



Número: **0851696-98.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SIDNEI LAURENTINO DA SILVA (AUTOR)	MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO) HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37976 114	17/12/2020 13:20	<u>Petição</u>	Petição
37976 115	17/12/2020 13:20	<u>2772818_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
37976 116	17/12/2020 13:20	<u>2772818_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:19:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713195814500000036221657>
Número do documento: 20121713195814500000036221657

Num. 37976114 - 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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190256993 **Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA**

Data do Acidente: 18/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01469/01470 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 14139445



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:20:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713195947600000036221658>
Número do documento: 20121713195947600000036221658

Num. 37976115 - 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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190256993

Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01961/01962 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14141257



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:20:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713195947600000036221658>
Número do documento: 20121713195947600000036221658

Num. 37976115 - Pág. 2



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, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190256993 **Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA**

Data do Acidente: 18/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 033

Agência: 000003175

Conta: 000001044084-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Nº Sinistro: 3190256993

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190256993**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

00040916

Carta nº 14490944





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

SS2-515 874-99	SIDNEI LAURENTINO DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
SIDNEI LAURENTINO DO RIO S. LVO	552 515 874-49		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
MOTORISTA	R/DO DA BRISA	S/N	
Barro:	Cidade:	Estado:	CEP:
COLINA DO SUL	SOBRO FESSP	R/ B	580193 86
E-mail:	Tel.(DDD): 83 9 8855 8273		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL: RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os Bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (201) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: SANTANDER

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 descreva-se.

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:

Conselho de Desenvolvimento Social e Cidadania - Vila Rica, devido a comunicação inicial, o Conselho de Desenvolvimento Social e Cidadania - Vila Rica, devido a comunicação inicial, informa o nome correto:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____

Vivos: _____ **Falecidos:** _____ **Herdeiros (verifique):** _____ **para efeitos vivos:** _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 correção monetária, da respectiva multa e da aplicação da penalidade de 200% do valor da indenização.

Registre a data e o nome do(a) paciente.	Local e Data: <u>Feira de Santana, 07/03/2019</u>
Nome:	<u></u>
CPF:	<u></u>
Sexo:	<u></u>
Idade:	<u></u>
Profissão:	<u></u>
Endereço:	<u></u>
Telefone:	<u></u>
Altura:	<u></u>
Peso:	<u></u>
Óbito:	<u></u>
Óbito:	<u></u>

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____

CPF:	674.444-111-11
Assinatura:	
2º Nome:	PROTÓCOLO
CPF:	123.456.789-00
Assinatura:	

Accordos 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.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

1^ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02611.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02611.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 12:45 horas do dia 07 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Marcia Angela da Silva Mendes**, CPF nº 110.221.044-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Severina Paulo da Silva e Mario Suzano Mendes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/11/1992 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Brisa, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Colinas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98736-6802.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Adão Viana da Rosa, XXX, João Pessoa/PB, bairro Grotão; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/09/18 17:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 18/09/2018, POR VOLTA DAS 17:15, O SENHOR SIDNEI LAURENTINO DA SILVA, PORTADOR DO CPF 552515874-49 (DE QUEM É PROCURADORA), ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA CROSSER DE COR CINZA, ANO 2014/15, PLACA OFY-0983/PB, CHASSI 9C6DG2510F0024736, REGISTRADA EM NOME DE CARLOS ALBERTO M. DO MONTE, PORTADOR DO CPF 060950338-37, O QUAL GUIAVA A MOTOCICLETA NA OPORTUNIDADE, QUANDO PASSAVAM PELA RUA ADÃO VIANA DA ROSA, GROTÃO, NESTA CAPITAL, MOMENTO EM QUE UMA CRIANÇA FOI ATRAVESSAR A RUA FAZENDO COM QUE O PILOTO DA MOTOCICLETA PRECISASSE ACIONAR O FREIO DA MESMA. E POR CONTA DISSO O SENHOR SIDNEI LAURENTINO DA SILVA CAIU DA MESMA, VINDO A SER SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S72.3 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLEDO.

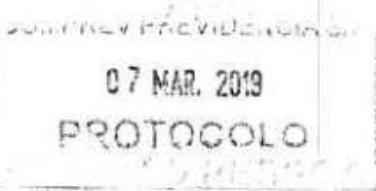
Sendo o que havia a constar, cientificad(o) a(s) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de março de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

MARCIA ANGELA DA SILVA MENDES

Noticiante



Procedimento Policial: 02611.01.2019.1.00.401

1/1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

552.515.874-49

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA CPF: 552.515.874-49
 Profissão: MOTORISTA Endereço: Número: SIN Complemento:
 Barro: COLINA DO SUL Cidade: SORR PESSO Estado: PB CEP: 58069386
 E-mail: 83 98875 8272

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 9
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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:

MORTE

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 Lider 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.

Impresso:
 Local e Data: *João Pessoa, 07/03/2019*
 Nome: *Sidnei Laurentino da Silva*
 CPF: *552.515.874-49*

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Sidnei Laurentino da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: *Edilene* CPF: *074.111.610-03*

2º | Nome: *PROTÓCOLO* CPF: *705.250.000-03*

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 RODO, 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.





