



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
42571 160	03/05/2021 11:37	Petição
42571 163	03/05/2021 11:37	2769367_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02
42571 164	03/05/2021 11:37	2769367_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/05/2021 11:37:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105031137520100000040503662>
Número do documento: 2105031137520100000040503662

Num. 42571160 - Pág. 1



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: 32000071809 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15504606



013299 013279/01280 - Carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/05/2021 11:37:53
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050311375304500000040503665>
Número do documento: 21050311375304500000040503665

Núm. 42571163 - Pág. 1



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 indeniz

informações que o pagamento da multa exigida no artigo 21, § 1º, II, do Código de Defesa do Consumidor.

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, retorno 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





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	CPF da vítima: 705.803.604-74	Nome completo da vítima: Diego DÉVITON NUNES SOARES	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Diego DÉVITON NUNES SOARES	Profissão: RELÓJOAR	Endereço: RUA ANTONIA TAVARES	CPF: 705.803.604-74
Bairro: CENTRO	Cidade: GARANH	Estado: PB	CEP: 58446-000
E-mail:		Número: SIN Complemento: Tel.(DDD): 137198805-2254	

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 512436 6	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 discordo do seu conteúdo.

MORTE

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:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Tux Penas, 19/02/2020
Name: Diego DÉVITON NUNES SOARES	Nome: Diego DÉVITON NUNES SOARES
CPF: 137198805-2254	CPF: 137198805-2254

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | 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.



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. 3



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 CONTRA MÃO E AO TENTAR DESVIAR DO MESMO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, 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 POLICIA 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

1/2

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



**POLÍCIA
CIVIL**
P A R A I B A



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



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. 5



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	CPF da vítima: 705.803.604-74	Nome completo da vítima: Diego DÉVITON NUNES SOARES	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Diego DÉVITON NUNES SOARES	Profissão: RELÓJOAR	Endereço: RUA ANTONIA TAVARES	CPF: 705.803.604-74
Bairro: CENTRO	Cidade: GARANH	Estado: PB	CEP: 58446-000
E-mail:		Número: SIN Complemento: Tel.(DDD): 137198805-2254	

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

RENDA MENSAL:
 RECUSO 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0041 <input type="checkbox"/> CONTA: 512436 6 <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ 6 <small>(informar o dígito se existir)</small> <small>(informar o dígito se existir)</small>

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 discordo 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:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Tax Pern, 19/02/2020
Nome: _____	
CPF: _____	

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Diego DÉVITON NUNES SOARES
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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



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. 7

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Isso só garante o vencimento da nota fiscalizada da energia elétrica - Nº 005.567.568



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-738
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Insc. Est. 16.033.839-1

DADOS DO CLIENTE

TERESA CRISTINA DO NASCIMENTO SILVA
RUA AMALIA TAVEIRA 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 8140000009863				
Pagador: TEREZA CRISTINA DO NASCIMENTO SILVA CNPJ/CPF: 078.488.444-71				
RUA AMALIA TAVEIRA S/N - CENTRO - GALANTE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 31490360001096180	Nr Documento 000281870202001	Data Vencimento 20/01/2020	Valor do Documento R\$ 98,63	Valor Pago
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 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

Num. 42571163 - Pág. 8

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



27/10/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

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

ATENCIÓN URGÉNTICA

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B-E) Nº:2024946 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52.

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

BOLETIM DE EMERGÊNCIA (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: DIEGO REVITON Atendente : acolhimento
CEP: 58400002 Nascimento:13/

PACIENTE: DIEGO DEIVITON
NUNES SOARES CEP: 30400-002
NASCIMENTO, 13/07/1993

Endereço: R M

Cidade: Campina Grande | Idade: 024 | Bairro: GALANTE

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: MARIA DA GUADALUPE

SDUSA

Responsiveness

Estado Civil (Solteiro/a)

Estado Civil: Solteiro(a) Hora: 19:57:03 CONVÉNIO



- | <u>número correspondente ao lado)</u> | <u>anatomia</u> |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1 | Abrasão |
| 2 | Amputação |
| 3 | Avulsão |
| 4 | Contusão |
| 5 | Crepitação |
| 6 | Dor |
| 7 | Edema |
| 8 | Empalhamento |
| 9 | Enfisísmo subcutâneo |
| 10 | Esgamamento |
| 11 | Equimose |
| 12 | F. Arma branca |
| 13 | F. Arma de fogo |
| 14 | F. Cerritos |
| 15 | F. Corrente |
| 16 | F. Corte-contuso |
| 17 | F. Perfuro-contuso |
| 18 | F. Perfurante |
| 19 | Fratura aberta |
| 20 | Fratura essa fechada |
| 21 | Hematomá |
| 22 | Impurgamento/Venoso |
| 23 | Laceração |
| 24 | Lesão tendinária |
| 25 | Luxação |
| 26 | Mordedura |
| 27 | Movimento torácico paradoxal |
| 28 | Objeto Encravado |
| 29 | Otorragia |
| 30 | Paralisia |
| 31 | Parecis |
| 32 | Parestesia |
| 33 | Quimadura |
| 34 | Rinorrágia |
| 35 | Sinal de laquemias |
| 36 | |

205

QUEMADURA:
Superficie corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

POLITRANSA



27/10/2019

HTCG-Painel 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)
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



2710249

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0003-852
Av. Ataulfo Floriano Peixoto, 4700 - Mahrinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58332-809
Data: 27/10/2019

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

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
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO

AERGIAS:

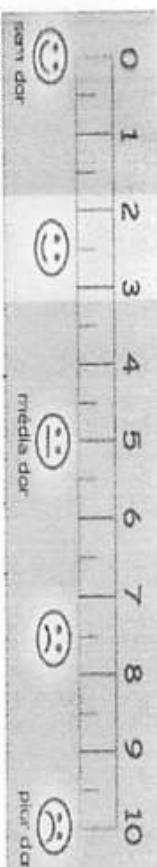
**MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

