



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)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
37433 826	03/12/2020 14:51	<u>2772942_CONTESTACAO_Anexo_02</u>



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

Pag. 00021/00022 - carta_01 - INVALIDEZ



00020011

Carta nº 15790571



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 14:51:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314511988100000035717511>
Número do documento: 20120314511988100000035717511

Num. 37433826 - 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: Wollcie da Silva Ribeiro	6 - CPF: 111.849.044-81		
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: Rua das Amelias	9 - Número: S/N	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Ahondra	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58320-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): 93988553045	

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 (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

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

193 - Assinatura do Procurador (se houver)



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1º Superintendência Regional de Polícia Civil
5º 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

WALLICE DA SILVA RE

Noticiante

Procedimento Policial: 00206.01.2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 14:51:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314511988100000035717511>

Número do documento: 20120314511988100000035717511

Num. 37433826 - 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: Wollcie da Silva Ribeiro	6 - CPF: 111.849.044-81		
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: Rua das Amelias	9 - Número: S/N	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Ahondra	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58320-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): 93988553045	

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)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: **2108**

CONTA: **54102**

4

(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.

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 teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) Sim Não

31 - Vítima Sim Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

TESTEMUNHAS





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
Email	Naturalidade ALHANDRA	UF PB		
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	Véio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA: X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por TELMO FIGUEIREDO CURINO				CID
				Tempo 44seg
<input type="button" value="Imprimir"/>				



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 - 03/12/2020 14:51:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314511988100000035717511>
Número do documento: 20120314511988100000035717511

Num. 37433826 - 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. 16.015.823-8

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

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 - 03/12/2020 14:51:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314511988100000035717511>
Número do documento: 20120314511988100000035717511

Num. 37433826 - 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 []
Diagnóstico 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 agravos				
Assinado por TELMO FIGUEIREDO GUILRINO	CD	CD		
Tempo 44seg				

Erica Da Bianco
COREN/PB/124615-EMF

Imprimir

Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Endereço: Rua Orestes Lisboa, 500 - Centro - João Pessoa - PB



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	Data/Hora Entrada:	
Data de nascimento:	05/05/1995	1214172	02/01/2020 20:26:22	Data Baixa
Mãe:	ISABEL MORENO DA SILVA	Sexo:	CNS	Telefone de Contato:
Endereço:	LAURA LIMA DA SILVA, 55	Bairro:	ALHANDRA	UF:
Motivo:	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Município:	PB	
Det:	02/01/2020 20:26:22	Profissional:	Nº Cons. Regional:	
		ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS	6005/PB	
		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 +. O PAC. NEGA 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

Enfermeiro

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 14:51:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314511988100000035717511>
 Número do documento: 20120314511988100000035717511

Num. 37433826 - Pág. 10



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991643086
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA		CNS	Prontuário
Endereço LAURA LIMA DA SILVA, 55	Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	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 + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RAE: (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RAZ: (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

TELE

... não especificado

Enfermeiro:

ROBERTO CAVALCANTI CIRAUOL JUNIOR
(: 4087/PB)

Dr. Roberto C. Ciraulo Junior
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
WALLACE DA SILVA RIBEIRO	1214172	02/01/2020 20:26:22	
Data de nascimento	Idade	Sexo	
05/05/1995	24a 7m 29d	Masculino	CNS
Mãe			
ISABEL MORENO DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
LAURA LIMA DA SILVA, 55	CENTRO	ALHANDRA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DANIEL CONSERVA ARRUDA	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 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 in		Convênio SUS	Plantão DIURNO
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 45m in

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: PATRÍCIO 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
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 (PATRÍCIO 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: PATRÍCIO JOSE DE OLIVEIRA NETO

Número Conselho: 4400

*Dr. Patrício Oliveira
Cirurgião-Belo-Marilio-Face:
02/09 - 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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

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
 CIRURGÃO: 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





CROZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

01/01/2020

HEETSIL

DESCRÍÇÃO 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 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
CRM-PE 00000000000000000000

