



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

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38339 731	12/01/2021 20:29	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
38339 732	12/01/2021 20:29	<a href="#"><u>2772942_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
38339 733	12/01/2021 20:29	<a href="#"><u>2772942_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

## ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 20:29:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011220292541100000036564836>  
Número do documento: 21011220292541100000036564836

Num. 38339731 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Pag. 00021/00022 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020011

Carta nº 15790571



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

Num. 38339732 - Pág. 1



## 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: **Wollcie da Silva Ribeiro**

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

5 - Nome completo: <b>Wollcie da Silva Ribeiro</b>	6 - CPF: <b>111.849.044-81</b>		
7 - Profissão: <b>RECUSO</b>	8 - Endereço: <b>Rua das Amelias</b>	9 - Número: <b>S/N</b>	10 - Complemento: <b>Casa</b>
11 - Bairro: <b>Centro</b>	12 - Cidade: <b>Ahondra</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58320-000</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <b>93988553045</b>	

### 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: <b>Bradesco</b>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: <b>2108</b>
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	CONTA: <b>54102</b>

AGÊNCIA: **2108** CONTA: **54102** (4)  
(Informar o dígito se existir) (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.

### 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 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 discorde do seu conteúdo.

### 23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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(s), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>nasceram</b> ?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve Irmãos?	32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
--	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

**NAO ALFABETIZADO**

34 - **Informar o dígito da vítima ou beneficiário (se houver)**

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

40 - Local e Data: **João Pessoa PB 18/05/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Wollcie da Silva Ribeiro**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**V002/2019**

**TESTEMUNHAS**

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)

**TESTEMUNHAS**

44 - Local e Data: \_\_\_\_\_

45 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

48 - Local e Data: \_\_\_\_\_

49 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

51 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

52 - Local e Data: \_\_\_\_\_

53 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

55 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

56 - Local e Data: \_\_\_\_\_

57 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

59 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

60 - Local e Data: \_\_\_\_\_

61 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

63 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

64 - Local e Data: \_\_\_\_\_

65 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

67 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

68 - Local e Data: \_\_\_\_\_

69 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

71 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

72 - Local e Data: \_\_\_\_\_

73 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

75 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

76 - Local e Data: \_\_\_\_\_

77 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

79 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

80 - Local e Data: \_\_\_\_\_

81 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

83 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

84 - Local e Data: \_\_\_\_\_

85 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

87 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

88 - Local e Data: \_\_\_\_\_

89 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

91 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

92 - Local e Data: \_\_\_\_\_

93 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

95 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

96 - Local e Data: \_\_\_\_\_

97 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

99 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

100 - Local e Data: \_\_\_\_\_

101 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

102 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

103 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

104 - Local e Data: \_\_\_\_\_

105 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

107 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

108 - Local e Data: \_\_\_\_\_

109 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

110 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

111 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

112 - Local e Data: \_\_\_\_\_

113 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

114 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

115 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

116 - Local e Data: \_\_\_\_\_

117 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

119 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

120 - Local e Data: \_\_\_\_\_

121 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

122 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

123 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

124 - Local e Data: \_\_\_\_\_

125 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

126 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

127 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

128 - Local e Data: \_\_\_\_\_

129 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

130 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

131 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

132 - Local e Data: \_\_\_\_\_

133 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

134 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

135 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

136 - Local e Data: \_\_\_\_\_

137 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

138 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

139 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

140 - Local e Data: \_\_\_\_\_

141 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

142 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

143 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

144 - Local e Data: \_\_\_\_\_

145 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

146 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

147 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

148 - Local e Data: \_\_\_\_\_

149 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

150 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

151 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

152 - Local e Data: \_\_\_\_\_

153 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

154 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

155 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

156 - Local e Data: \_\_\_\_\_

157 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

158 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

159 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

160 - Local e Data: \_\_\_\_\_

161 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

162 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

163 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

164 - Local e Data: \_\_\_\_\_

165 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

166 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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



## 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, N° 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, n° 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: N°. C.r.I.v: 014666596751; n°. P.R.L: 20190000278180-0; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária; Sem Reserva de Dominio; em Nome de Jorge da Silva Henrique.