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 810/039, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2198859, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente SIDNEI LAURENTINO DA SILVA idade 51 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 18/09/2018, na R. Adão Viana da Rosa, Bairro: Grotão - João Pessoa - aproximadamente às 17:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 08 de Outubro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

07 MAR. 2019
PROTÓCOLO
DE PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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: 16/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03175

CONTA: 000001044084-9

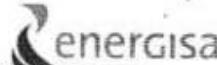
Nr. da Autenticação 378F208D7C541CD7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:20:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713195947600000036221658>
Número do documento: 20121713195947600000036221658

Num. 37976115 - Pág. 9

MARCIO SILVA DE OLIVEIRA
RUA DA BRISA, S/N - COLINAS DO SUL
JOAO PESSOA / PB CEP: 58088286 (AG. 1)
Emissao: 20/02/2019 - Referencia: 3ev / 2019



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade/Suburb: RESIDENCIAL / Bairro: FRENDA MONOFÁSICO/B200 Km:25 - Custo Referencial: 1,50/Peseta/PE-CEP:58071-400
CNPJ:09.095.193/0001-40 - Insc Est: 16.016.623-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°20.520.540
Cada. para DBB. Automática: 50018292748

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196

www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANE
Fev / 2019	20/02/2019	21/03/2019	066.115.694-80 Insc Est:

51829274-8

Canal de contato

- Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.
Ao perceber atraso das contas, acesse durante o dia, ouras escusas a noite, informe à prefeitura da sua cidade, cidade da furnação pública e responsabilidade do município. Não hesite!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
23/01/19 2624	20/02/19 3703		79	39
Demonstrativo				
001 - Descrição Quantidade Tarifa pr. Valor Base Cac. Alq. base(R\$) Base Cac. Preço(R\$) Custo(R\$)				
0801 Consumo ate 30kWh-BR	30.000 0.203980	8,11	0,00	0,00
0801 Consumo -31 a 100kWh-BR	49.500 0.307980	17,13	0,00	0,00
0810 Subsídio		22,79	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIB SERV LUM PÚBLICA		0,03	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 01/2019		0,07	0,00	0,00
0805 MULTA 01/2019		0,00	0,00	0,00
0806 Devolução Subsídio		-21,52	0,00	0,00

COLUNAS DE CLASSIFICAÇÃO: TOTAL VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
105 27/02/2019 R\$ 26,08

176 | 173 | 105 | 108 | 54 | 72 | 71 | 59 | 18 | 140 | 70 | 30
Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

11 SERVICO AO PÚBLICO

0cf3.b415.e35f.75b8.caba.f771.ab3e.da26.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	5,21	0,00	NOMINAL	7,79	25,98
DIG TRIMESTRAL	10,87	NOMINAL	220	11,17	42,80
DIG ANUAL	21,26	NOMINAL		1,21	4,64
FIC MENSAL	3,30	0,00	CONTRATADA	1,64	7,26
FIC TRIMESTRAL	6,60	0,00	LIMITE INFERIOR	4,13	15,94
FIC ANUAL	13,20	0,00	LIMITE SUPERIOR	9,00	32,00
DIGC	3,03	0,00		Total	26,08 100,00
DIGC	17,25				

ANEXO

- Sua unidade foi faturada certo Bônus Ponto, tendo um desconto de R\$21,00
- Leitura conf. criada

07 MAR 2019
PROTÓCOLO
SUELI MOREIRA TORRES



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintes: 0800 021 91 35

Eu, Carlos Alberto Magalhães do Monte,
RG nº 11723 621-37, data de expedição 15/07/1983
Órgão SP, portador do CPF nº 060.950.338-37
com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Deputado Manoel Sávio de Oliveira Filho, nº 85,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Sidnei Laurentino da Silva, cujo o condutor era
Carlos Alberto Magalhães do Monte.
Veículo: moto Modelo: Yamalita XTZ Ano: 2015
Placa: OFY 0983 Chassi: 9L6DG2510F0024736
Data do Acidente: 18/09/18

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconhecer por Autenticidade a firma de CARLOS ALBERTO
MAGALHÃES DO MONTE, [34498], J.Pessoa-PB, 07/03/2019
08:56:32 Emol R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,98.
ISS:R\$0,50/ Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO
PENELVA SILVA. Selo Digital AIF96323-99MR Consulte a
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLO
07 MAR 2019
PROTOCOLO





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOALIS

NOME DO PACIENTE SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 15/10/66

NOME DA MÃE SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 111159

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1109330

DATA DO ATENDIMENTO 18/09/18

HORA DO ATENDIMENTO 18:25

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR ESQ.

CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SENDO MAIS ACENTUADA A NÍVEL DA COXA. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS E REALIZADOS

RX TORAX, RX JOELHO ESQ., RX Perna ESQ., RX ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL ESQ.

USG(FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA ESQ. - FRATURA DA DIÁFISE FÉMUR

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQ.