CONVULSÃO INCONSCIENTE

SINTOMAS REFERIDOS

(1) FEBRE (1) VÓMITO (1) DIARRÉIA (1) EXANTEMA
(1) PRURIDO (1) DOR (1) INAETENIA (1) ALTERAÇÕES VISUAIS
(1) ANAFILAXIA (1) DISPNEIA (1) FLEBITE (1) INAPETÊNCIA (1) ALTERAÇÕES VISUAIS
(1) EPIGASTRALGIA (1) CONSTIPAÇÃO (1) MELENA (1) SÍBILOS (1) TOSSE

Escala de Intensidad da Dolor



**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
VERMELHO**

HICG-Paine Administrative

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

10.1.1.143/projetohtcc/imprensa/class.php?contato=2024946&dataatend=2019-10-27&horaatend=200334



LAUDO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO		Sistema Ministro Unico da Saude
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		
2 - CNIS 2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		
4 - CNIS 2362856		
5 - NOME DO PACIENTE Diego Delyton Nunes Soares		
6 - N. DO PROTOCOLO 2025130		
7 - CARTEAO DO SUS 701208060041119		
8 - DATA DE NASCIMENTO 13/07/1995		
9 - SEXO Masculino		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Marta Da Guia Nunes De Sousa		
11 - ENDERECO (rua, n.º, bairro) R Manoel Marques Tavares, 0, Galante		
12 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA Ribeirão Preto		
13 - CEP 18080-000		
14 - Cidade Ribeirão Preto		
15 - UF SP		
16 - CEP 58400002		
17 - PRINCIPAIS SINTOS E SITUAÇÕES CLÍNICAS PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR NO PUNHO DIREITO		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERRAÇÃO TRATAMENTO CIRÚRGICO		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/EXAMES REALIZADOS RADIOGRAFIA + EXAME FÍSICO		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do escafóide direito		
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PROCEDIMENTO SOLICITADO		
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO -15 - Código do procedimento		
23 - CLINICA -16 - Documento -17 - Caráter da -18 - Nome do profissional solicitante/assistente LUIZ JUVENAL MEDEROS 980016296677001 11 - Data da assinatura e carimbo nº do registro do conselho de médicos 28/10/2019		
24 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO C 33 - () ACIDENTE DE TRANSITO PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA) / 34 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO C 35 - () ACIDENTE DE TRANSITO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Número do seguro 38 - Serie 39 - CNPj Empresa 40 - Nome da Empresa 41 - CEP 42 - Vinculo com a previdência social 43 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO C 44 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO C 45 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO C 46 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO 49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 50 - () AUTORIZAÇÃO 51 - () CÓDIGO DA SEGURADORA 52 - () PRESENTE 53 - () NÃO PRESENTE 54 - () EMPREGADO 55 - () EMPREGADA 56 - () AUTONOMO 57 - () EMPRESA 58 - () CNPJ DA EMPRESA 59 - () CNAE DA EMPRESA 60 - () CNAE 61 - () CEP 62 - () CEP 63 - () CEP 64 - () CEP 65 - () CEP 66 - () CEP 67 - () CEP 68 - () CEP 69 - () CEP 70 - () CEP 71 - () CEP 72 - () CEP 73 - () CEP 74 - () CEP 75 - () CEP 76 - () CEP 77 - () CEP 78 - () CEP 79 - () CEP 80 - () CEP 81 - () CEP 82 - () CEP 83 - () CEP 84 - () CEP 85 - () CEP 86 - () CEP 87 - () CEP 88 - () CEP 89 - () CEP 90 - () CEP 91 - () CEP 92 - () CEP 93 - () CEP 94 - () CEP 95 - () CEP 96 - () CEP 97 - () CEP 98 - () CEP 99 - () CEP 100 - () CEP 101 - () CEP 102 - () CEP 103 - () CEP 104 - () CEP 105 - () CEP 106 - () CEP 107 - () CEP 108 - () CEP 109 - () CEP 110 - () CEP 111 - () CEP 112 - () CEP 113 - () CEP 114 - () CEP 115 - () CEP 116 - () CEP 117 - () CEP 118 - () CEP 119 - () CEP 120 - () CEP 121 - () CEP 122 - () CEP 123 - () CEP 124 - () CEP 125 - () CEP 126 - () CEP 127 - () CEP 128 - () CEP 129 - () CEP 130 - () CEP 131 - () CEP 132 - () CEP 133 - () CEP 134 - () CEP 135 - () CEP 136 - () CEP 137 - () CEP 138 - () CEP 139 - () CEP 140 - () CEP 141 - () CEP 142 - () CEP 143 - () CEP 144 - () CEP 145 - () CEP 146 - () CEP 147 - () CEP 148 - () CEP 149 - () CEP 150 - () CEP 151 - () CEP 152 - () CEP 153 - () CEP 154 - () CEP 155 - () CEP 156 - () CEP 157 - () CEP 158 - () CEP 159 - () CEP 160 - () CEP 161 - () CEP 162 - () CEP 163 - () CEP 164 - () CEP 165 - () CEP 166 - () CEP 167 - () CEP 168 - () CEP 169 - () CEP 170 - () CEP 171 - () CEP 172 - () CEP 173 - () CEP 174 - () CEP 175 - () CEP 176 - () CEP 177 - () CEP 178 - () CEP 179 - () CEP 180 - () CEP 181 - () CEP 182 - () CEP 183 - () CEP 184 - () CEP 185 - () CEP 186 - () CEP 187 - () CEP 188 - () CEP 189 - () CEP 190 - () CEP 191 - () CEP 192 - () CEP 193 - () CEP 194 - () CEP 195 - () CEP 196 - () CEP 197 - () CEP 198 - () CEP 199 - () CEP 200 - () CEP 201 - () CEP 202 - () CEP 203 - () CEP 204 - () CEP 205 - () CEP 206 - () CEP 207 - () CEP 208 - () CEP 209 - () CEP 210 - () CEP 211 - () CEP 212 - () CEP 213 - () CEP 214 - () CEP 215 - () CEP 216 - () CEP 217 - () CEP 218 - () CEP 219 - () CEP 220 - () CEP 221 - () CEP 222 - () CEP 223 - () CEP 224 - () CEP 225 - () CEP 226 - () CEP 227 - () CEP 228 - () CEP 229 - () CEP 230 - () CEP 231 - () CEP 232 - () CEP 233 - () CEP 234 - () CEP 235 - () CEP 236 - () CEP 237 - () CEP 238 - () CEP 239 - () CEP 240 - () CEP 241 - () CEP 242 - () CEP 243 - () CEP 244 - () CEP 245 - () CEP 246 - () CEP 247 - () CEP 248 - () CEP 249 - () CEP 250 - () CEP 251 - () CEP 252 - () CEP 253 - () CEP 254 - () CEP 255 - () CEP 256 - () CEP 257 - () CEP 258 - () CEP 259 - () CEP 260 - () CEP 261 - () CEP 262 - () CEP 263 - () CEP 264 - () CEP 265 - () CEP 266 - () CEP 267 - () CEP 268 - () CEP 269 - () CEP 270 - () CEP 271 - () CEP 272 - () CEP 273 - () CEP 274 - () CEP 275 - () CEP 276 - () CEP 277 - () CEP 278 - () CEP 279 - () CEP 280 - () CEP 281 - () CEP 282 - () CEP 283 - () CEP 284 - () CEP 285 - () CEP 286 - () CEP 287 - () CEP 288 - () CEP 289 - () CEP 290 - () CEP 291 - () CEP 292 - () CEP 293 - () CEP 294 - () CEP 295 - () CEP 296 - () CEP 297 - () CEP 298 - () CEP 299 - () CEP 300 - () CEP 301 - () CEP 302 - () CEP 303 - () CEP 304 - () CEP 305 - () CEP 306 - () CEP 307 - () CEP 308 - () CEP 309 - () CEP 310 - () CEP 311 - () CEP 312 - () CEP 313 - () CEP 314 - () CEP 315 - () CEP 316 - () CEP 317 - () CEP 318 - () CEP 319 - () CEP 320 - () CEP 321 - () CEP 322 - () CEP 323 - () CEP 324 - () CEP 325 - () CEP 326 - () CEP 327 - () CEP 328 - () CEP 329 - () CEP 330 - () CEP 331 - () CEP 332 - () CEP 333 - () CEP 334 - () CEP 335 - () CEP 336 - () CEP 337 - () CEP 338 - () CEP 339 - () CEP 340 - () CEP 341 - () CEP 342 - () CEP 343 - () CEP 344 - () CEP 345 - () CEP 346 - () CEP 347 - () CEP 348 - () CEP 349 - () CEP 350 - () CEP 351 - () CEP 352 - () CEP 353 - () CEP 354 - () CEP 355 - () CEP 356 - () CEP 357 - () CEP 358 - () CEP 359 - () CEP 360 - () CEP 361 - () CEP 362 - () CEP 363 - () CEP 364 - () CEP 365 - () CEP 366 - () CEP 367 - () CEP 368 - () CEP 369 - () CEP 370 - () CEP 371 - () CEP 372 - () CEP 373 - () CEP 374 - () CEP 375 - () CEP 376 - () CEP 377 - () CEP 378 - () CEP 379 - () CEP 380 - () CEP 381 - () CEP 382 - () CEP 383 - () CEP 384 - () CEP 385 - () CEP 386 - () CEP 387 - () CEP 388 - () CEP 389 - () CEP 390 - () CEP 391 - () CEP 392 - () CEP 393 - () CEP 394 - () CEP 395 - () CEP 396 - () CEP 397 - () CEP 398 - () CEP 399 - () CEP 400 - () CEP 401 - () CEP 402 - () CEP 403 - () CEP 404 - () CEP 405 - () CEP 406 - () CEP 407 - () CEP 408 - () CEP 409 - () CEP 410 - () CEP 411 - () CEP 412 - () CEP 413 - () CEP 414 - () CEP 415 - () CEP 416 - () CEP 417 - () CEP 418 - () CEP 419 - () CEP 420 - () CEP 421 - () CEP 422 - () CEP 423 - () CEP 424 - () CEP 425 - () CEP 426 - () CEP 427 - () CEP 428 - () CEP 429 - () CEP 430 - () CEP 431 - () CEP 432 - () CEP 433 - () CEP 434 - () CEP 435 - () CEP 436 - () CEP 437 - () CEP 