### 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 POLICIA CIVIL.

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

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA  
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
  
Alexandre José Nunes de Souto Lima  
Agente de Investigação - Matrícula 157.356-6

x Wallice

Procedimento Policial: 00206.01.2020.1.05.101

1/2



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: 157.358-0

WALLICE DA SILVA RE  
WALLICE DA SILVA RE

Noticiante



Procedimento Policial: 00206.01.2



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

Num. 38339732 - Pág. 4



## 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: **Wollcie da Silva Ribeiro**

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

5 - Nome completo: <b>Wollcie da Silva Ribeiro</b>	6 - CPF: <b>111.849.044-81</b>		
7 - Profissão: <b>RECUSO</b>	8 - Endereço: <b>Rua das Amelias</b>	9 - Número: <b>S/N</b>	10 - Complemento: <b>Casa</b>
11 - Bairro: <b>Centro</b>	12 - Cidade: <b>Ahondra</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58320-000</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <b>93988553045</b>	

### 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: <b>Bradesco</b>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: <b>2108</b>
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	CONTA: <b>54102</b>
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **2108** CONTA: **54102** (4)  
(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.

### 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 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.

### 23 - 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(s), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

34 -  Invalidez digital da vítima ou beneficiário (se houver)

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

40 - Local e Data: **João Pessoa PB 18/05/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Wollcie da Silva Ribeiro**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

53 - Assinatura do Procurador (se houver)

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

57 - Assinatura do Procurador (se houver)

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

59 - Assinatura do Procurador (se houver)

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

61 - Assinatura do Procurador (se houver)

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

63 - Assinatura do Procurador (se houver)

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

65 - Assinatura do Procurador (se houver)

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

67 - Assinatura do Procurador (se houver)

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

69 - Assinatura do Procurador (se houver)

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

71 - Assinatura do Procurador (se houver)

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

73 - Assinatura do Procurador (se houver)

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

75 - Assinatura do Procurador (se houver)

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

77 - Assinatura do Procurador (se houver)

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

79 - Assinatura do Procurador (se houver)

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

81 - Assinatura do Procurador (se houver)

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

83 - Assinatura do Procurador (se houver)

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

85 - Assinatura do Procurador (se houver)

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

87 - Assinatura do Procurador (se houver)

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

89 - Assinatura do Procurador (se houver)

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

91 - Assinatura do Procurador (se houver)

92 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

93 - Assinatura do Procurador (se houver)

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

95 - Assinatura do Procurador (se houver)

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

97 - Assinatura do Procurador (se houver)

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

99 - Assinatura do Procurador (se houver)

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

101 - Assinatura do Procurador (se houver)

102 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

103 - Assinatura do Procurador (se houver)

104 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

105 - Assinatura do Procurador (se houver)

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

107 - Assinatura do Procurador (se houver)

108 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

109 - Assinatura do Procurador (se houver)

110 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

111 - Assinatura do Procurador (se houver)

112 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

113 - Assinatura do Procurador (se houver)

114 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

115 - Assinatura do Procurador (se houver)

116 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

117 - Assinatura do Procurador (se houver)

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

119 - Assinatura do Procurador (se houver)

120 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

121 - Assinatura do Procurador (se houver)

122 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

123 - Assinatura do Procurador (se houver)

124 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

125 - Assinatura do Procurador (se houver)

126 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

127 - Assinatura do Procurador (se houver)

128 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

129 - Assinatura do Procurador (se houver)

130 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

131 - Assinatura do Procurador (se houver)

132 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

133 - Assinatura do Procurador (se houver)

134 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

135 - Assinatura do Procurador (se houver)

136 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

137 - Assinatura do Procurador (se houver)

138 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

139 - Assinatura do Procurador (se houver)

140 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

141 - Assinatura do Procurador (se houver)

142 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

143 - Assinatura do Procurador (se houver)

144 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

145 - Assinatura do Procurador (se houver)

146 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

147 - Assinatura do Procurador (se houver)