ALTA HOSPITALAR: 28/09/18
DATA DA EMISSÃO: 05/12/18

07 MAR 2019
PROTÓCOLO
CIRURGICO

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO
CRM: 1873/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 69 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1109330



Identificação do paciente						
ID 1327507	Nome SIDNEI LAURENTINO DA SILVA	Sexo Masculino				
Data de nascimento 15/10/1966	Idade 51 anos 11 meses 3 dias	Estado civil	Religião: Prontuário			
Mãe SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA			Pai SEVERINO LAURENTINO DA SILVA			
Escolaridade		Responsável (Parentesco) CLAUDINEI LAURENTINO - IRMÃO(A)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 886151379	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1084926	Nº Cns 206597155590018				
Local de procedência COLINAS DO SUL		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade SÃO BERNARDO DO CAMPO	CBO/R				
Endereço						
CEP 58079820	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CUIABÁ			
Número 14	Complemento		Bairro GROTÃO			
Admissão						
Data e Hora 16/09/2018 18:25:48	Número da pulseira 1000006937002	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica				
Classificação de risco		Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA X	mmHg	P脉	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente em entrada na Unidade, trazido pelo SAMU, com evolução de Acidente de moto						
Diagnóstico						
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						
Imprimir						





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

1 07 May 2013

07 MAR 2019

PROTOCOLO

110 PESSOAS

MAJORES E CAPAZES

MEETINGS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Edmundo Klemencic

BE: 109033c

II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por **Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados**, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - PÓ RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º –O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

SERVIÇOS PREVIAUDAS S.A.

07 MAR. 2013

PROTÓCOLO

DE PESSOA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

MEETSHL

Artigo 4º - O **médico** informará ao **paciente**, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável da sua doença.

Artigo 5º - Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do **paciente**, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios.

§ 1º - Quando ocorrer discordância quanto à aplicação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

§ 2º - O **paciente** tem direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

§ 3º - No caso de revogação do consentimento, o **paciente** se manifestará por escrito, devendo este documento ser arquivado no respectivo prontuário.

§ 4º - Quando o **paciente** se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital, cessará a responsabilidade do médico quanto às consequências decorrentes desta recusa.

Artigo 6º - No caso de se tornar ou for maior incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, o paciente deverá se fazer representar pelo seu **REPRESENTANTE LEGAL**, conforme determinação legal ou judicial, quando for o caso:

Nome: *Suelio Moreira Torres (representante)*

Endereço: *Rua da Balsa n.º 512*

Telefone: *(23) 98641-6625* e-mail: *suelio@sel*

§ 1º - O **REPRESENTANTE LEGAL** será a pessoa a quem o **paciente** confiará atomada de decisões, ou por determinação judicial, podendo ser parente ou não.

§ 2º - Cabe ao paciente e ao seu Representante Legal a incumbência de comprovar o seu **Representante Indicado**.

Artigo 7º - Em caso de iminente risco de morte ou iminente risco de perda de qualidade de vida, encontrando-se o **paciente** incapacitado de tomar decisões, o **médico** estará autorizado a adotar condutas, até que o **Representante Indicado** possa se manifestar.

Artigo 8º - O prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizada.

Artigo 9º - O **paciente** tem direito de obter relatório contendo as informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação junto ao Setor de Laudos.

Artigo 10 - O **paciente** tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo ser revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES



HEETSHL

Artigo 11 - Após a alta médica, o paciente deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12 - Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O paciente ou o seu representante legal e os profissionais da saúde do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

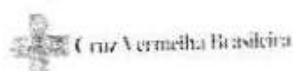
João Pessoa, 19/09/2018

Paciente - RG

Suelina Moreira Torres

Representante Legal - RG





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente SIDNEI LAURENTINO DA SILVA	BAE 1109330	Data/Hora Entrada 18/09/2018 18:25:48	Data Baixa
Data de nascimento 15/10/1966	Idade: 51a 11m 3d	Sexo Masculino	CNS 206597155590018
Mãe SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986151379
Enderço CUIABA, 14	Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	Nº Cons. Regional 9985/PB
Data/Hora Classificação 18/09/2018 18:25:48		Data/Hora Prescrição 18/09/2018 18:39:57	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, TRAZIDO AO SERVIÇO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR DIFÍCILDE DE MOBILIZAÇÃO DO MIE. NEGA DOR ABDOMINAL OU DOR TORÁCICA, NEGA PERDA DE

INSCIÊNCIA, CEFALÉIA OU VÔMITOS. NEGA ALERGIAS, APRESENTA EDEMA E CREPTAÇÃO À MOBILIZAÇÃO

DO JOELHO ESQUERDO. REFERE FRATURA PRÉVIA NO FÉMUR ESQUERDO. AO EXAME:

A: SEM COLAR CERVICAL OU PRANCHA RÍGIDA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.

B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLAR À PALPAÇÃO. SEM ABRASÕES OU

CREPITAÇÕES.

