OUTRO			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ☐ SIM ☐ NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ☐ SIM ☐ NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ☐ SIM ☐ NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? ☐ SIM ☐ NÃO ESTADO MENTAL? ☐ AGITADO ☐ DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ☐ SIM ☐ NÃO
 ASSINATURA E CARIMBO:

Joelma Torquato de Lira
 COREN-PB 236.624-ENF



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Diego Dornheim Idade: 24 Sexo: M Enf/Leito: 6-1

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL: Fr. Escapóide (D)

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL:

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

AL. ÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.:

SEGURANÇA FÍSICA: () TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS:

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS:

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): Local:

localização anatômica da ferida:

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

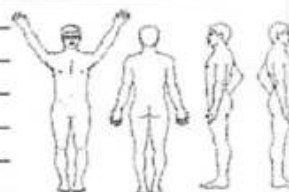
SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

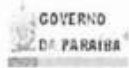
RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
08:30	140/90	36,6	96	—	—	—	—	—	—	E. D. O.	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



Número do documento: 21050311375304500000040503665



PACIENTE:	DIEGO DEIVITON NUNES SOARES
DATA DO EXAME:	27/10/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”


METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.


DR. JANNIÉ DE MIRANDA
Médico radiologista
CRM-PB 7901 / CRM-PE 21033

Observações: - Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.



Num. 42571163 - Pág. 30

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014355565447
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA OCIO RENAVAM PRT 20190000014797400000
1 0043029525-1 00/00000000 2019

NOME
DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

CPF/CNPJ 70580360474 PLACA MOS2791/PB

PLACA ANT./UE NOVO PB 9C2KC1650CR514232

ESP/VEICULO FAS/MOTOCICLE/BAO AP/LIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/VEICULO HONDA/CG 150 TITAN ESD ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

CAP/MOT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA IPVA PAGO EM 25/02/2019 1º

PARCELAMENTO/COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 20/02/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL CAMPINA GRANDE - PB DATA 25/02/2019
42234 33553

SEGURADORAS AUTORIZADAS A RECEBER PRÊMIOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VÍCIOS, TERRESTRES, QUATRO RODAS, AEROSPAIS,
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014355565447 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 25/02/2019

VIA OCIO RENAVAM PRT 20190000014797400000
1 0043029525-1 00/00000000 2019

CPF/CNPJ 70580360474 PLACA MOS2791/PB

PLACA ANT./UE NOVO PB 9C2KC1650CR514232

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) 0,00 DETRAN (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 TOTAL A SER PAGADO (R\$) 0,00

PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO 20/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.208/0001-04

33553-1428220-20190225

0102-118



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200071809 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO. P.4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. P.16

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	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-0058275/20

Vítima: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

CPF: 705.803.604-74

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DIEGO DEIVITON NUNES SOARES : 705.803.604-74

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: 12/02/2020
Nome: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES
CPF: 705.803.604-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2020
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08202209120208150001

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 **DIEGO DEIVITON NUNES SOARES**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 29 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