148 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

149 - Assinatura do Procurador (se houver)

150 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

151 - Assinatura do Procurador (se houver)

152 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

153 - Assinatura do Procurador (se houver)

154 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

155 - Assinatura do Procurador (se houver)

156 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

157 - Assinatura do Procurador (se houver)

158 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

159 - Assinatura do Procurador (se houver)

160 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

161 - Assinatura do Procurador (se houver)

162 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

163 - Assinatura do Procurador (se houver)

164 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

165 - Assinatura do Procurador (se houver)

166 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

167 - Assinatura do Procurador (se houver)

168 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

169 - Assinatura do Procurador (se houver)

170 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

171 - Assinatura do Procurador (se houver)

172 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

173 - Assinatura do Procurador (se houver)

174 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

175 - Assinatura do Procurador (se houver)

176 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

177 - Assinatura do Procurador (se houver)

178 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

179 - Assinatura do Procurador (se houver)

180 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

181 - Assinatura do Procurador (se houver)

182 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

183 - Assinatura do Procurador (se houver)

184 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

185 - Assinatura do Procurador (se houver)

186 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

187 - Assinatura do Procurador (se houver)

188 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

189 - Assinatura do Procurador (se houver)

190 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

191 - Assinatura do Procurador (se houver)

192 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



<b>Identificação do paciente</b>				
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
Email	Naturalidade ALHANDRA	UF PB		
<b>Endereço</b>				
CEP 58320000	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro LAURA LIMA DA SILVA	
Número 55	Complemento	Bairro CENTRO		
<b>Admissão</b>				
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		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMU	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA: X mmHg	P脉	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por TELMO FIGUEIREDO CURINO				CID
<input type="button" value="Imprimir"/>				Tempo 44seg



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

BRADESCO26052020050000000002370210800000057102371250 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

Num. 38339732 - Pág. 7

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para sempre pagamento da nota fiscal/venda de energia elétrica - Nº 842.752.704



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-3

## DADOS DO CLIENTE

IZABEL MORENO DA SILVA  
RUA DAS AMELIAS S/N  
ALHANDRA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

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](http://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 AMELIAS S/N - CENTRO - ALHANDRA / PB - CEP 00000-000

Nossa-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



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

Num. 38339732 - Pág. 8



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 981643086	DDD	Telefone	
Tipo documento	Número documento	Nº Crs		
Local de procedência ALHANDRA	Tipo MUNICÍPIO UF PB			
Email	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R		
Endereço				
Logradouro ALHANDRA	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	Vôo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos 02/01/2020 Paciente deu entrada neste setor trazido por equipe do Samu vítima de acidente de moto. Relata não estar no momento da colisão usando capacete, segue consciente e orientada, em uso de colar cervical e com fratura exposta de punho E. medicado CPM e enunciado de ação				
Diagnóstico Atendido por TELMO FIGUEIREDO GUILRINO CD 5				
CD 5 Erica Da Bianco COREN/PB/124615-EMF Imprimir Tempo 44seg				

Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Endereço: Rua Orestes Lisboa, s/n, Pedro Gondim, João Pessoa - PB, 58031090



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
o trabalho

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

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

ANAMN

COLISÃO MOTO-MOTO, TRAZIDO PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA. AO EXAME: EGR, CORADO. TORREAGENTES CABEÇA. PRESENÇA DE FERIMENTO CORTO CONTUSO NA REGIÃO OCCIPITAL +. NÉGA CERVICALGIA À PALPACAO/MOBILIZAÇÃO. RAIOS X DE COLUNA CERVICAL SEM SINAIS DE FRATURA. SURGIA 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





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

Paciente <b>WALLACE DA SILVA RIBEIRO</b>	BAE 1214172	Data/Hora Entrada: 02/01/2020 20:26:22	Data Baixa
Data de nascimento <b>05/05/1995</b>	Idade 24a 7m 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991643086
Mãe <b>ISABEL MORENO DA SILVA</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>LAURA LIMA DA SILVA, 55</b>	Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO CAVALCANTI CIRAUOL JUNIOR	Nº Cons. Regional 4087/PB
Data/Hora Classificação 02/01/2020 20:26:22		Data/Hora Prescrição 02/01/2020 20:45:05	

## ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO TRAZIDO PELO SAMU COM IMÓBILIZAÇÃO EM PRANCHA. AO EXAME: EGR, CORADO, E, 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 EQUINA, AS MMII: NDN CONDUTA. SOLICITO RAIOS X DE COLUNA CERVICAL, FACE, E PUNHO, MÃO ESQUERDOS

## INDICAÇÃO

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

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRZ), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUE), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RAE: *Indicada*, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RAZ: *Indicada*, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

TELE: *Indicada*

Obs: especificado

Enfermeiro:

ROBERTO CAVALCANTI CIRAUOL JUNIOR  
(: 4087/PB)

*Dr. Roberto C. Ciraulo Júnior*  
Médico  
CRM-PB 4087

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





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

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

## 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

ONDANSETRONA 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:: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

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

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE





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

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

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

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

#### **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 BMA  
Implodontista  
CRM - 3267





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165780 - CNES: 2593262

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

Nome	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
WALLACE DA SILVA RIBEIRO	1214172	02/01/2020 20:26:22	
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 708604181427190
Tempo de Internação 14d 9h 59min		Convênio SUS	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	Plantão DIURNO
			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-Bico-Maxilo-Facial  
02/01/2020 - 4400



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	Data/Hora Entrada	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
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:

DESCRÍCÃO DA EVOLUÇÃO:

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

CD: VPM + RAIO-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

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  
 CIRURGIAO: DR PATRICIO NETO 1º ASS:  
 2º ASS:  
 INSTRUMENTADOR:  
 TIPO DE ANESTESIA: GERAL ANESTESISTA: DR TIERRES  
 HORÁRIO INÍCIO: 8:00 TÉRMINO: 10:00

	DIAGNÓSTICO POS-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. Patrício Oliveira DATA: 17.01.2020  
 Cirurgião Busto-Maxilo-Facial  
 070/00 - 4400





卷之五  
五

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



MEETSHI

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 PARASUSOS 1.5	
# 01 PARAFUSOS AUTOPERFURANTE 1.5 X 10MM (DESCARTADOS)	
07 PARAFUSOS AUTORROSCANTE 1.5 X 14 MM (DESCARTADOS)	
01 PARAFUSO AUTORROSCANTE 1.5 X 15 MM (DESCARTADOS)	
01 PARAFUSO DE EMERGÊNCIA 1.8 X 13 MM (DESCARTADOS)	
Conduta:	
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 EMERGÊNCIA 2.8 X 7 MM	
01 PARAFUSO DE EMERGÊNCIA 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-Dentista  
Av. Presidente Vargas, 12 - Centro

João Pessoa,

17.01.2020





## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/01/20

PRONTUÁRIO: 1214172

COR: IDATE: 294

ANESTÉSICO GERAL  RADICULOG.  FÍBROSAL  BLOQUEIO  BLOQ. NERVOS  OUTROS

~~Este paciente está mantendo o seu nível de consciência, pre-oxigenado. Induzir O<sub>2</sub> + O<sub>2</sub> (3) + (4) + N<sub>2</sub>O com 1.0~~

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

medo. Induzi ① + ② + ③ + ④.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS	
DIÁSESS	1. PROTOCOL - 180 mg
NAEL	2. FENTANIL - 200 µEG
SANGUE	3. LIDOCAINA - 80 mg
RANGER	4. ROCURÔMIO - 80 µG
TOTAL	5. MIGRAOLAR - 2,5 mg
DESTINO DO PACIENTE	6. COTALOTT MA - 2
<input type="checkbox"/> APTA <input type="checkbox"/> ENFERMIGA	7. DEXTRROFETAMID - 10 mg
<input type="checkbox"/> UFI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8. DEXAMETASONA - 10 g
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS UPA	9. RONI FORTANIC - 2 mg
	10. DIPROAN - 7,5
OBSERVAÇÕES INADICIONAIS	11. ATROPINA - 1/8
	12. NEOSTIGMINA - 2
	13.
	14.
	15.
	16.
	17.
	18.
	19.
	20.