C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO. ABDOME PLANO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELVE

ESTÁVEL.

D: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIZAÇÃO DE MIE PREJUDICADA.

E: SEM SOLUÇÕES DE CONTINUIDADE, MIE IMOBILIZADO COM TALA FLEXÍVEL.

CONDUTA:

1) RX DE JOELHO ESQUERDO/ COXA ESQUERDA/ PERNA ESQUERDA/ RX TÓRAX/ USG FAST

2) PAREcer DA ORTOPEDIA

3) ANALGÉSIA

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

CUIDADOS

OLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Conduta

Em observação

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 18/09/2018 18:28:20

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

1/2

CRM - PB
DR. CLAUDIO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR



vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente SIDNEI LAURENTINO DA SILVA		BAE 1109330	Data/Hora Entrada 18/09/2018 18:25:48	Data Baixa
Data de nascimento 15/10/1966	Idade 51a 11m 3d	Sexo Masculino	CNS 206597155590018	Telefone de Contato (83) 986151379
Mãe SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA		Prontuário		
Endereço CUIABA, 14		Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 3374/PB	
Data/Hora Classificação 18/09/2018 18:25:48		Data/Hora Prescrição 18/09/2018 20:48:22		
namnese CONTINUAÇÃO ATENDIMENTO ALTA DA CIRURGIA GERAL, <i>UBATES PI CUMOX TACUJO</i> .				
Conduta		Em observação		

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE
(CRM-PB. 3374)

Wandeberg G. de Albuquerque,
Cir. Geral
CRM-PB. 3374



Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 18/09/2018 18:28:20





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: SUELIO MOREIRA TORRES BE/Prontuário: 110
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: ESTUQUE _____
 Cirurgião: LTZOU - Inácio 1º Assistente: ELIAS
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>ESTUQUE</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>ESTUQUE</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa: 26/10/15



HEBESHE *Nigrilugine*

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 26/10/18

PRONTUÁRIO: 1104330

SENO: M COR: 100000 IDADE: 51

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:20:00

Assinado eletronicamente por: SUELIC MOREIRA TORRES 17/12/2020 15:20:00
<http://pie.tipp.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713195947600000036221658>

Número do documento: 20121713195947600000036221658

Núm. 37976115 - Pág. 21

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conducta-

Enchambramiento:

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa. 100

U(NG)ASCIIR.009-1

Dr. Edson D. Throop
ORTOPEDICO E TRAUMATOLOGO
CLINICA DA MÃO E MICO-ORTOPEDICO
CAMPUS FATEC



ex: DCS/DHS Richard T.M. Bianguica

01- placa DCS c/14 pines

01- parafuso deslizante n.º 80

01- eletroca pino

01- parafuso expõe n.º 80

01- " eentral n.º 42

02- " " n.º 44

01- " " n.º 46

03- pines de Kirchner made com opção

ortelife

01- parafuso canulado 6x7.0 n.º 80 clavado

~~Assinado por: Suelio Moreira Torres
Tabelião de Notar
COREN-PB 256.852~~



Nota de Sala Cirúrgica



Suelmo Moreirinha da Silva

51 1119330 01/01/2020

ESTERILIZADA

LEITO

Tratamento cirúrgico de fistula de juba de fêmea adulta espermatófita

ANESTÉSICO: *selecionar*
ESTERILIZADOR: *selecionar* + *selecionar* R1

ESTERILIZADOR:

DATA: 05/03/18 HORA: 10:00 ANESTÉSICO: ANESTÉSICO SELE

ESTERILIZADOR: 08/03/18

INDICAÇÃO: CIRURGIA - ANESTÉSICO: ANESTÉSICO SELE

ORIGEM: CLÍNICA - CLÍNICA - CONTAMINADA - INFECTADA - POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
SELE		SELCON 14			
SELE		SELCON 20			
SELE		SELCON 22			
SELE		SELCON 24			
SELE		SELCON 26			
SELE		SELCON 28			
SELE		SELCON 30			
SELE		SELCON 32			
SELE		SELCON 34			
SELE		SELCON 36			
SELE		SELCON 38			
SELE		SELCON 40			
SELE		SELCON 42			
SELE		SELCON 44			
SELE		SELCON 46			
SELE		SELCON 48			
SELE		SELCON 50			
SELE		SELCON 52			
SELE		SELCON 54			
SELE		SELCON 56			
SELE		SELCON 58			
SELE		SELCON 60			
SELE		SELCON 62			
SELE		SELCON 64			
SELE		SELCON 66			
SELE		SELCON 68			
SELE		SELCON 70			
SELE		SELCON 72			
SELE		SELCON 74			
SELE		SELCON 76			
SELE		SELCON 78			
SELE		SELCON 80			
SELE		SELCON 82			
SELE		SELCON 84			
SELE		SELCON 86			
SELE		SELCON 88			
SELE		SELCON 90			
SELE		SELCON 92			
SELE		SELCON 94			
SELE		SELCON 96			
SELE		SELCON 98			
SELE		SELCON 100			
SELE		SELCON 102			
SELE		SELCON 104			
SELE		SELCON 106			
SELE		SELCON 108			
SELE		SELCON 110			
SELE		SELCON 112			
SELE		SELCON 114			
SELE		SELCON 116			
SELE		SELCON 118			
SELE		SELCON 120			
SELE		SELCON 122			
SELE		SELCON 124			
SELE		SELCON 126			
SELE		SELCON 128			
SELE		SELCON 130			
SELE		SELCON 132			
SELE		SELCON 134			
SELE		SELCON 136			
SELE		SELCON 138			
SELE		SELCON 140			
SELE		SELCON 142			
SELE		SELCON 144			
SELE		SELCON 146			
SELE		SELCON 148			
SELE		SELCON 150			
SELE		SELCON 152			
SELE		SELCON 154			
SELE		SELCON 156			
SELE		SELCON 158			
SELE		SELCON 160			
SELE		SELCON 162			
SELE		SELCON 164			
SELE		SELCON 166			
SELE		SELCON 168			
SELE		SELCON 170			
SELE		SELCON 172			
SELE		SELCON 174			
SELE		SELCON 176			
SELE		SELCON 178			
SELE		SELCON 180			
SELE		SELCON 182			
SELE		SELCON 184			
SELE		SELCON 186			
SELE		SELCON 188			
SELE		SELCON 190			
SELE		SELCON 192			
SELE		SELCON 194			
SELE		SELCON 196			
SELE		SELCON 198			
SELE		SELCON 200			
SELE		SELCON 202			
SELE		SELCON 204			
SELE		SELCON 206			
SELE		SELCON 208			
SELE		SELCON 210			
SELE		SELCON 212			
SELE		SELCON 214			
SELE		SELCON 216			
SELE		SELCON 218			
SELE		SELCON 220			
SELE		SELCON 222			
SELE		SELCON 224			
SELE		SELCON 226			
SELE		SELCON 228			
SELE		SELCON 230			
SELE		SELCON 232			
SELE		SELCON 234			
SELE		SELCON 236			
SELE		SELCON 238			
SELE		SELCON 240			
SELE		SELCON 242			
SELE		SELCON 244			
SELE		SELCON 246			
SELE		SELCON 248			
SELE		SELCON 250			
SELE		SELCON 252			
SELE		SELCON 254			
SELE		SELCON 256			
SELE		SELCON 258			
SELE		SELCON 260			
SELE		SELCON 262			
SELE		SELCON 264			
SELE		SELCON 266			
SELE		SELCON 268			
SELE		SELCON 270			
SELE		SELCON 272			
SELE		SELCON 274			
SELE		SELCON 276			
SELE		SELCON 278			
SELE		SELCON 280			
SELE		SELCON 282			
SELE		SELCON 284			
SELE		SELCON 286			
SELE		SELCON 288			
SELE		SELCON 290			
SELE		SELCON 292			
SELE		SELCON 294			
SELE		SELCON 296			
SELE		SELCON 298			
SELE		SELCON 300			
SELE		SELCON 302			
SELE		SELCON 304			
SELE		SELCON 306			
SELE		SELCON 308			
SELE		SELCON 310			
SELE		SELCON 312			
SELE		SELCON 314			
SELE		SELCON 316			
SELE		SELCON 318			
SELE		SELCON 320			
SELE		SELCON 322			
SELE		SELCON 324			
SELE		SELCON 326			
SELE		SELCON 328			
SELE		SELCON 330			
SELE		SELCON 332			
SELE		SELCON 334			
SELE		SELCON 336			
SELE		SELCON 338			
SELE		SELCON 340			
SELE		SELCON 342			
SELE		SELCON 344			
SELE		SELCON 346			
SELE		SELCON 348			
SELE		SELCON 350			
SELE		SELCON 352			
SELE		SELCON 354			
SELE		SELCON 356			
SELE		SELCON 358			
SELE		SELCON 360			
SELE		SELCON 362			
SELE		SELCON 364			
SELE		SELCON 366			
SELE		SELCON 368			
SELE		SELCON 370			
SELE		SELCON 372			
SELE		SELCON 374			
SELE		SELCON 376			
SELE		SELCON 378			
SELE		SELCON 380			
SELE		SELCON 382			
SELE		SELCON 384			
SELE		SELCON 386			
SELE		SELCON 388			
SELE		SELCON 390			
SELE		SELCON 392			
SELE		SELCON 394			
SELE		SELCON 396			
SELE		SELCON 398			
SELE		SELCON 400			
SELE		SELCON 402			
SELE		SELCON 404			
SELE		SELCON 406			
SELE		SELCON 408			
SELE		SELCON 410			
SELE		SELCON 412			
SELE		SELCON 414			
SELE		SELCON 416			
SELE		SELCON 418			
SELE		SELCON 420			
SELE		SELCON 422			
SELE		SELCON 424			
SELE		SELCON 426			
SELE		SELCON 428			
SELE		SELCON 430			
SELE		SELCON 432			
SELE		SELCON 434			
SELE		SELCON 436			
SELE		SELCON 438			
SELE		SELCON 440			
SELE		SELCON 442			
SELE		SELCON 444			
SELE		SELCON 446			
SELE		SELCON 448			
SELE		SELCON 450			
SELE		SELCON 452			
SELE		SELCON 454			
SELE		SELCON 456			
SELE		SELCON 458			
SELE		SELCON 460			
SELE		SELCON 462			
SELE		SELCON 464			
SELE		SELCON 466			
SELE		SELCON 468			
SELE		SELCON 470			
SELE		SELCON 472			
SELE		SELCON 474			
SELE		SELCON 476			
SELE		SELCON 478			
SELE		SELCON 480			
SELE		SELCON 482			
SELE		SELCON 484			
SELE		SELCON 486			
SELE		SELCON 488			
SELE		SELCON 490			
SELE		SELCON 492			
SELE		SELCON 494			
SELE		SELCON 496			
SELE		SELCON 498			
SELE		SELCON 500			
SELE		SELCON 502			
SELE		SELCON 504			
SELE		SELCON 506			
SELE		SELCON 508			
SELE		SELCON 510			
SELE		SELCON 512			
SELE		SELCON 514			
SELE		SELCON 516			
SELE		SELCON 518			
SELE		SELCON 520			
SELE		SELCON 522			
SELE		SELCON 524			
SELE		SELCON 526			
SELE		SELCON 528			
SELE		SELCON 530			
SELE		SELCON 532			
SELE		SELCON 534			
SELE		SELCON 536			
SELE		SELCON 538			
SELE		SELCON 540			
SELE		SELCON 542			
SELE		SELCON 544			
SELE		SELCON 546			
SELE		SELCON 548			
SELE		SELCON 550			
SELE		SELCON 552			
SELE		SELCON 554			
SELE</td					

