



Número: **0808764-55.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.787,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WALLICE DA SILVA RIBEIRO (AUTOR)	RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38339731	12/01/2021 20:29	Petição	Petição
38339732	12/01/2021 20:29	2772942_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38339733	12/01/2021 20:29	2772942_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

ANEXO





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

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182426

Vítima: WALLICE DA SILVA RIBEIRO

Data do Acidente: 02/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WALLICE DA SILVA RIBEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15790571





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

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

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

22 - 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

31

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência
Nº 00206.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00206.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:24 horas do dia 14 de maio 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 Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Wallice da Silva Ribeiro**, conhecido(a) por Wallice, CPF nº 111.879.044-81, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Izabel Moreno da Silva e Severino dos Ramos Ribeiro Pereira, natural de Alhandra/PB, nascido(a) em 05/05/1995 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Rosendo Batista, Nº S/N, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo da Antena da Operadora "vivo", na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua João Pessoa, nº S/N, Via Pública, Próximo da Farmácia Central, Alhandra/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/01/20 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**, Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo XTZ 150 CROSSER Z, marca YAMAHA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor AZUL, ano 2018/2018, UF: PB, placa QSB-3113, chassi 9C6DG2540J0013638, renavam 0118480042-9, características gerais: Nº. C.R.L.V: 014666596751; nº. P.R.L: 20190000278180-0; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária; Sem Reserva de Domínio; em Nome de Jorge da Silva Ilénrique.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NA HORA, DATA E LOCAL JÁ DESCRITOS TODOS ANTERIORMENTE ACIMA, APARECEU REPENTINAMENTE NA SUA FRENTE, UMA MOTOCICLETA E CONDUTOR QUE NÃO FORAM IDENTIFICADOS AMBOS, E NÃO DEU TEMPO DE DESVIAR, VINDO A COLIDIR COM OS MESMOS, E PERDER O CONTROLE E EQUILÍBRIO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, LOCALIZADO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA, CAPITAL DO ESTADO DA PARAÍBA, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDOS MÉDICOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

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

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Alexandre José Nunes de Souto Lima
Agente de Investigação - Matrícula 157.356-0

x WALLICE

Procedimento Policial: 00206.01.2020.1.05.101



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Secretaria
de Segurança Pública

Lucena/PB, 14

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Alexandre José Nunes de Souto Lima
Agente de Investigação - Matrícula: 157.958-0

WALLICE DA SILVA
WALLICE DA SILVA R.
Noticiante



Procedimento Policial: 00206.01.2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

22 - 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

31

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGRE
o trabalho**

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1214172



Identificação do paciente						
ID 1472511	Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO			Sexo Masculino		
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24 anos 8 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 120303		
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA	Pai SEVERINO DO RAMO RIBEIRO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco)					
DDD Celular 83	Celular 991643086	DDD	Telefone			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 708604181427190				
Local de procedência ALHANDRA	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58320000	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro LAURA LIMA DA SILVA			
Número 55	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 02/01/2020 20:26:22	Número da pulseira 100007180216		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por TELMO FIGUEIREDO QUIRINO					CID	
					Tempo 44seg	

Imprimir

72.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1214172

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 20:29:26
http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011220292628500000036564837
Número do documento: 21011220292628500000036564837

Num. 38339732 - Pág. 6

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALLICE DA SILVA RIBEIRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000057102-4

Nr. Autenticação

BRADESCO2605202005000000000023702108000000057102371250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 20:29:26

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011220292628500000036564837>

Número do documento: 21011220292628500000036564837

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 042.752.704



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.615.823-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
IZABEL MORENO DA SILVA RUA DAS AMÉLIAS S/N ALHANDRA		5/1127629-2		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2020	27/04/2020	172	05/05/2020	R\$ 49,58

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/05/2020				
Pagador: IZABEL MORENO DA SILVA CNPJ/CPF: 798.868.504-00				
RUA DAS AMÉLIAS S/N - CENTRO - ALHANDRA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014938975	001127629202004	05/05/2020	R\$ 49,58	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Sênior: Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIR
O TRABALHO**

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1214172



Identificação do paciente				
ID 1472511	Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO			Sexo Masculino
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24 anos 7 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA	Pai SEVERINO DO RAMO RIBEIRO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A GENITORA			
DDD Celular 83	Celular 991643085	DDD	Telefone	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência ALHANDRA	Tipo MUNICÍPIO			UF PB
Etnia	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R		
Endereço				
Cep 5320590	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro LAURA LIMA DA SILVA	
Número 55	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 02/01/2020 20:26:22	Número da pulseira 100007180216	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Cartão de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG [] Ultrasonografia []				
<p>Dados clínicos</p> <p>0210120 Paciente deu entrada no setor trazido por equipe do Soma vítima de acidente de moto. Relata não estar no momento de culpa usando capacete, segue consciente e orientada, em uso de colar cervical e com fratura exposta de punho E. medicado com CPM e encurtado de 20</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Atendido por</p> <p>TELMO FIGUEIREDO QUIRINO CD E</p>				
				CD Tempo 44seg

Erica Da Bianco
COREN/PB 124615-EMF

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador H. Nogueira Lima



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente: WALLACE DA SILVA RIBEIRO	BAE 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24a 7m 29d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991643086
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA			Prontuário
Endereço LAURA LIMA DA SILVA, 55	Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	UF PB
	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS	Nº Cons. Regional 6005/PB
Data de Prescrição 02/01/2020 20:26:22		Data/Hora Prescrição 02/01/2020 22:08:36	