www.360easysoft.com

卷之三

**Pierres Kehrwald**  
MÉDICO  
CRM 7172

## 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  
 CIRURGÃO: DR LAURI 1º ASS: DR JAQUES  
 2º ASS: MR2 LAIANA 3º ASS:   
 INSTRUMENTADOR:  ANESTESISTA:   
 TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO:  TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO		CÓDIGO
<u>FRATURA DIAFISARIA DE RÁDIO ESQ</u>		
<u>COMINUTA</u>		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE GALEAZZI</u>		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO NÃO

Descrição:

Biópsia de congelação:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA  
RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: Lauri E.C. Junior DATA: 9/1/2020

Ortopedia/Trumatologia  
CRM-PB: 01876/TEOT-13839

## Nota de Sala Cirúrgica

卷之三





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

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

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

**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, ÁCIANÓTICO, AFEBRIL AO TOQUE

EFEO: EDEMA EM 1/3 MÉDIO DE FACE, TNA EM POSIÇÃO (+/- 48H) COM 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) SEGUO ACOMPANHAMENTO BMF, AGUARDO 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 Bucal-Máximo-Facial  
CRU-PB 5126

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHL

NOME: WALACE DA SILVA RIBEIRO BE/PRONTUÁRIO 1214172  
 IDADE: 30 COR:  DATA: 2/1/2020  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP:  LR:   
 CIRURGIA: TTO CIRURGICO DE FRATURAS EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ  
 CIRURGÃO: DR. EDSON TINOCO 1º ASS: MR2 DANIEL  
 2º ASS:  3º ASS:   
 INSTRUMENTADOR:  ANESTESISTA:   
 TIPO DE ANESTESIA: BLOQ HORÁRIO INÍCIO:  TÉRMINO:

**DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRICO**

**FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDA**

**PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**

**TRATAMENTO CIRÚRGICO 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

Suelio Moreira Torres  
 MEDICO  
 CRM 1134



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:  
**PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA**  
**ASSEPSIA E ANTISSEPSIA**

## APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:  
**FERIMENTO PRE EXISTENTE**

Achados:  
**FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ**

Conduta:  
**LMC COM SF0,9% EXAUSTIVA**  
**REDUÇAÕ DA FRATURA**  
**FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO DE RÁDIO 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 Conserva Arruda*  
 MÉDICO  
 CRM 11134