João Pessoa,

17.01.2020



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/01/20

PRONTUÁRIO: 1219172

PACIENTE: WALLACE DA SILVA RIBEIRO	SEXO: M	COR: 291	IDADE: 29
PRESSÃO ARTERIAL PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL: BOM	X REGULAR	MAU PESSIMO	RISCO CIRÚRGICO: BOM
EXAMES COMPLEMENTARES: CHOCADOS (NDA)			
AP. RESPIRATÓRIO: EUPNEICO		AP. CIRCULATÓRIO: OBTUSO (NDA)	
AP. DIGESTIVO: SÓ SUCO	ESTADO MENTAL: LOTO	DROGAS EM USO	
FRE-ANESTÉSICO:			ESTADO FÍSICO: I
DOSE HORA:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	CIRURGIA REALIZADA FRAT. COM PLEIAS DO TERÇO MÉDIO DA FACH COM FIXOESTO CIRÚRGICA		
CIRURGIÃO: PATRÍCIO	AUXILIARES	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 3:00 (10')	
INÍCIO DA ANESTESIA: 07:55hs	TERMINO DA ANESTESIA: 10:49	VALORES RS:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANT. DE CH:	CRM-PB	
ANESTESISTA: DR. ADRIANA LOPES	DR. TORRES	Fábio Kehrwald MÉDICO CRM 7179	
AGENTE ANESTÉSICO: DR. Wender (12)			
UO: N	Solo		
UO: 20	50		
UO: 50	50		
•	140		
•	160		
•	180		
•	200		
•	220		
•	240		
•	260		
•	280		
•	300		
•	320		
•	340		
•	360		
•	380		
•	400		
•	420		
•	440		
•	460		
•	480		
•	500		
•	520		
•	540		
•	560		
•	580		
•	600		
•	620		
•	640		
•	660		
•	680		
•	700		
•	720		
•	740		
•	760		
•	780		
•	800		
•	820		
•	840		
•	860		
•	880		
•	900		
•	920		
•	940		
•	960		
•	980		
•	1000		
•	1020		
•	1040		
•	1060		
•	1080		
•	1100		
•	1120		
•	1140		
•	1160		
•	1180		
•	1200		
•	1220		
•	1240		
•	1260		
•	1280		
•	1300		
•	1320		
•	1340		
•	1360		
•	1380		
•	1400		
•	1420		
•	1440		
•	1460		
•	1480		
•	1500		
•	1520		
•	1540		
•	1560		
•	1580		
•	1600		
•	1620		
•	1640		
•	1660		
•	1680		
•	1700		
•	1720		
•	1740		
•	1760		
•	1780		
•	1800		
•	1820		
•	1840		
•	1860		
•	1880		
•	1900		
•	1920		
•	1940		
•	1960		
•	1980		
•	2000		
•	2020		
•	2040		
•	2060		
•	2080		
•	2100		
•	2120		
•	2140		
•	2160		
•	2180		
•	2200		
•	2220		
•	2240		
•	2260		
•	2280		
•	2300		
•	2320		
•	2340		
•	2360		
•	2380		
•	2400		
•	2420		
•	2440		
•	2460		
•	2480		
•	2500		
•	2520		
•	2540		
•	2560		
•	2580		
•	2600		
•	2620		
•	2640		
•	2660		
•	2680		
•	2700		
•	2720		
•	2740		
•	2760		
•	2780		
•	2800		
•	2820		
•	2840		
•	2860		
•	2880		
•	2900		
•	2920		
•	2940		
•	2960		
•	2980		
•	3000		
•	3020		
•	3040		
•	3060		
•	3080		
•	3100		
•	3120		
•	3140		
•	3160		
•	3180		
•	3200		
•	3220		
•	3240		
•	3260		
•	3280		
•	3300		
•	3320		
•	3340		
•	3360		
•	3380		
•	3400		
•	3420		
•	3440		
•	3460		
•	3480		
•	3500		
•	3520		
•	3540		
•	3560		
•	3580		
•	3600		
•	3620		
•	3640		
•	3660		
•	3680		
•	3700		
•	3720		
•	3740		
•	3760		
•	3780		
•	3800		