438 - () CEP 439 - () CEP 440 - () CEP 441 - () CEP 442 - () CEP 443 - () CEP 444 - () CEP 445 - () CEP 446 - () CEP 447 - () CEP 448 - () CEP 449 - () CEP 450 - () CEP 451 - () CEP 452 - () CEP 453 - () CEP 454 - () CEP 455 - () CEP 456 - () CEP 457 - () CEP 458 - () CEP 459 - () CEP 460 - () CEP 461 - () CEP 462 - () CEP 463 - () CEP 464 - () CEP 465 - () CEP 466 - () CEP 467 - () CEP 468 - () CEP 469 - () CEP 470 - () CEP 471 - () CEP 472 - () CEP 473 - () CEP 474 - () CEP 475 - () CEP 476 - () CEP 477 - () CEP 478 - () CEP 479 - () CEP 480 - () CEP 481 - () CEP 482 - () CEP 483 - () CEP 484 - () CEP 485 - () CEP 486 - () CEP 487 - () CEP 488 - () CEP 489 - () CEP 490 - () CEP 491 - () CEP 492 - () CEP 493 - () CEP 494 - () CEP 495 - () CEP 496 - () CEP 497 - () CEP 498 - () CEP 499 - () CEP 500 - () CEP 501 - () CEP 502 - () CEP 503 - () CEP 504 - () CEP 505 - () CEP 506 - () CEP 507 - () CEP 508 - () CEP 509 - () CEP 510 - () CEP 511 - () CEP 512 - () CEP 513 - () CEP 514 - () CEP 515 - () CEP 516 - () CEP 517 - () CEP 518 - () CEP 519 - () CEP 520 - () CEP 521 - () CEP 522 - () CEP 523 - () CEP 524 - () CEP 525 - () CEP 526 - () CEP 527 - () CEP 528 - () CEP 529 - () CEP 530 - () CEP 531 - () CEP 532 - () CEP 533 - () CEP 534 - () CEP 535 - () CEP 536 - () CEP 537 - () CEP 538 - () CEP 539 - () CEP 540 - () CEP 541 - () CEP 542 - () CEP 543 - () CEP 544 - () CEP 545 - () CEP 546 - () CEP 547 - () CEP 548 - () CEP 549 - () CEP 550 - () CEP 551 - () CEP 552 - () CEP 553 - () CEP 554 - () CEP 555 - () CEP 556 - () CEP 557 - () CEP 558 - () CEP 559 - () CEP 560 - () CEP 561 - () CEP 562 - () CEP 563 - () CEP 564 - () CEP 565 - () CEP 566 - () CEP 567 - () CEP 568 - () CEP 569 - () CEP 570 - () CEP 571 - () CEP 572 - () CEP 573 - () CEP 574 - () CEP 575 - () CEP 576 - () CEP 577 - () CEP 578 - () CEP 579 - () CEP 580 - () CEP 581 - () CEP 582 - () CEP 583 - () CEP 584 - () CEP 585 - () CEP 586 - () CEP 587 - () CEP 588 - () CEP 589 - () CEP 590 - () CEP 591 - () CEP 592 - () CEP 593 - () CEP 594 - () CEP 595 - () CEP 596 - () CEP 597 - () CEP 598 - () CEP 599 - () CEP 600 - () CEP 601 - () CEP 602 - () CEP 603 - () CEP 604 - () CEP 605 - () CEP 606 - () CEP 607 - () CEP 608 - () CEP 609 - () CEP 610 - () CEP 611 - () CEP 612 - () CEP 613 - () CEP 614 - () CEP 615 - () CEP 616 - () CEP 617 - () CEP 618 - () CEP 619 - () CEP 620 - () CEP 621 - () CEP 622 - () CEP 623 - () CEP 624 - () CEP 625 - () CEP 626 - () CEP 627 - () CEP 628 - () CEP 629 - () CEP 630 - () CEP 631 - () CEP 632 - () CEP 633 - () CEP 634 - () CEP 635 - () CEP 636 - () CEP 637 - () CEP 638 - () CEP 639 - () CEP 640 - () CEP 641 - () CEP 642 - () CEP 643 - () CEP 644 - () CEP 645 - () CEP 646 - () CEP 647 - () CEP 648 - () CEP 649 - () CEP 650 - () CEP 651 - () CEP 652 - () CEP 653 - () CEP 654 - () CEP 655 - () CEP 656 - () CEP 657 - () CEP 658 - () CEP 659 - () CEP 660 - () CEP 661 - () CEP 662 - () CEP 663 - () CEP 664 - () CEP 665 - () CEP 666 - () CEP 667 - () CEP 668 - () CEP 669 - () CEP 670 - () CEP 671 - () CEP 672 - () CEP 673 - () CEP 674 - () CEP 675 - () CEP 676 - () CEP 677 - () CEP 678 - () CEP 679 - () CEP 680 - () CEP 681 - () CEP 682 - () CEP 683 - () CEP 684 - () CEP 685 - () CEP 686 - () CEP 687 - () CEP 688 - () CEP 689 - () CEP 690 - () CEP 691 - () CEP 692 - () CEP 693 - () CEP 694 - () CEP 695 - () CEP 696 - () CEP 697 - () CEP 698 - () CEP 699 - () CEP 700 - () CEP 701 - () CEP 702 - () CEP 703 - () CEP 704 - () CEP 705 - () CEP 706 - () CEP 707 - () CEP 708 - () CEP 709 - () CEP 710 - () CEP 711 - () CEP 712 - () CEP 713 - () CEP 714 - () CEP 715 - () CEP 716 - () CEP 717 - () CEP 718 - () CEP 719 - () CEP 720 - () CEP 721 - () CEP 722 - () CEP 723 - () CEP 724 - () CEP 725 - () CEP 726 - () CEP 727 - () CEP 728 - () CEP 729 - () CEP 730 - () CEP 731 - () CEP 732 - () CEP 733 - () CEP 734 - () CEP 735 - () CEP 736 - () CEP 737 - () CEP 738 - () CEP 739 - () CEP 740 - () CEP 741 - () CEP 742 - () CEP 743 - () CEP 744 - () CEP 745 - () CEP 746 - () CEP 747 - () CEP 748 - () CEP 749 - () CEP 750 - () CEP 751 - () CEP 752 - () CEP 753 - () CEP 754 - () CEP 755 - () CEP 756 - () CEP 757 - () CEP 758 - () CEP 759 - () CEP 760 - () CEP 761 - () CEP 762 - () CEP 763 - () CEP 764 - () CEP 765 - () CEP 766 - () CEP 767 - () CEP 768 - () CEP 769 - () CEP 770 - () CEP 771 - () CEP 772 - () CEP 773 - () CEP 774 - () CEP 775 - () CEP 776 - () CEP 777 - () CEP 778 - () CEP 779 - () CEP 780 - () CEP 781 - () CEP 782 - () CEP 783 - () CEP 784 - () CEP 785 - () CEP 786 - () CEP 787 - () CEP 788 - () CEP 789 - () CEP 790 - () CEP 791 - () CEP 792 - () CEP 793 - () CEP 794 - () CEP 795 - () CEP 796 - () CEP 797 - () CEP 798 - () CEP 799 - () CEP 800 - () CEP 801 - () CEP 802 - () CEP 803 - () CEP 804 - () CEP 805 - () CEP 806 - () CEP 807 - () CEP 808 - () CEP 809 - () CEP 810 - () CEP 811 - () CEP 812 - () CEP 813 - () CEP 814 - () CEP 815 - () CEP 816 - () CEP 817 - () CEP 818 - () CEP 819 - () CEP 820 - () CEP 821 - () CEP 822 - () CEP 823 - () CEP 824 - () CEP 825 - () CEP 826 - () CEP 827 - () CEP 828 - () CEP 829 - () CEP 830 - () CEP 831 - () CEP 832 - () CEP 833 - () CEP 834 - () CEP 835 - () CEP 836 - () CEP 837 - () CEP 838 - () CEP 839 - () CEP 840 - () CEP 841 - () CEP 842 - () CEP 843 - () CEP 844 - () CEP 845 - () CEP 846 - () CEP 847 - () CEP 848 - () CEP 849 - () CEP 850 - () CEP 851 - () CEP 852 - () CEP 853 - () CEP 854 - () CEP 855 - () CEP 856 - () CEP 857 - () CEP 858 - () CEP 859 - () CEP 860 - () CEP 861 - () CEP 862 - () CEP 863 - () CEP 864 - () CEP 865 - () CEP 866 - () CEP 867 - () CEP 868 - () CEP 869 - () CEP 870 - () CEP 871 - () CEP 872 - () CEP 873 - () CEP 874 - () CEP 875 - () CEP 876 - () CEP 877 - () CEP 878 - () CEP 879 - () CEP 880 - () CEP 881 - () CEP 882 - () CEP 883 - () CEP 884 - () CEP 885 - () CEP 886 - () CEP 887 - () CEP 888 - () CEP 889 - () CEP 890 - () CEP 891 - () CEP 892 - () CEP 893 - () CEP 894 - () CEP 895 - () CEP 896 - () CEP 897 - () CEP 898 - () CEP 899 - () CEP 900 - () CEP 901 - () CEP 902 - () CEP 903 - () CEP 904 - () CEP 905 - () CEP 906 - () CEP 907 - () CEP 908 - () CEP 909 - () CEP 910 - () CEP 911 - () CEP 912 - () CEP 913 - () CEP 914 - () CEP 915 - () CEP 916 - () CEP 917 - () CEP 918 - () CEP 919 - () CEP 920 - () CEP 921 - () CEP 922 - () CEP 923 - () CEP 924 - () CEP 925 - () CEP 926 - () CEP 927 - () CEP 928 - () CEP 929 - () CEP 930 - () CEP 931 - () CEP 932 - () CEP 933 - () CEP 934 - () CEP 935 - () CEP 936 - () CEP 937 - () CEP 938 - () CEP 939 - () CEP 940 - () CEP 941 - () CEP 942 - () CEP 943 - () CEP 944 - () CEP 945 - () CEP 946 - () CEP 947 - () CEP 948 - () CEP 949 - () CEP 950 - () CEP 951 - () CEP 952 - () CEP 953 - () CEP 954 - () CEP 955 - () CEP 956 - () CEP 957 - () CEP 958 - () CEP 959 - () CEP 960 - () CEP 961 - () CEP 962 - () CEP 963 - () CEP 964 - () CEP 965 - () CEP 966 - () CEP 967 - () CEP 968 - () CEP 969 - () CEP 970 - () CEP 971 - () CEP 972 - () CEP 973 - () CEP 974 - () CEP 975 - () CEP 976 - () CEP 977 - () CEP 978 - () CEP 979 - () CEP 980 - () CEP 981 - () CEP 982 - () CEP 983 - () CEP 984 - () CEP 985 - () CEP 986 - () CEP 987 - () CEP 988 - () CEP 989 - () CEP 990 - () CEP 991 - () CEP 992 - () CEP 993 - () CEP 994 - () CEP 995 - () CEP 996 - () CEP 997 - () CEP 998 - () CEP 999 - () CEP 1000 - () CEP 1001 - () CEP 1002 - () CEP 1003 - () CEP 1004 - () CEP 1005 - () CEP 1006 - () CEP 1007 - () CEP 1008 - () CEP 1009 - () CEP 1010 - () CEP 1011 - () CEP 1012 - () CEP 1013 - () CEP 1014 - () CEP 1015 - () CEP 1016 - () CEP 1017 - () CEP 1018 - () CEP 1019 - () CEP 1020 - () CEP 1021 - () CEP 1022 - () CEP 1023 - () CEP 1024 - () CEP 1025 - () CEP 1026 - () CEP 1027 - () CEP 1028 - () CEP 1029 - () CEP 1030 - () CEP 1031 - () CEP 1032 - () CEP 1033 - () CEP 1034 - () CEP 1035 - () CEP 1036 - () CEP 1037		