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE	Wallace da Silva Ribeiro						
IDADE	24	SEXO	M	DATA	2021-01-01	PERÍODO	08:00 - 12:00
CRUROLOGIA	TTO cirurgia de fratura Experto de Rodo (C)						
CIRURGIA	Edson Amorim						
ANESTESIA	Bloqueio de Rodo						
ANESTESISTA	Dra. [ilhota]						
INSTRUMENTADOR	[ilhota]						
DATA	02/01/2020	TEMPO CIRÚRGICO	ANESTESIA	TIPO	2h 40 min	CIRÚRGICO	23:40
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA I (ASA 1) ASA II (ASA 2) ASA III (ASA 3) ASA IV (ASA 4) ASA V (ASA 5)							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO (1) LIMPIDA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAIS CONT.		QTD	FIOS		QTD
ALFENTANILA	5000 ML	JELCO N°18			FIO CAT GUT CRÔMADO N°		
BUTINACAÍNA ISOBARICA	5 AL	JELCO N°26			FIO CAT GUT CRÔMADO N°		
BUTINACAÍNA FESADA		JELCO N°22			FIO DE AÇO N°		
ITANINA		JELCO N°24			FIO DE AÇO N°		
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORACICO N°			FIO DE NYLON N°		8.0
FLUMONIDATO		SOLUÇÕES		QTD	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%			LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°
FENTANILA		PVP/PI DEGERMANT			LÂMINA BISTURI N°22		FIO POLIGLACTINA N°
FLUMAZENIL		PVP TINTURA			LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO		PVP TORÇO			LÂMINA DE CIRURGOMO		FIO POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA CI VASO		SABÃO ANTISEPTICO			LÂMINA DE FRAUER		FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA SI VASO		MATERIAIS		QTD	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCALINA CI VASO		AGULHA 13X4,5			LUVA ESTÉRIL N°5		FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCALINA SI VASO		AGULHA 23X6,0			LUVA ESTÉRIL N°5		FIO POLIGLECAPRONE 4%
MIDAZOLAM		AGULHA 23X6			LUVA ESTÉRIL N°6		FIO SEDA N°
MORFINA		AGULHA 40X12			LUVA ESTÉRIL N°8		FITA CARDIACA
NUBECUM		AGULHA PERIODRICAL N°8			MASCARA CIRÚRGICA		
PANCULÔMICO		AGULHA PERIODRICAL N°17			MULTIVAS		CATETER DE PVC
PETIDINA		AGULHA PERIODRICAL N°18			PERFURADOR DE SORO		MENTO CIRÚRGICO
PROPÓFOLIS		AGULHA RAQU N°16			SCALP N°9		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQU N°16			SCALP N°11		FIO DE KIRSCHNER N°
ROCURÔMICO		AGULHA RAQU N°16			SERINGA 1ML		1,5
STYCOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO			SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°
SUANOTÔMICO		ATADURA DE CREPOM			SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA			SERINGA 10ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD	BOLSA PI COLOSTOMIA			SONDA ASP. TRAQUEAL N°6		HEMOST. ABSORVÍVEL
DRENALINA		CÂNULA PI TRAQUEOBESTÔMICA N°			SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DURÍVA VENTRUCULAR
SUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO			SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR
TROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N°			SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAME
EXTRA		CATETER EPIDURAL N°16			SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FODADOR EXTERNO
CETAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17			SONDA FOLEY 2VIAS N°12		ENTRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18			SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIPRORONASÓDICA		CERA PARA OSSO			SONDA NASOS. CURTA		PARAFUSOS CORTICais
EDROFUNA		COLET URINA FECHADO			SONDA NASOS. LONGA		PARAFUSOS CORTICais
FUROSÍNDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS (Pac 10)			SONDA UTERINA N°		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 10%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			TORNIZINHA		PARAFUSOS IRONDEO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PEDROSA			TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALBOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO			TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALBOLAR
LEDOCÁINA GELÉIA		ELETRODOS		5	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MALEJOGOTAS			TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMENE		EQUIPO MICROJOGOTAS					EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP			FIOS		QTD
TENDOCIAN		ESPANDEIRÃO			FIO ALGODÃO SIA N°		( ) ASPIRADOR
		GAZES (PAC) 5/10			FIO ALGODÃO SIA N°		( ) BISTURI ELÉTRICO
		GAZES ALGODOSADAS			FIO ALGODÃO SIA N°		( ) CAPNÓGRAFO
		GEL ELETROLÍTICO			FIO ALGODÃO SIA N°		( ) CARDIOMONITOR
		JELCO N°14			FIO ALGODÃO SIA N°		( ) DESFIBRILADOR
		JELCO N°16					( ) FOCO AUXILIAR
		agulha de Rodo 4.50 (1)					( ) FOCO CENTRAL
							( ) MICROSCÓPIO
							( ) TONÔMETRO DE PULSO
							( ) T.P.A. CERVICAL NÃO INVASIVA
							( ) PERFURADOR ELÉTRICO
							( ) SERVA
							CIRULANTE

Germinal Gomes  
Tec. de Enfermagem  
FAX: 0424976

F(NG: ASCIR.011)

HGETSHU

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 02/01/20

PRONTUÁRIO: 1214172



PACIENTE: WALLACE DA SILVA 1286100 SEXO: M COR: IDADE: 244

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL: ( BOM ) X ( REGULAR ) ( MAU ) ( PESSIMO ) RISCO CIRÚRGICO: ( BOM ) X ( REGULAR ) ( MAU ) ( PESSIMO )

EXAMES COMPLEMENTARES

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

AP. DIGESTIVO: ESY. CHATO ESTADO MENTAL: CONSCIENTE DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO: P ESTADO FÍSICO/ASAL: T-6

POSIÇÃO: Hora: 00:00

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA: TRAT. CIRÚRGICO DE FRAT. OSTEOTOMIA DE RIBA DE PANCÔDICO.