ANAMNESE

COLISÃO MOTO-MOTO, TRAZIDO PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA. AO EXAME: EGR, CORADO, TORREAGENTES CABEÇA. PRESENÇA DE FERIMENTO CORTO CONTUSO NA REGIÃO OCCIPITAL + DO NEXO CERVICALGIA À PALPAÇÃO. MOBILIZAÇÃO RAIO X DE COLUNA CERVICAL SEM SINAIS DE FRATURA. CIRURGIA GERAL. LIBERADO PARA PROCEDIMENTO DA ORTOPEDIA. SEGUIMENTO PELA NCR.

Em observação

Dr. Erickson Duarte B. de Assis
Neurocirurgião
CRM 6005

Enfermeiro

ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS
(CRM: 6005/PB)

Boletim registrado por: TELMO FIGUEIREDO QUIRINO em 02/01/2020 20:27:06





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Secretaria Municipal de Saúde



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente WALLACE DA SILVA RIBEIRO	SAE 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24a 7m 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991643086
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA			Prontuário
Endereço LAURA LIMA DA SILVA, 55	Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR	Nº Cons. Regional 4087/PB
Data/Hora Classificação 02/01/2020 20:26:22		Data/Hora Prescrição 02/01/2020 20:46:05	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, TRAZIDO PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA. AO EXAME: EGR, CORADO, PUPILA FOTORREAGENTES, CABEÇA, PRESENÇA DE FERIMENTO CORTO CONTUSO NA REGIÃO OCCIPITAL + NA CAVIDADE ORAL, SANGRAMENTO NASAL, TORAX:NDN ABDOMEN: NDN MMSS:FRATURA EXPOSTA NO PUNHO E MÃO ESQUERDOS IMMI:NDN CONDUTA: SOLICITO RAO X DE COLUNA CERVICAL, FACE, E PUNHO, MÃO ESQUERDOS

DICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
TRAMADOL 50MG IML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RAE: ... (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RAT: ... (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

... especificado

Enfermeiro

Dr. Roberto C. Ciraulo Junior
Médico
CRM-PB 4087
ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR
(: 4087/PB)

Boletim registrado por: TELMO FIGUEIREDO QUIRINO em 02/01/2020 20:27:06





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente WALLACE DA SILVA RIBEIRO	BAE 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24a 7m 29d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 991543085
Endereço LAURA LIMA DA SILVA, 55	Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	UF PB
Data/Hora Classificação 02/01/2020 20:26:22		Data/Hora Prescrição 02/01/2020 23:44:20	Nº Cons. Regional 11134/PB

ANAMNESE

#ortopedia PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE EVOLUI COM FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO CD:
INTERNAMENTO TTO CIRURGICO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRON 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES:: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 10 DIA(S)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES:: SE HGT<60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES:: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Em: 18/01/2020 08:26:30

Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO	Boletim de Atendimento 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 708604181427190
Tempo de Internação 15d 7h 57m	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 120303
Data de Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Internação 03/01/2020 00:29:46	Permanência na Unidade: 15d 12h	Permanência no Leito: 14d 7h 45min

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 18/01/2020 08:26:16)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE NO 1 DPO, APÓS TER SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA FACE. NO MOMENTO EM BEG E LOTE.

CD:

1. ORIENTAÇÕES

2. ALTA HOSPITALAR

* RX PÓS OPERATÓRIO JÁ SOLICITADO.

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267


Dr. Assis Filho
Cirurgia BMF
Implantodontista
CRO - 3267





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO
Em: 17/01/2020 10:28:04

Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO	Boletim de Atendimento 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 708604181427190
Tempo de Internação 14d 9h 59min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 120303
Data de Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Internação 03/01/2020 00:29:46	Permanência na Unidade: 14d 14h 2min	Permanência no Leito: 13d 9h 47min

EVOLUÇÃO MEDICA (PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - 17/01/2020 10:27:58)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE SUBMETIDO A TTO CIRÚRGICO DE FRATURA COMPLEXA DE TERÇO MÉDIO DE FACE,
NO MOMENTO EM EGB, EXTUBADO, ENCAMINHADO A URPA.

CD:

1- PRESCRIÇÃO

2- REAVALIAÇÃO PELA BMF

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO

Número Conselho: 4400

Dr. Patrício Oliveira
Cirurgião Geral-Maxilo-Facial
CRP/PB - 4400





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO
Em: 09/01/2020 10:57:39

Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO	Boletim de Atendimento 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 708604181427190
Tempo de Internação 6d 10h 28min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 120303
Data de Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Internação 03/01/2020 00:29:46	Permanência na Unidade 6d 14h 31min	Permanência no Leito 5d 10h 16min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO - 09/01/2020 10:57:33)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO POR DR LAURI SEM
INTERCORRÊNCIAS

CD: VPM + RAI0-X DE CONTROLE + TIPOIA EM MSE

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO

Número Conselho: 12265


Laiana Barreto
Médica
CRM/PB 12265





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: WALLACE DA SILVA RIBEIRO BE/PRONTUÁRIO 1214172
IDADE: 24 SEXO: M COR: DATA: 17.01.2020
CLÍNICA/SETOR: BMF EMP: LR:
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICOMAXILAR
CIRURGIÃO: DR PATRICIO NETO 1º ASS:
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: DR TIERRES
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: 8:00 TÉRMINO: 10:00