05/11/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-11-05&contar=2025130&IDC=61305



GOVERNO
DA PARANÁ

CNPJ: 10.848.190-0001-55

Data: 05/11/2019

Horas: 15:23:28

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

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

Clinica: 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	X 00 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	X 13 01
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	X 18 01
5	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	00
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
PACIENTE NOVAMENTE
ACHA FAVORAVEL

af

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-11-05&contar=2025130&IDC=61305

1/1



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. 14



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 RI

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 PARAÍBA

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 DIR - 7

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 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	12/18/24/06
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12/18/24/06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12/18/24/06
	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	12/18/24/06
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	(06) não usar pi e setor! ote

EVOLUÇÃO

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

#ORTOPEDIA#
FRATURA ESCAFOIDE A DIR

PACIENTE EVOLUINDO BEM ESTAVEL
COM TALA AXILO PALMAR

EVAC:+

DOR:+

PRÉ OP :OK

CONDUTA: VPM
AGUARDA CIRURGIA PRGRAMADA PARA TERÇA FEIRA A TARDE

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



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. 16

6.1

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Governo da Paraíba	ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES
NÚMERO 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 - CNPJ				
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				
ENDERECO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4799				
BAIRRO: MÁLVINAS CEP: 59432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB 2:5				
PACIENTE: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES				
ENDERECO: R. MANOEL MARQUES TAVIRA				
BAIRRO: GALANTE				
DADOS CLÍNICOS: TRAUMA NA PELVE, RX LOCAL.				
EXAMES SOLICITADOS: RX PELVE, RX, TAC, URGÊNCIA				
TERAPIA EXAMINAR RX,				
CAMPINA GRANDE - PB 01/11/2019 Hora: 07:50:51				
Médico: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)				



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. 17



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
0327

Hospital: _____ Código: _____

Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____

Paciente: Dra. Ana Paula

Data da Cirurgia: / / Nº prontuário: 1018910 Convênio:

Cirurgião: _____ Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

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



SUSSistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO 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 - 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

ENDERECO: 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 Araujo

SUSSistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO 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 - 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

ENDERECO: 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 Araujo



SEGURO
DA PARAÍBA - O Trabalho é o Brasil

SETOR DE ORIGEM:	Quarto Operatório
NOME:	Dra. Sônia Lúcia Almeida Siqueira
PROCEDIMENTO:	
AVP: LOCAL:	WSE GELCO Nú. AVC JEUS
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 checked="" type="checkbox"/> PERTENÇES
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA
TERMO DE CONSENTIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:





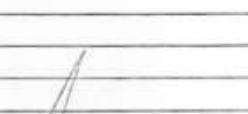
GOVERNO
DA PARAÍBA

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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Diego Duvalen Nunes Soárez	Idade:	24
Convênio:		Data:	05/11/19
Procedimento:	Ressecção de Faringocele nasal		
Cirurgião:	Dra. Camarão	Auxiliar:	Dra. Wagner
Anestesista:	Dra. Ana Paula		
Inicio:	14:15	Término:	15h
		Anestesia:	Regional plexo

Observações:	
	
Assinatura Anestesista	Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MDD-183





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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10



3806

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Diego Davi ton Alves Soárez DN 13-07-98

QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAÍBA
		Ses	24aa	2024946	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CIRURGIA	<i>11 - Cog. el Fígado</i>		CIRURGIÃO	<i>Dr. Luiz Henrique</i>	
	<i>Tecido</i>			<i>Dr Wagner</i>	
ANESTESIA	<i>Al.plexo.</i>		ANESTESIA	<i>D - Diego</i>	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM		
<i>Fluxo</i>	<i>05-11-19</i>	<i>14:15</i>	<i>15:00</i>		

Qty.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calef. p/ Oxiq.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimoré amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
01	Velantina amp.	Cotonoides		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
02	<i>Serofármaco 2% ml</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nutabain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protocolo l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
02	Rapién amp	H.O. ml	01	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qty.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serfix	
04	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
01	<i>Fluconid amp</i>	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Gramicidina amp.	Luvas 8.5 <i>Próximas</i>			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.	Poifix			
	Haemaccel ml	PVPI Degemerante ml			
	Heptamerol ml	PVPI Tópico ml	Qty.	SOROS	
	Kanakinamp	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor <i>elias</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	02	SG lf 500 ml	
	Revivan amp	Sonda			
	Stupitanor amp	Sonda Foley	Qty.	ORTSESE E PRÔTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica		<i>Bloco de abd.</i>	
		Sonda Uretral n°		<i>Próxima de</i>	
		Steridrem ml		<i>Abd.</i>	
		Torneirinha			
Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	<i>05 ml</i>			
	Aguilha p/ raque n°				
05	Alcool da Enfermagem	70%			
	Alcool Iodado ml				
01	Ataduras de Crepon	15			
01	Ataduras de Gessada	10			
	Azul metileno amp.				
	Butaparafat				

- EQUIPAMENTOS
- Oxímetro de Pulso
 - Foco Auxiliar
 - Serra
 - Eletrocautério
 - Desfibrilador
 - Oxicapiógrafo
 - Foco Frontal
 - Cardiomonitor
 - Fonte de Luz
 - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanda Lúcia B. Medeiros
TÉC DE ENFERMAGEM
COREN - PR 703.722

Vanda

MOD USE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Diego Denton Nunes, Sírios</i>			IDADE	SEXO	COR	
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAIS	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITO	ULCEREMA	UREIA		OUTROS	
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITIS	
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO		DENTES	PERÍODO	AP. UTRINHO				
ESTADO MENTAL		ATÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: <i>Fr de Escorpião</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES:					<i>—</i>			
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <i>—</i>					APLICADA	AÉ	EFEITO	
10h		15h						
AGENTES ANESTÉSICOS	0°						INDUÇÃO	
							Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____	
LÍQUIDOS	SP						Laringo: espasmo: _____ Lenta: _____	
	SP						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
						Outros: _____	MANUTENÇÃO	
VIGOR: V.P. ARTERIAL: I.P.O. - RESPIRAÇÃO: AX. ANESTÉSIA: O. OPERAÇÃO:	260						<i>Cafezinho 2g berant 10g Dipirona 2g Novocaina 10g</i>	
	240							
220								
200								
180								
160								
140								
120								
100								
80								
60								
40								
20								
0								
						ANESTESIA SATISF.: Sim: _____ Não: _____		
						Não, por quê? _____		
						DESPERTAR		
						Reflexos na SO: _____		
						Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____		
						Náuseas: _____ Vômitos: _____		
						Outros: _____		
						Com cânula: _____		
						Pato o Leito: Sim: _____ Não: _____		
						CONDIÇÕES: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:								
POSIÇÃO: <i>DDH</i>								
AGENTES: <i>Benzodiazepíneos + sedativo</i>								
TÉCNICA: <i>Blaszko anterior</i>						CÂNULAS: <i>B</i>		
OPERAÇÃO: <i>Trat curativo de Fr de Escorpião D</i>						<i>9641AB.</i>		
CIRURGIOS: <i>Guilherme e Wagner</i>								
ANESTESESTAS: <i>Diego Hugol</i>								
OBSERVAÇÕES: <i>—</i>								
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA: _____			