CIRURGÃO: Dr. EDSON TINOCO AUXILIARES: Andre Cavalieri et PB

INÍCIO DA ANESTESIA: 22:40h TERMO DA ANESTESIA: 23:40 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1004

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES RS:

ANESTESISTA: Dr. ANDRE CPF: CRM-PB 7779

AGENTES-ORNA: Dr. Wallace (RC) Andre Cavalieri et PB

N.º: 02

L.05

L.06

L.07

L.08

L.09

L.10

L.11

L.12

L.13

L.14

L.15

L.16

L.17

L.18

L.19

L.20

L.21

L.22

L.23

L.24

L.25

L.26

L.27

L.28

L.29

L.30

L.31

L.32

L.33

L.34

L.35

L.36

L.37

L.38

L.39

L.40

L.41

L.42

L.43

L.44

L.45

L.46

L.47

L.48

L.49

L.50

L.51

L.52

L.53

L.54

L.55

L.56

L.57

L.58

L.59

L.60

L.61

L.62

L.63

L.64

L.65

L.66

L.67

L.68

L.69

L.70

L.71

L.72

L.73

L.74

L.75

L.76

L.77

L.78

L.79

L.80

L.81

L.82

L.83

L.84

L.85

L.86

L.87

L.88

L.89

L.90

L.91

L.92

L.93

L.94

L.95

L.96

L.97

L.98

L.99

L.100

L.101

L.102

L.103

L.104

L.105

L.106

L.107

L.108

L.109

L.110

L.111

L.112

L.113

L.114

L.115

L.116

L.117

L.118

L.119

L.120

L.121

L.122

L.123

L.124

L.125

L.126

L.127

L.128

L.129

L.130

L.131

L.132

L.133

L.134

L.135

L.136

L.137

L.138

L.139

L.140

L.141

L.142

L.143

L.144

L.145

L.146

L.147

L.148

L.149

L.150

L.151

L.152

L.153

L.154

L.155

L.156

L.157

L.158

L.159

L.160

L.161

L.162

L.163

L.164

L.165

L.166

L.167

L.168

L.169

L.170

L.171

L.172

L.173

L.174

L.175

L.176

L.177

L.178

L.179

L.180

L.181

L.182

L.183

L.184

L.185

L.186

L.187

L.188

L.189

L.190

L.191

L.192

L.193

L.194

L.195

L.196

L.197

L.198

L.199

L.200

L.201

L.202

L.203

L.204

L.205

L.206

L.207

L.208

L.209

L.210

L.211

L.212

L.213

L.214

L.215

L.216

L.217

L.218

L.219

L.220

L.221

L.222

L.223

L.224

L.225

L.226

L.227

L.228

L.229

L.230

L.231

L.232

L.233

L.234

L.235

L.236

L.237

L.238

L.239

L.240

L.241

L.242

L.243

L.244

L.245

L.246

L.247

L.248

L.249

L.250

L.251

L.252

L.253

L.254

L.255

L.256

L.257

L.258

L.259

L.260

L.261

L.262

L.263

L.264

L.265

L.266

L.267

L.268

L.269

L.270

L.271

L.272

L.273

L.274

L.275

L.276

L.277

L.278

L.279

L.280

L.281

L.282

L.283

L.284

L.285

L.286

L.287

L.288

L.289

L.290

L.291

L.292

L.293

L.294

L.295

L.296

L.297

L.298



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:			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, 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.			
<b>Resultado de Exames:</b> FRATURA COMPLEXA DE TERÇO MÉDIO DA FACE			
<b>Tratamento:</b> REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE TERÇO MÉDIO DA FACE			
<b>Diagnóstico:</b> S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
<b>Recomendações:</b> 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 B&F  
Implantodontista  
CRM-3267