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICOMAXILAR	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO
DESCRIÇÃO: SIM
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: Dr. Patricio Oliveira DATA: 17.01.2020

Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRM/SP - 4400





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
1 PACIENTE EM DDH SOB INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL
2 ANTISSEPSIA COM PVPI TÓPICO INTRA E EXTRA-ORAL
3 APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRURGICOS
4 APOSIÇÃO DO TAMPÃO OROFARINGEO
5 INFILTRAÇÃO EM FUNDO DE VESTÍBULO MAXILAR
6 INCISÃO PARA ACESSO LE FORT I
7 DESCOLAMENTO MUCOPERIOSTEAL
8 REDUÇÃO DAS FRATURAS
9 BMM COM FIO DE AÇO N° 01 E PARAFUSOS 1.5
01 PARAFUSOS AUTOPERFURANTE 1.5 X 10MM (DESCARTADOS)
07 PARAFUSOS AUTORROSCANTE 1.5 X 14 MM (DESCARTADOS)
01 PARAAFUSO AUTORROSCANTE 1.5 X 15 MM (DESCARTADOS)
01 PARAAFUSO DE EMERGÊNCIA 1.8 X 13 MM (DESCARTADOS)
Condução:
10 REDUÇÃO E FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM PLACA E PARAFUSOS
02 MINIPLACAS "Y" COM INTERVALO
01 PARAFUSO AUTOPERFURANTE 2.0 X 5 MM (DESCARTADO)
02 PARAFUSOS AUTORROSCANTE 2.0 X 5 MM
04 PARAFUSOS AUTORROSCANTE 2.0 X 7 MM (1 DESCARTADOS)
01 PARAFUSO DE EMERGÊNCIA 2.3 X 5 MM
01 PARAFUSOS DE EMERGENCIA 2.8 X 7 MM
01 PARAFUSO DE EMERGENCIA 2.8 X 7 MM
Fechamento:
11 REMOÇÃO DO BMM COM OS FIO DE AÇO E PARAFUSOS
12 IRRIGAÇÃO COPIOSA
13 SUTURA
Observação:
14 REMOÇÃO DOS CAMPOS
15 REMOÇÃO DO TAMPÃO

Médico/CRM:

Dr. Patrício Oliveira
Cirurgião Especialista em Maxilo-Facial

João Pessoa,

17.01.2020



Nota de Sala Cirúrgica

BEE TSHL

NOME DO PACIENTE Wallace Da Silva Ribeiro

IDADE 24 DE 12/14/72

ENFERMARIA LEITO

CRURIA Trst. Cir. de Inst. Complexo Ombito Zymotico

CRURIAO Políclio

ANESTESIA Geral

ANESTESISTA Adriana Lobato + Wendel

INSTRUMENTADOR 17/01/20

TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO 07:45 **CIRURGIA BACIO** 10:45

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICACÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		TELCO Nº11		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		TELCO Nº20		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		TELCO Nº22		FIO DE ACCO Nº	02
LETANENIA		TELCO Nº24		FIO DE ACCO Nº	
PROPERIDOL		NET SIST. DREN. TORACICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
DISSÓCIO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
PERIBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº13		FIO POLIGLACTINA Nº 4-0	
PENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº13		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº14		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIPARAFLENO Nº	
LEVOSUPLIVACAÍNA CIVASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPARAFLENO Nº	
LEVOSUPLIVACAÍNA CIVASO		LUVIA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPARAFLENO Nº	
LIDOCÁINA CIVASO		LUVIA ESTERIL Nº13		FIO POLIGLACTAPROVE Nº	
LIDOCÁINA CIVASO		LUVIA ESTERIL Nº13		FIO SEDA Nº	
MEDEAZOLAM		LUVIA ESTERIL Nº13		FITA CARDIACA	
MORFINA		MÁSCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
NUMBUM		MULTIVIAS		CATETER DE PLE	
PANCURÔNIO		PERFURADOR DE SORO		COMENTO CIRURGICO	
PETIDINA		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PROPOFOL		SCALP Nº21		FIO DE KOLCHIKOFF Nº	
RAMBENTANIL		SERINGA 3ML		FIO DE KOLCHIKOFF Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO STENTMAN Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 10ML		FIO STENTMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 30ML		GRANFEADOR CIRURGICO	
TIOPENTAL		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. AISOLVIVEL	
REVALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		NET. DERRIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº13		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT FAM	
TRA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR ENFERMO	
CEFALOTINA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		EX. GHE. C. 15x20 (1)	
DIPIRONA SÓDICA		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS COSTAIS	
EPIEDRINA		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS COSTAIS	
FUROSEMIDA		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 30%		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MARGOLAS	
HIDROCORTISONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MARGOLAS	
LIDOCÁINA OLEIA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA em Y el interab (2)	
ONDASENTRONA		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL				EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE				ASPIRADOR	
PROTAXINA				BISTURI ELÉTRICO	
TENDONICAN				CAPNÓGRAFO	
				CARDIOMONITOR	
				DESBIBULADOR	
				FOCO AUXILIAR	
				FOCO CENTRAL	
				MICROSCÓPIO	
				OXÍMETRO DE PULSO	
				PA. INVASIVA NÃO INVASIVA	
				PERFURADOR ELÉTRICO	
				SERRA	
				CIRCULANTE	

Equipo de Bomba 1

Fio Aciflex Nº1

Vem OPM.S.