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
<i>HEETS H L</i>			
Identificação do Paciente		6 - N.º DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		7 - CAPTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	
<i>Sidnei Laurentino da Silva</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
		Masculino Fem 3	
12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDARIO
		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
<i>01 fio de Kirschner nº 4.</i>			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		43 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<i>Suelio Moreira Torres</i>			
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		47 - DOCUMENTO	
		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
		49 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<i>Suelio Moreira Torres</i>			



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Sidney donald BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 18/09/19
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Trocó, Transstibial + remoção de placa (3)
 Cirurgião: Dr. Kontney 1º Assistente: Dr. Victor Mazz
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Felipe Júnior
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Extrusão de Fármaco Dolor</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Trocó Transstibial</u>	
<u>Transdominal</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ()Sim ()Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria ()Terapia Intensa ()Residência ()Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa,

Prój.18



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE		Sidnei Lourenço da Silveira					
IDADE 51 BE 1408330		TERAPIA		LEITO			
CIRURGIA		Ressecção trans tibial trans esquelético - E					
CIRURGÃO Dr. Kartrey + Dr. Victor Ribeiro							
ANESTESIA Sedação							
ANESTESISTA Dr. Felipe Oliveira							
INSTRUMENTADOR							
DATA 18/09/18		ENFO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO		FIM		CIRURGIA INICIO 23:30 ÷ 23:45	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA 1 (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) ASA 5 (ASA 5)							
GERAL DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA) / CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO N°18			FIOS CAT GUT CRIMADDO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			JELCO N°20			FIOS CAT GUT CRIMADDO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO N°22			FIOS DE AÇO N°	
CETAMINA			JELCO N°24			FIOS DE AÇO N°	
DROPERIDOL			KIT SIST DREN TORÁXICA N°			FIOS DE NYLON N°	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIOS DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI N°15		FIOS DE NYLON N°	
FENTANILA		PVP/DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°23		FIOS POLIGLACTINA N°	
F. I. M. AZENIL		PVP/TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24		FIOS POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		PVP/TOPOCO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIOS POLIGLACTINA N°	
BUPIVACAÍNA C. VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIOS POLIPRÓPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C. VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		OK	FIOS POLIPRÓPILENO N°
LIDOCAINA C. VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTERIL N° 0			FIOS POLIPRÓPILENO N°
LIDOCAINA S. VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTERIL N° 5			FIOS POLIGLECAPRONE N°
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		LUVA ESTERIL N° 0			FIOS SEDA N°
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTERIL N° 5			FITA CARDIACA
NIMBUM		AGULHA PERIDURAL N°6		MASCARA CIRÚRGICA			MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°7		MULTIVIAS			CATETER DE PIC
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°8		PERFURADOR DE SORO			CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL		AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°14			CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21			FIOS DE KIRSCHNER 4001
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 5ML			FIOS DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML			FIOS STEINMAN N°
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML			FIOS STEINMAN N°
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML			GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES		QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVIVEL
ADRENALINA			CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGÉNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR
ATROFOPINA			CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM
RA			CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO
ZOLINA			CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA
METASONA			CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
SINA SODICA			CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais
EFEDRINA			COLET URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPIONIOSO
GLICOSE 50%			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPIONIOSO
GLUCONATO DE CÁLCIO			DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA			DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAINA GELEIA			ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA
ONDA SENTRÔNICA			EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA
PLASIL			EQUIPO TRANSF SANGUE				
PROSTIGMINE			EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS
PROTAMINA			ESPONJA DE PVP		FIOS	QTD.	1) ASPIRADOR
TENOXICAN			ESPARADAP		OK		1) BISTURI ELETRICO
			GAZES (Fawter)		FIOS ALGODÃO S/A N°		1) CAPNOGRAFO
			GAZES ALGODoadAS		FIOS ALGODÃO C/A N°		1) CARDIOMONITOR
			GEL ELETROLITICO		FIOS ALGODÃO C/A N°		1) DESFIBRILADOR
			JELCO N°14				1) FOCO AUXILIAR
			JELCO N°16				1) FOCO CENTRAL
							1) MICROSCOPIO
							1) OXIMETRO DE PULSO
							1) P.A. PORTA NÃO INVASIVA
							1) PERFURADOR ELETRICO
							1) SERRA
CIRCULANTE							
PROTÓCOLO		Janarize Ferreira					
PROFISSIONAL PESSOAL		452 - 371					