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



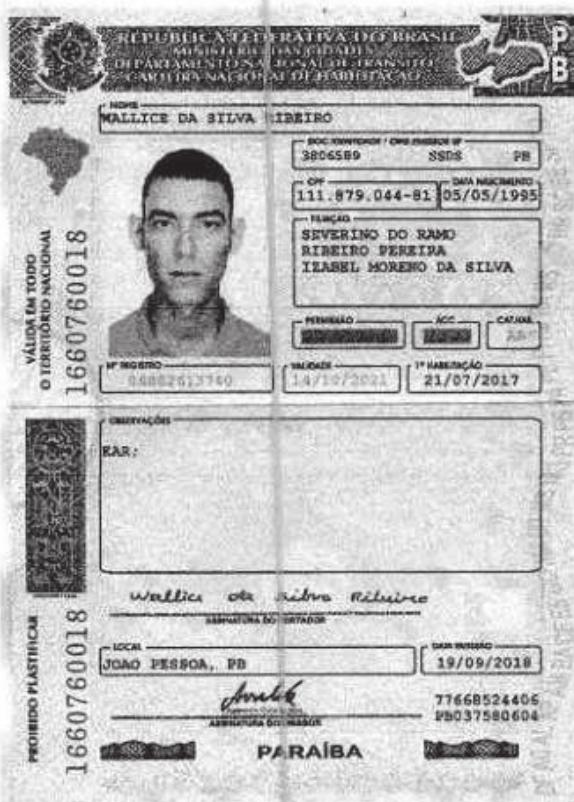
## CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: WALLACE DA SILVA RIBEIRO  
DATA DO ATENDIMENTO: 17/04/20  
Nº PRONTUÁRIO: 1314172 FICHA: \_\_\_\_\_  
MÉDICO (CARIMBO): \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO: INT TENDO MÉDIO FRC  
PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_  
Reverendo

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG) APC 035-1





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

Num. 38339732 - Pág. 30

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN

DETTRAN - PB

N. 014666596751

6230858898

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20190000278180-0

VIA 1 COD. RE NAVAM RNRFC  
0118480002-8 00/00000000

NOME/ENDERECO  
JORGE DA SILVA HENRIQUE  
RUA MANOEL JACÓME DE BRITO SN  
CRUZ DAS ARMAS  
58085650 JOÃO PESSOA - PB

CPF/CNPJ 70024087475 PLACA 0SB3113/PB

NOME ANTERIOR  
EDERSON JUNHO DA SILVA LAURENTINO

PLACA ANTERIOR NOVO 15 CHASSI 9C6DG2540J0013638

ESPECIE TIPO P/M: MOTOCICLETA/ NÃO APLICÁVEL COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO YAMAHA / XT310 CROSSER E ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

QMP/POZ/CIL 21 F/149 / CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL

OBSERVAÇÕES  
EM RESERVA DE DOMÍNIO

N. MOTOR - G355L-024433

JURU PB 2021 LOCAL 15/07/2019  
20320 40886



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

Num. 38339732 - Pág. 31



Seguradora Líder • DPVAT

**SEGURADO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS**

**- IDENTIFICAÇÃO**

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

MARQUE ( ) 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 DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 RECEITÁRIO 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, TAIIS 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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**

- \* MORTE = R\$ 13.500,00
- \* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADA PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - \* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REFEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- \* 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: LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [www.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

**- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE** \_\_\_\_\_  
 DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA *Alvill, CE 01/27/19*

**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADA** \_\_\_\_\_  
 DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_



## 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 URNA 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
		<b>Total</b>	<b>27,5 %</b>	<b>R\$ 3.712,50</b>



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

Num. 38339732 - Pág. 33

## 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

**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](http://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



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

Num. 38339732 - Pág. 34

## 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 URNA 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
		<b>Total</b>	<b>27,5 %</b>	<b>R\$ 3.712,50</b>





**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 Duto 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](http://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

Num. 38339733 - Pág. 1

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

Num. 38339733 - Pág. 2