Girleene Correia Alves
COREN-PB 139.180-TE



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/10/20

PRONTUÁRIO: 1214172

IDADE: 29 A

PACIENTE: WALLACE DA SILVA RIBEIRO SÉRO. M. COM. CTA

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAL () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAL () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES CHOCADOS (N/N)

A.P. RESPIRATÓRIO EUPNEICO A.P. DIGESTIVO SEM SINAL ESTADO MENTAL LOTO DROGAS EM USO II

FRE-ANESTÉSICO DOSE/HORA DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA FRAT. COM PLEXOS DO TERÇO MÉDIO DA FACE COM FVORITO

CIRURGIÃO PATRICIO AUXILIARES C. ITURBICA

INÍCIO DA ANESTESIA 04:45hs TÉRMINO DA ANESTESIA 10:46 DURAÇÃO DA ANESTESIA 3:00 (1ro)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH VALORES RS

ANESTESISTA RA ADRIANA LOBATO DR. TIGRES CRM-PB

IDENTIFICAÇÃO + Dr. Wanderlei Z

LIVROS MEDICINAIS

GRÁFICO DE PRESSÃO ARTERIAL DIASTOLICA

ANOTAÇÕES

RESERVA GERAL ANULADIANA EPIDURAL BLOCO PLEXO BLOCO NERVOS OUTROS

TÉCNICA Bloco mantido, pr-oxiado. Induzir ①+②+③+④+⑤ com 7.0

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATQ ANESTÉSICO

DOSE 1 PROPOFOL - 180 mg 11 ATROPINA - 1 mg

NAL 2 BENZIL - 200 mg 12 NEOSTIGMINE - 2 mg

SANGUE 3 LIDOCAÍNA - 80 mg 13

RINGER 4 ROCURONIO - 80 mg 14

TOTAL 5 MIDAZOLAM - 2 mg 15

DISTÍNTO DO PACIENTE 6 COFALOTIMA - 2 mg 16

ART. SUPERFICIAL 7 DEXTROSCOPANIL - 10 mg 17

UTI RESERVA 8 DEXTROSCOPANIL - 10 mg 18

OUTROS 9 ROMIPONTANIL - 2 mg 19

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES 10 IYPOANIL - 2 mg 20

anestesia com 7.0. a travessia, continuada por capnografia. Manutenção com sedação + remédio para dor (bic) sem interferência.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F (ING) ASCIR 325-1

Dra. Adriana Roberto Azevedo
Médica
CRM 4572

Theres Kehrwald
MÉDICO
CRM 7179



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Em. 06/03

NOME: **WALLACE DA SILVA RIBEIRO** BE/PRONTUÁRIO: **1203339**
IDADE: **24** SEXO: **M** COR: DATA: **9/1/2020**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** LEITO **2**
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ**
FRATURA DE GALEAZZI
CIRURGIÃO: **DR LAURI** 1º ASS: **DR JAQUES**
2º ASS: **MRZ LAIANA** 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CID
FRATURA DIAFISARIA DE RADIO ESQ		
COMINUTA		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CODIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE GALLEAZZI		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Lauri F. C. Junior
Ortopedia/Traumatologia
R. 24 - 24.000.000-13838

DATA:

9/1/2020

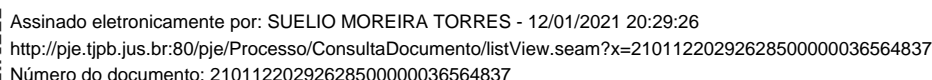


g

22



[Signature]





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA
Em: 05/01/2020 08:55:58

Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO	Boletim de Atendimento 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 708604181427190
Tempo de Internação 2d 8h 26min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Internação 03/01/2020 00:29:46	Permanência na Unidade: 2d 12h 29min	Permanência no Leito: 1d 8h 14min

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 05/01/2020 08:51:55)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF

PACIENTE CURSANDO COM FRATURA DE FACE POR ACIDENTE DE MOTO. PACIENTE NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
EFG: BEG, CONTACTUATE, EUPNEICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL AO TOQUE
EFEQ: EDEMA EM 1/3 MÉDIO DE FACE, TNA EM POSIÇÃO (+/- 48HCOM SINAL DE SANGRAMENTO ATIVO EM REGRESSÃO
EFIO: DESOCCLUSÃO, EDESLOCAMENTO LINGUAL DE SEGUIMENTO ANTERIOR DE PRÉ MAXILA. EXAME DIFICULTADO POR CONDIÇÃO CLÍNICA, HIGIENE PRECÁRIA (SOLICITO ODONTOLOGIA HOSPITALAR)

CD:

1) AV+OT

2) SUGIRO DIETA LEVE/BATIDA

3) SUGIRO MANUTENÇÃO DE ATB E CORTICOIDE

4) RENOVO CURATIVO SUPERFICIAL DE TNA

5) SEGUE ACOMPANHAMENTO BMF, AGUARDANDO MELHORA DE QUADRO E REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

Dr. Bruno da Silva Mesquita
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRM-PB 126