RELATÓRIO DE CIRURGIA



MEUS

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1) Posição do paciente
2) Preparo da incisão

Incisão:

Achados:

Fratura do fêmur, 21 cm

Conduta:

Traje Transverso

Transverso



F.º N° 4,0

Fechamento:

Incisão estéril

02/12/2020
07:00h
P.º 01

Observação:

16,0 cm Traje
Ponto fixo fixo

Médico/CRM:

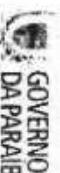
João Pessoa,

17/12/2020





Receituário Médico



Receituário

Paciente: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data: 11/10/2018 15:25:43 Sexo: Masculino CPF: Não Informado

Idade: 51 BAE: 111456

PARA: SIDNEI LAURENTINO
DA SILVA

LAUDO

RELATÓRIO
PACIENTE VÍTIMA DE Queda de moto 18/09/18, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA EM 26/10/18 PARA FRATURA DO FÉMUR. PERMANECE EM ACOMPANHAMENTO POS OPERATÓRIO SEM PREVISÃO DE ALTA.

CID: 5724, 2988

07 MAR 2013
PROTÓCOLO
DE PESCA

PACIENTE VÍTIMA DE Queda de moto 18/09/18, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA EM 26/10/18 PARA FRATURA DO FÉMUR. PERMANECE EM ACOMPANHAMENTO POS OPERATÓRIO SEM PREVISÃO DE ALTA.

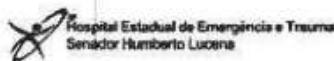
A Queda de moto houve os
meses, sendo submetido
a cirurgia em fevereiro
esquendo. Apresenta
sequela de fratura
mesmo permanecendo
atual ainda
conservando.
CID: 5724

Data: 31/10/19

Médico - CRM

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Cícero Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-09

Dr. EDSON DELGADO TINOCO
7142/PB



INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE É (A) SR.(A)

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

RG (IDENTIDADE)

1094928

FOI ATENDIDO (A) POR **BRENO COUTINHO TORRES**

DO (A) **HTOP - APARTAMENTO 03**

NO DIA **18/09/2018 18:26:00** , NECESSITANDO DE **90** - **NOVENTA**

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

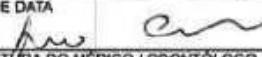
CID: **S72.3**

V29.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

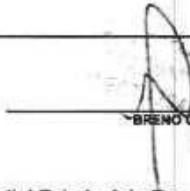
LOCAL E DATA



ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLOGO

(cântimo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 88.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO


BRENO COUTINHO TORRES
(7332/PE)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:20:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713195947600000036221658>
Número do documento: 20121713195947600000036221658

Num. 37976115 - Pág. 31

Documento de Alta

Nome: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA			Número Prontuário: 111159
Data de 15/10/1966	Sexo: Masculino	Data de Internação: 18/09/2018 22:55:52	Data de Alta: 28/09/2018 14:35:44
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTSE DO FEMUR ESQ SEM INTERCORRENCIAS PELA EQUIPE DO DR EDSON EM 28/9/18. EVOLUI SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA MEDICA COM ORIENTACOES.			
Resumo da Internação: PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTSE DO FEMUR ESQ SEM INTERCORRENCIAS PELA EQUIPE DO DR EDSON EM 28/9/18. EVOLUI SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA MEDICA COM ORIENTACOES.			
Resultado de Exames: FRATURA DO FEMUR ESQ			
Tratamento: OSTEOSINTSE DO FEMUR			
Diagnóstico: S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur			
Recomendações: CARGA ZERO, ADM JOELHO PERMITIDA, VERSA, CEFALEXINA, AINE, RETORNO COM DR EDSON			