008

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



05/11/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRATAMENTO URGENTE FERNANDES
Av. Mst. Flávio Pernamb. 4700 - Marambaia, Cuité-Grajaú - PB
CEP: 58.770-200
Wagner Luiz Egito de Araújo

CNPJ: 08.776.208.0019-52
Data: 05/11/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 121548

DATA DA CIRURGIA: 05/11/2019

Número do Atendimento: 2025130 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Leit: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Data da Internação: 28/10/2019

Atendimento: 2025130

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE ESCAFOIDE

Diagnóstico 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 + FINAÇÃO

COM PARAFUSO DE HERBERT NUMERO 28 SOB ESCOPIA

05 CURATIVO

06 TALA

Data 05/11/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araújo

10.1.1.148/projetohtcg/imprevedescrit.php?ID=5174&contar=2025130

1/1

ANOTACÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOMÉ DISTENDIDO () ANOREXIA () DIFÍCIL EVACUAR () DOR ABDOMINAL
DEFÍCIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUIZO NEUROMUSCULAR () DEF. OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPÓREA ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUIZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		INTESTINAL EPICAZ
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	A 08:00	AUXÍLIO DIÁRIO AS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLOGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		REDIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	08:00	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 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 () DISTURBIO NEUROLOGICO

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 ORTOPEDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL: Ex Encopside (1)

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:

AL1. VISÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

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

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

DEDEMA: () 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: () INTEGRA () 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 PSICOSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

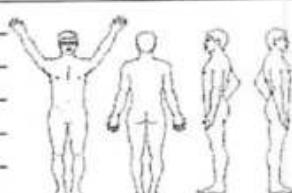
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:

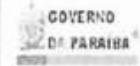
RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
08:00	140/90	36.6	96	—	—	—	—	—	—	Eduardo	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



8. DIAGNOSTICO E PRESCRIGO DE ENFERMAGEM		ANOTACOES/INTERCORRENCIAS DE ENFERMAGEM:	
DIAGNOSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERISCA DEFINIDORAS	
PADRÃO RESPIRATO	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA	() ALTERAÇOES NA PROFUNDIDADE RESPIRATORIA () DROGOFILIA NO INERCIAZ	() DEFICIT NO AUTO-
CUIDADO P PARA	() OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO	() PREJUIZO NEUROMUSCULAR () DOR
BANHO	() OUTROS	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() OUTRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUIMICOS)	() ALTERAÇOES NA PRESSAO SANGUINEA	() RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMINA	() ANESTESIA () DESIDRATAGAO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPO-	() OUTRO
CUIDADO P PARA	() OUTRO	() RALACMA DOS PARAMETROS NORMAIS	() TAQUICARDIA () TACHIPNEIA
BANHO	() OUTROS	() OUTRO	() INTERRADA DE DIADE () CIRCULAGAO PREJUDICADA
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUIMICOS)	() ALTERAÇOES NA PRESSAO SANGUINEA	() HIPOTERMINA () IMOBILIZAGAO FISICA () OUTRO
HIPERTERMINA	() ANESTESIA () DESIDRATAGAO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPO-	() ROMPIMENTO DA SUPERFICE DA PELA
CUIDADO P PARA	() OUTRO	() RALACMA DOS PARAMETROS NORMAIS	() DESTRUIÇAO DE CAMADAS DA PELA () OUTRO
BANHO	() OUTROS	() OUTRO	() EXPEDIRICIA () ASCITE () AQUEMADURA () VOMITO () DIARRÉIA
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUIMICOS)	() ALTERAÇOES NA PRESSAO SANGUINEA	() RELEVO BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO
HIPERTERMINA	() ANESTESIA () DESIDRATAGAO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPO-	() ENCAMINHAR BANHO NO CHUVERIO
CUIDADO P PARA	() OUTRO	() OUTRO	() OBSERVAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO
BANHO	() OUTROS	() OUTRO	() MELHORAR DE HIGIENE
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUIMICOS)	() PADRÃO RESPIRATORIO EFICAZ	() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇOES DE PERFUSAO PERIFERICA
HIPERTERMINA	() ANESTESIA () DESIDRATAGAO () TRAUMA	() MELHORAR PERFUSAO TISSULAR	() MANUTENCAO DA TEMPERA-
CUIDADO P PARA	() OUTRO	() COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%	() APoS ADMINISTRAR ANTITERMICOS, AVALLAR E REGISTRAR OS RE-
BANHO	() OUTROS	() PADRÃO RESPIRATORIO EFICAZ	() MEDICA E REVITALRAR A DOR APoS ADMINISTRAGAO DA MEDICAGAO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUIMICOS)	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELA	() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACCORDO COM A NECESSIDADE
HIPERTERMINA	() ANESTESIA () DESIDRATAGAO () TRAUMA	() SULTADOS	() MELHORRAR A INTEGRIDADE DA PELA
CUIDADO P PARA	() OUTRO	() SULTADOS	() VERIFICAR CONDIÇOES DE HIDRATAGAO DO PACIENTE(MUCOSA, DEMA, PULSO)
BANHO	() OUTROS	() SULTADOS	() (VERIFICAR CONDIÇOES DE HIDRATAGAO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSI-
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUIMICOS)	() OUTRO	() (REALIZAR ACESO VENOSO PERIFERICO A CADA 72HS
HIPERTERMINA	() ANESTESIA () DESIDRATAGAO () TRAUMA	() PARASINTIAS FLOGISTICOS	() PARASINTIAS FLOGISTICOS
CUIDADO P PARA	() OUTRO	() OUTRO	() TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAGAO
BANHO	() OUTROS	() OUTRO	() (ASSISTRA NO ANDAR E NA TRANSFERENCIA?) RISCO DE QUEDA? () SIM () NAO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUIMICOS)	() OUTRO	() ASSISTRA NO ANDAR E NA TRANSFERENCIA?
HIPERTERMINA	() ANESTESIA () DESIDRATAGAO () TRAUMA	() OUTRO	