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHI

NOME: WALACE DA SILVA RIBEIRO BE/PRONTUÁRIO 1214172
IDADE: _____ SEXO: MAS COR: _____ DATA: 2/1/2020
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: TTO CIRURGICO DE FRATURAS EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ

CIRURGIÃO: DR. EDSON TINOCO 1º ASS: MR2 DANIEL
2º ASS: _____ 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: BLOQ HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CIE
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDA		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____

DATA: 2/1/2020

impr. consult. 9/11/2020
MÉDICO
CRM 11134



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
FERIMENTO PRE EXISTENTE
Achados:
FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ
Condução:
LMC COM SF0,9% EXAUSTIVA
REDUÇÃO DA FRATURA
FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO DE RADIO DISTAL
AUXILIO DA ESCOPIA
LMC COM SF0,9% EXAUSTIVA
Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
RAIO-X DE CONTROLE
Observação:
TALA

Médico/CRM:

João Pessoa,

2/1/2020

Daniel Oliveira Arruda
MÉDICO
CRM 11134



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE		Wallace da Silva Ribeiro	
IDADE	24	BE 1214172	ENTRADA
CIRURGIÃO	Dr. cirurg. de fratura Externa de Rodas (C)		
CIRURGIÃO	Dr. Rom. Timoco		
ANESTESIA	Bloqueio de flexo		
ANESTESISTA	Dr.		
INSTRUMENTADOR			
DATA	02/10/2020	TEMPO CIRÚRGICO	ANESTESIA: 23:40
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV () ASA V ()			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
ALFENTANIL	5.500 mL	ELCO Nº18	1
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	SAL I	ELCO Nº22	1
BUPIVACAÍNA PESADA		ELCO Nº24	1
CLAMINA		KIT SIST. DREN. TORACICA Nº	1
DEPERIDOL		LÂMINA BISTURI Nº11	1
FLUMADAT		LÂMINA BISTURI Nº13	1
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15	1
FENTANIL	PVPi DESINFECTANTE	LÂMINA BISTURI Nº17	1
FLUMAZENIL	PVPi TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº19	1
ISOFLURANO	PVPi TÓMCO	LÂMINA DE DERMATÓMCO	1
LEVOSUPRACAÍNA CIVASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	1
LEVOSUPRACAÍNA CIVASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	1
LIDOCADNA CIVASO		LUVA ESTÉRIL Nº10	1
LIDOCADNA CIVASO		LUVA ESTÉRIL Nº15	1
LIDOCADNA CIVASO		LUVA ESTÉRIL Nº18	1
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº19	1
NITROGLICERINA		MASCARA CIRURGICA	1
PANICULÔMCO		MULTIVIAS	1
PEPTIDINA		PERFURADOR DE SORO	1
PROPRIOFOL		SCALP Nº19	1
RAMIFENTANIL		SCALP Nº21	1
ROCURÔNIO		SERINGA 1ML	1
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML	1
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML	1
TIOPENTAL		SERINGA 20ML	1
MEDICAÇÕES	QTD.	MATERIAIS	QTD.
ADRENALINA		BOLSA B. COLOSTOMIA	1
ÁGUA DESTILADA		CÂNULA B. TRAQUEOSTOMIA Nº	1
TROPINA		CATETER DE OXIGÊNIO	1
		CATETER ENDOLEC ARTERIAL Nº	1
		CATETER EPIDURAL Nº16	1
		CATETER EPIDURAL Nº17	1
		CATETER EPIDURAL Nº18	1
		CATETER EPIDURAL Nº19	1
		CATETER EPIDURAL Nº20	1
		CATETER EPIDURAL Nº21	1
		CATETER EPIDURAL Nº22	1
		CATETER EPIDURAL Nº23	1
		CATETER EPIDURAL Nº24	1
		CATETER EPIDURAL Nº25	1
		CATETER EPIDURAL Nº26	1
		CATETER EPIDURAL Nº27	1
		CATETER EPIDURAL Nº28	1
		CATETER EPIDURAL Nº29	1
		CATETER EPIDURAL Nº30	1
		CATETER EPIDURAL Nº31	1
		CATETER EPIDURAL Nº32	1
		CATETER EPIDURAL Nº33	1
		CATETER EPIDURAL Nº34	1