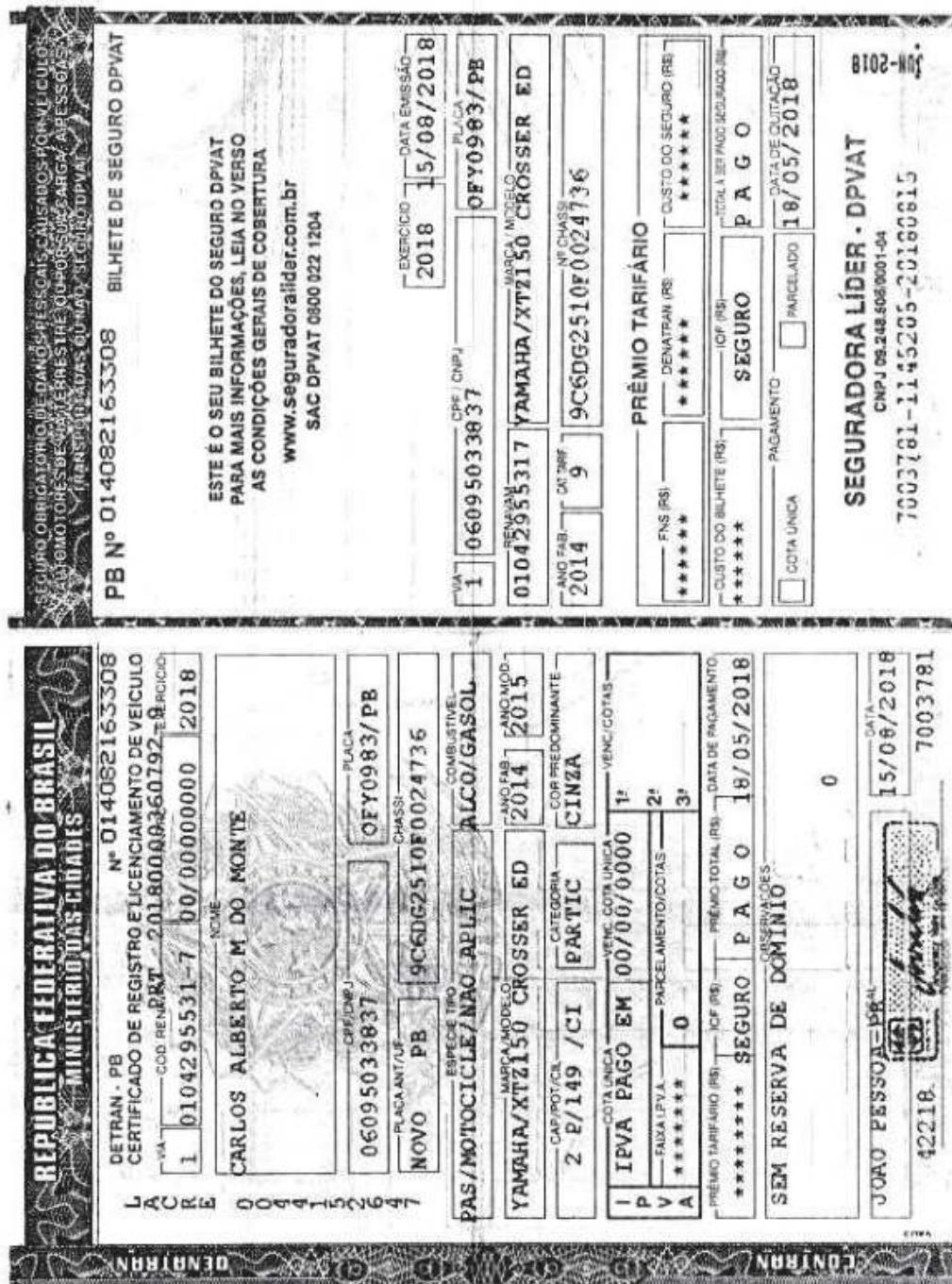
Data: 28/09/2018

 BRENO COUTINHO TORRES
 CRM: 7232 - PB




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:20:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713195947600000036221658>
Número do documento: 20121713195947600000036221658

Num. 37976115 - Pág. 33



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:20:00
<http://pie.tjbj.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012171319594760000036221658>
Número do documento: 2012171319594760000036221658

Núm. 37976115 - Pág. 34

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114091/19

Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

CPF: 552.515.874-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2018

Titular do CPF: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA : 552.515.874-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2019
Nome: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
CPF: 552.515.874-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:20:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713195947600000036221658>
Número do documento: 20121713195947600000036221658

Num. 37976115 - Pág. 35

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190256993 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA **Data do acidente:** 18/09/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER/ PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:20:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713195947600000036221658>
Número do documento: 20121713195947600000036221658

Num. 37976115 - Pág. 36



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08516969820198152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **SIDNEI LAURENTINO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, 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.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:20:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713200053200000036221659>
Número do documento: 20121713200053200000036221659

Num. 37976116 - 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 Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 15 de dezembro de 2020.

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 - 17/12/2020 13:20:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713200053200000036221659>
Número do documento: 20121713200053200000036221659

Num. 37976116 - Pág. 2