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

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:

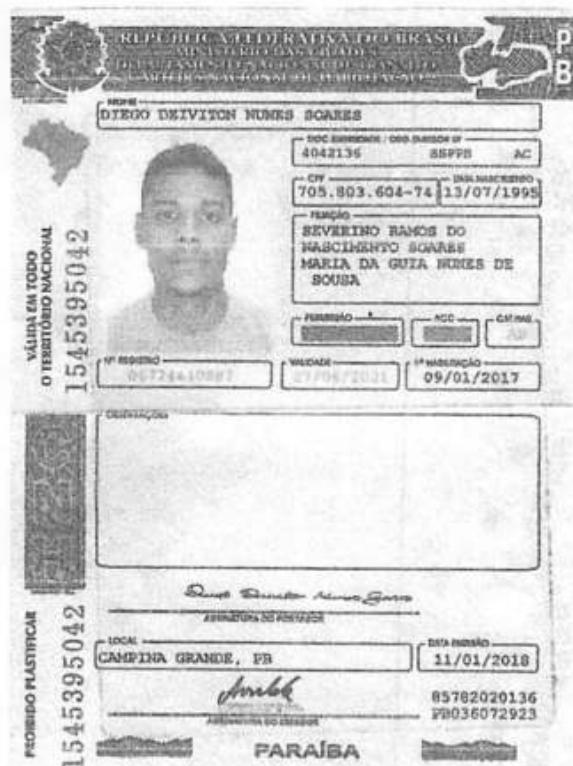
Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

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

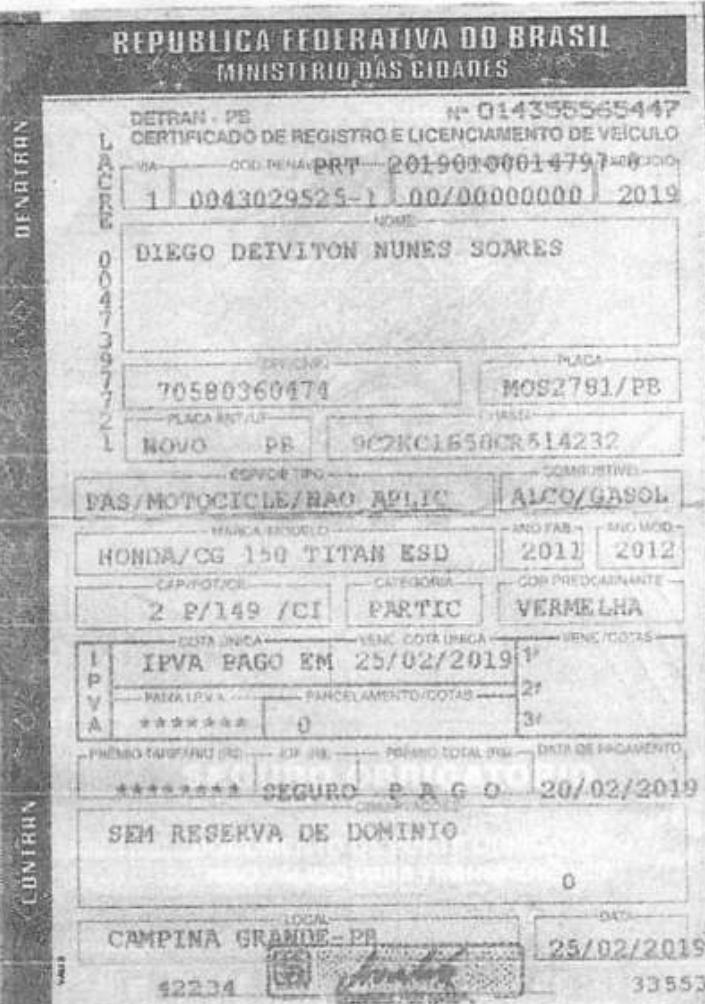
Observações: - Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras oca, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.





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. 30



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 DATA EMISSÃO
2019 25/02/2019

70580360474	MOS2781/PB	
RENAULT	MARCA/MODELO	
00430295251	HONDA/CG 150 TITAN ESD	
ANO/FAB.	DATA	Nº CHASSIS
2011	9	9C2KC1650CR514232

PRÉMIO TARIFÁRIO		
PNS (R\$)	DINHEIRO (R\$)	CUSTO DO DESEJO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO SEGURO (R\$)	100 (R\$)	VALOR PÓS DESJADO (R\$)

SEGURO		P A G O
PAGAMENTO		DATA DEQUITACAO
DATA UNICA	PARCIALIZADO	20/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DEVAT

CHN2023-00240-006/0001-00

卷之三



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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



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. 33



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8^a 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 DEVITON 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 indenitária 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/05/2021 11:37:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050311375419900000040503666>
Número do documento: 21050311375419900000040503666

Num. 42571164 - Pág. 1

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 Excelênci, 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/05/2021 11:37:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050311375419900000040503666>
Número do documento: 21050311375419900000040503666

Num. 42571164 - Pág. 2