		CATETER EPIDURAL Nº35	1
		CATETER EPIDURAL Nº36	1
		CATETER EPIDURAL Nº37	1
		CATETER EPIDURAL Nº38	1
		CATETER EPIDURAL Nº39	1
		CATETER EPIDURAL Nº40	1
		CATETER EPIDURAL Nº41	1
		CATETER EPIDURAL Nº42	1
		CATETER EPIDURAL Nº43	1
		CATETER EPIDURAL Nº44	1
		CATETER EPIDURAL Nº45	1
		CATETER EPIDURAL Nº46	1
		CATETER EPIDURAL Nº47	1
		CATETER EPIDURAL Nº48	1
		CATETER EPIDURAL Nº49	1
		CATETER EPIDURAL Nº50	1
		CATETER EPIDURAL Nº51	1
		CATETER EPIDURAL Nº52	1
		CATETER EPIDURAL Nº53	1
		CATETER EPIDURAL Nº54	1
		CATETER EPIDURAL Nº55	1
		CATETER EPIDURAL Nº56	1
		CATETER EPIDURAL Nº57	1
		CATETER EPIDURAL Nº58	1
		CATETER EPIDURAL Nº59	1
		CATETER EPIDURAL Nº60	1
		CATETER EPIDURAL Nº61	1
		CATETER EPIDURAL Nº62	1
		CATETER EPIDURAL Nº63	1
		CATETER EPIDURAL Nº64	1
		CATETER EPIDURAL Nº65	1
		CATETER EPIDURAL Nº66	1
		CATETER EPIDURAL Nº67	1
		CATETER EPIDURAL Nº68	1
		CATETER EPIDURAL Nº69	1
		CATETER EPIDURAL Nº70	1
		CATETER EPIDURAL Nº71	1
		CATETER EPIDURAL Nº72	1
		CATETER EPIDURAL Nº73	1
		CATETER EPIDURAL Nº74	1
		CATETER EPIDURAL Nº75	1
		CATETER EPIDURAL Nº76	1
		CATETER EPIDURAL Nº77	1
		CATETER EPIDURAL Nº78	1
		CATETER EPIDURAL Nº79	1
		CATETER EPIDURAL Nº80	1
		CATETER EPIDURAL Nº81	1
		CATETER EPIDURAL Nº82	1
		CATETER EPIDURAL Nº83	1
		CATETER EPIDURAL Nº84	1
		CATETER EPIDURAL Nº85	1
		CATETER EPIDURAL Nº86	1
		CATETER EPIDURAL Nº87	1
		CATETER EPIDURAL Nº88	1
		CATETER EPIDURAL Nº89	1
		CATETER EPIDURAL Nº90	1
		CATETER EPIDURAL Nº91	1
		CATETER EPIDURAL Nº92	1
		CATETER EPIDURAL Nº93	1
		CATETER EPIDURAL Nº94	1
		CATETER EPIDURAL Nº95	1
		CATETER EPIDURAL Nº96	1
		CATETER EPIDURAL Nº97	1
		CATETER EPIDURAL Nº98	1
		CATETER EPIDURAL Nº99	1
		CATETER EPIDURAL Nº100	1
		CATETER EPIDURAL Nº101	1
		CATETER EPIDURAL Nº102	1
		CATETER EPIDURAL Nº103	1
		CATETER EPIDURAL Nº104	1
		CATETER EPIDURAL Nº105	1
		CATETER EPIDURAL Nº106	1
		CATETER EPIDURAL Nº107	1
		CATETER EPIDURAL Nº108	1
		CATETER EPIDURAL Nº109	1
		CATETER EPIDURAL Nº110	1
		CATETER EPIDURAL Nº111	1
		CATETER EPIDURAL Nº112	1
		CATETER EPIDURAL Nº113	1
		CATETER EPIDURAL Nº114	1
		CATETER EPIDURAL Nº115	1
		CATETER EPIDURAL Nº116	1
		CATETER EPIDURAL Nº117	1
		CATETER EPIDURAL Nº118	1
		CATETER EPIDURAL Nº119	1
		CATETER EPIDURAL Nº120	1
		CATETER EPIDURAL Nº121	1
		CATETER EPIDURAL Nº122	1
		CATETER EPIDURAL Nº123	1
		CATETER EPIDURAL Nº124	1
		CATETER EPIDURAL Nº125	1
		CATETER EPIDURAL Nº126	1
		CATETER EPIDURAL Nº127	1
		CATETER EPIDURAL Nº128	1
		CATETER EPIDURAL Nº129	1
		CATETER EPIDURAL Nº130	1
		CATETER EPIDURAL Nº131	1
		CATETER EPIDURAL Nº132	1
		CATETER EPIDURAL Nº133	1
		CATETER EPIDURAL Nº134	1
		CATETER EPIDURAL Nº135	1
		CATETER EPIDURAL Nº136	1
		CATETER EPIDURAL Nº137	1
		CATETER EPIDURAL Nº138	1
		CATETER EPIDURAL Nº139	1
		CATETER EPIDURAL Nº140	1
		CATETER EPIDURAL Nº141	1
		CATETER EPIDURAL Nº142	1
		CATETER EPIDURAL Nº143	1
		CATETER EPIDURAL Nº144	1
		CATETER EPIDURAL Nº145	1
		CATETER EPIDURAL Nº146	1
		CATETER EPIDURAL Nº147	1
		CATETER EPIDURAL Nº148	1
		CATETER EPIDURAL Nº149	1
		CATETER EPIDURAL Nº150	1
		CATETER EPIDURAL Nº151	1
		CATETER EPIDURAL Nº152	1
		CATETER EPIDURAL Nº153	1
		CATETER EPIDURAL Nº154	1
		CATETER EPIDURAL Nº155	1
		CATETER EPIDURAL Nº156	1
		CATETER EPIDURAL Nº157	1
		CATETER EPIDURAL Nº158	1
		CATETER EPIDURAL Nº159	1
		CATETER EPIDURAL Nº160	1
		CATETER EPIDURAL Nº161	1
		CATETER EPIDURAL Nº162	1
		CATETER EPIDURAL Nº163	1
		CATETER EPIDURAL Nº164	1
		CATETER EPIDURAL Nº165	1
		CATETER EPIDURAL Nº166	1
		CATETER EPIDURAL Nº167	1
		CATETER EPIDURAL Nº168	1
		CATETER EPIDURAL Nº169	1
		CATETER EPIDURAL Nº170	1
		CATETER EPIDURAL Nº171	1
		CATETER EPIDURAL Nº172	1
		CATETER EPIDURAL Nº173	1
		CATETER EPIDURAL Nº174	1
		CATETER EPIDURAL Nº175	1
		CATETER EPIDURAL Nº176	1
		CATETER EPIDURAL Nº177	1
		CATETER EPIDURAL Nº178	1
		CATETER EPIDURAL Nº179	1
		CATETER EPIDURAL Nº180	1
		CATETER EPIDURAL Nº181	1
		CATETER EPIDURAL Nº182	1
		CATETER EPIDURAL Nº183	1
		CATETER EPIDURAL Nº184	1
		CATETER EPIDURAL Nº185	1
		CATETER EPIDURAL Nº186	1
		CATETER EPIDURAL Nº187	1
		CATETER EPIDURAL Nº188	1
		CATETER EPIDURAL Nº189	1
		CATETER EPIDURAL Nº190	1
		CATETER EPIDURAL Nº191	1
		CATETER EPIDURAL Nº192	1
		CATETER EPIDURAL Nº193	1
		CATETER EPIDURAL Nº194	1
		CATETER EPIDURAL Nº195	1
		CATETER EPIDURAL Nº196	1
		CATETER EPIDURAL Nº197	1
		CATETER EPIDURAL Nº198	1
		CATETER EPIDURAL Nº199	1
		CATETER EPIDURAL Nº200	1
		CATETER EPIDURAL Nº201	1
		CATETER EPIDURAL Nº202	1
		CATETER EPIDURAL Nº203	1
		CATETER EPIDURAL Nº204	1
		CATETER EPIDURAL Nº205	1
		CATETER EPIDURAL Nº206	1
		CATETER EPIDURAL Nº207	1
		CATETER EPIDURAL Nº208	1
		CATETER EPIDURAL Nº209	1
		CATETER EPIDURAL Nº210	1
		CATETER EPIDURAL Nº211	1
		CATETER EPIDURAL Nº212	1
		CATETER EPIDURAL Nº213	1
		CATETER EPIDURAL Nº214	1
		CATETER EPIDURAL Nº215	1
		CATETER EPIDURAL Nº216	1
		CATETER EPIDURAL Nº217	1
		CATETER EPIDURAL Nº218	1
		CATETER EPIDURAL Nº219	1
		CATETER EPIDURAL Nº220	1
		CATETER EPIDURAL Nº221	1
		CATETER EPIDURAL Nº222	1
		CATETER EPIDURAL Nº223	1
		CATETER EPIDURAL Nº224	1
		CATETER EPIDURAL Nº225	1
		CATETER EPIDURAL Nº226	1
		CATETER EPIDURAL Nº227	1
		CATETER EPIDURAL Nº228	1
		CATETER EPIDURAL Nº229	1
		CATETER EPIDURAL Nº230	1
		CATETER EPIDURAL Nº231	1
		CATETER EPIDURAL Nº232	1
		CATETER EPIDURAL Nº233	1
		CATETER EPIDURAL Nº234	1
		CATETER EPIDURAL Nº235	1
		CATETER EPIDURAL Nº236	1
		CATETER EPIDURAL Nº237	1
		CATETER EPIDURAL Nº238	1
		CATETER EPIDURAL Nº239	1
		CATETER EPIDURAL Nº240	1
		CATETER EPIDURAL Nº241	1
		CATETER EPIDURAL Nº242	1
		CATETER EPIDURAL Nº243	1
		CATETER EPIDURAL Nº244	1
		CATETER EPIDURAL Nº245	1
		CATETER EPIDURAL Nº246	1
		CATETER EPIDURAL Nº247	1
		CATETER EPIDURAL Nº248	1
		CATETER EPIDURAL Nº249	1
		CATETER EPIDURAL Nº250	1
		CATETER EPIDURAL Nº251	1
		CATETER EPIDURAL Nº252	1
		CATETER EPIDURAL Nº253	1
		CATETER EPIDURAL Nº254	1
		CATETER EPIDURAL Nº255	1
		CATETER EPIDURAL Nº256	1
		CATETER EPIDURAL Nº257	1
		CATETER EPIDURAL Nº258	1
		CATETER EPIDURAL Nº259	1
		CATETER EPIDURAL Nº260	1
		CATETER EPIDURAL Nº261	1
		CATETER EPIDURAL Nº262	1
		CATETER EPIDURAL Nº263	1
		CATETER EPIDURAL Nº264	1
		CATETER EPIDURAL Nº265	1
		CATETER EPIDURAL Nº266	1
		CATETER EPIDURAL Nº267	1
		CATETER EPIDURAL Nº268	1
		CATETER EPIDURAL Nº269	1
		CATETER EPIDURAL Nº270	1
		CATETER EPIDURAL Nº271	1
		CATETER EPIDURAL Nº272	1
		CATETER EPIDURAL Nº273	1
		CATETER EPIDURAL Nº274	1
		CATETER EPIDURAL Nº275	1
		CATETER EPIDURAL Nº276	1
		CATETER EPIDURAL Nº277	1
		CATETER EPIDURAL Nº278	1
		CATETER EPIDURAL Nº279	1
		CATETER EPIDURAL Nº280	1
		CATETER EPIDURAL Nº281	1
		CATETER EPIDURAL Nº282	1
		CATETER EPIDURAL Nº283	1
		CATETER EPIDURAL Nº284	1

HISTÓRIA

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 02/01/20

PRONTUÁRIO: 1214172

PACIENTE: WILACCE DA SILVA RIBEIRO SEXO: M COR: IDADE: 244

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO: EUPNEICO. AP. CIRCULATÓRIO: ESTÁVEL (NUN)

AP. DIGESTIVO: EST. CHEIO ESTADO MENTAL: CONSCIENTE DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO: DOSE/HORA: T.O.

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA: TRAT. CIRÚRGICO DE FRAT. EXPOSTA DE OSSO DO ANTEBRAÇO

CIRURGIÃO: A. ESPIN TINOLO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA: 22:40h TÉRMINO DA ANESTESIA: 23:40 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1:00h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH VALORES RS

ANESTESISTA: A. ANDRÉ CPF CRM-PB

AGENTES-HORA: A. WANDERLEY (RC)

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lyra



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGRE
o trabalho

Documento de Alta

Nome: WALLACE DA SILVA RIBEIRO			Número Prontuário: 120303
Data de Nascimento: 05/05/1995	Sexo: Masculino	Data de Internação: 03/01/2020 00:29:46	Data de Alta: 18/01/2020 08:29:24
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta:			
Resumo da Internação: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM TRAUMA DE FACE E FRATURA COMPLEXA DE TERÇO MÉDIO DA FACE. O MESMO, SUBMETEU A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA, CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS.			
Resultado de Exames: FRATURA COMPLEXA DE TERÇO MÉDIO DA FACE			
Tratamento: REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE TERÇO MÉDIO DA FACE			
Diagnóstico: S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
Recomendações: ALIMENTAÇÃO LÍQUIDO-PASTOSA, TOMAR A MEDICAÇÃO PÓS OPERATÓRIA CORRETAMENTE E RETORNAR NO PRÓXIMO DIA 24.01.20, ÀS 10H PARA AVALIAÇÃO PÓS CIRÚRGICA.			

Data: 18/01/2020

FRANCISCO NUNES DE ASSIS
FILHO
CRM: 3267 - PB


Dr. Assis Filho
Cirurgia BMF
Implantodontista
CRM - 3267





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CAMIÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

WALLICE DA SILVA RIBEIRO

DOC. IDENTIFIC. / OUT. IDENTIFIC. Nº
3806589 SSDS PB

CPF 111.879.044-81 DATA INSCRIÇÃO 05/05/1995

FUNÇÃO
SEVERINO DO RAMO
RIBEIRO PEREIRA
TEASSIL MORENO DA SILVA

PERMITEU ☒ NÃO ☐ CAT. ☐

Nº REGISTRO 04882613760 VALOR 14/10/2021 1ª HABITAÇÃO 21/07/2017

OBSERVAÇÕES
RAR:

Wallice da Silva Ribeiro
ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA INSCRIÇÃO 19/09/2018

João Pessoa
ASSINATURA DO DETENTOR 77668524405
P9037580604

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1660760018

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660760018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

Nº 014666596751

6280858898

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	PRT	20190000278180-0
1	COD. RENAVAM	0119480042-9
	RNTRC	00/00000000

NOME/ENDEREÇO
JORGE DA SILVA HENRIQUE
RUA MANOEL JACOME DE BRITO SN
TRUZ DAS ARMAS
58085650 JOAO PESSOA-PB

CPC/CNPJ	PLACA
70024087475	QSE3113/PB

NOME ANTERIOR
PEDRO JUNHO DA SILVA LAURENTINO

PLACA ANT/LT	CHASSI
NOVO PB	9C6DG2640J0013638

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/HAO APLIC	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
YAMAHA/XTZ160 CROSSER E	2018	2018

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 7 CI	PARTIC	AZUL

OBSERVAÇÕES
Sem Reserva de Domínio
Nº Motor : G305E-094433

JOAO PESSOA - LOCAL	DATA
20320	15/07/2018
40886	





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____ CPF DA VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DO CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA SUELIO MOREIRA TORRES
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200182426 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLICE DA SILVA RIBEIRO **Data do acidente:** 02/01/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DO TERÇO MÉDIO DA FACE.
FRATURA LUXAÇÃO DIAFISÁRIA DA ULNA E RÁDIO ESQUERDO. PG4,9,11,12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MSXILAR E RÁDIO -OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0142317/20

Vítima: WALLICE DA SILVA RIBEIRO

CPF: 111.879.044-81

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALLICE DA SILVA RIBEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WALLICE DA SILVA RIBEIRO : 111.879.044-81

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: 19/05/2020
Nome: WALLICE DA SILVA RIBEIRO
CPF: 111.879.044-81

WALLICE DA SILVA RIBEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200182426 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLICE DA SILVA RIBEIRO **Data do acidente:** 02/01/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DO TERÇO MÉDIO DA FACE.
FRATURA LUXAÇÃO DIAFISÁRIA DA ULNA E RÁDIO ESQUERDO. PG4,9,11,12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MSXILAR E RÁDIO -OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08087645520208152003

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 **WALLICE DA SILVA RIBEIRO**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 3.712,50 (três mil e setecentos e doze reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 17 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 20:29:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011220292703900000036564838>
Número do documento: 21011220292703900000036564838