•	3820		
•	3840		
•	3860		
•	3880		
•	3900		
•	3920		
•	3940		
•	3960		
•	3980		
•	4000		
•	4020		
•	4040		
•	4060		
•	4080		
•	4100		
•	4120		
•	4140		
•	4160		
•	4180		
•	4200		
•	4220		
•	4240		
•	4260		
•	4280		
•	4300		
•	4320		
•	4340		
•	4360		
•	4380		
•	4400		
•	4420		
•	4440		
•	4460		
•	4480		
•	4500		
•	4520		
•	4540		
•	4560		
•	4580		
•	4600		
•	4620		
•	4640		
•	4660		
•	4680		
•	4700		
•	4720		
•	4740		
•	4760		
•	4780		
•	4800		
•	4820		
•	4840		
•	4860		
•	4880		
•	4900		
•	4920		
•	4940		
•	4960		
•	4980		
•	5000		
•	5020		
•	5040		
•	5060		
•	5080		
•	5100		
•	5120		
•	5140		
•	5160		
•	5180		
•	5200		
•	5220		
•	5240		
•	5260		
•	5280		
•	5300		
•	5320		
•	5340		
•	5360		
•	5380		
•	5400		
•	5420		
•	5440		
•	5460		
•	5480		
•	5500		
•	5520		
•	5540		
•	5560		
•	5580		
•	5600		
•	5620		
•	5640		
•	5660		
•	5680		
•	5700		
•	5720		
•	5740		
•	5760		
•	5780		
•	5800		
•	5820		
•	5840		
•	5860		
•	5880		
•	5900		
•	5920		
•	5940		
•	5960		
•	5980		
•	6000		
•	6020		
•	6040		
•	6060		
•	6080		
•	6100		
•	6120		
•	6140		
•	6160		
•	6180		
•	6200		
•	6220		
•	6240		
•	6260		
•	6280		
•	6300		
•	6320		
•	6340		
•	6360		
•	6380		
•	6400		
•	6420		
•	6440		
•	6460		
•	6480		
•	6500		
•	6520		
•	6540		
•	6560		
•	6580		
•	6600		
•	6620		
•	6640		
•	6660		
•	6680		
•	6700		
•	6720		
•	6740		
•	6760		
•	6780		
•	6800		
•	6820		
•	6840		
•	6860		
•	6880		
•	6900		
•	6920		
•	6940		
•	6960		
•	6980		
•	7000		
•	7020		
•	7040		
•	7060		
•	7080		
•	7100		
•	7120		
•	7140		
•	7160		
•	7180		
•	7200		
•	7220		
•	7240		
•	7260		
•	7280		
•	7300		
•	7320		
•	7340		
•	7360		
•	7380		
•	7400		
•	7420		
•	7440		
•	7460		
•	7480		
•	7500		
•	7520		
•	7540		
•	7560		
•	7580		
•	7600		
•	7620		
•	7640		
•	7660		
•	7680		
•	7700		
•	7720		
•	7740		
•	7760		

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-PE/001870/T-13839



Nota de Sala Cirúrgica

卷之三

EGALITÉ. A GÉLÉGÉN. 75





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 WALLACE DA SILVA RIBEIRO	Boleto 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, 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	2020-01-10	PERÍODO	08:40
CRUROLOGIA	TTO cirurgia de fratura Experto de Rodo (C)						
CIRURGIA	Edson Amorim						
ANESTESIA	Bloqueio de Rodo						
ANESTESISTA	Dra. [Signature]						
INSTRUMENTADOR	[Signature]						
DATA	2020-01-10	TEMPO CIRÚRGICO	ANESTESIA	TIPO	23:40	CIRURGICO	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/ESTÉSICAS	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 NYLON N°		
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORACICO N°			FIO DE NYLON N° 8.0		1
FLONIDAT		SOLUÇÕES		QTD	LÂMINA BISTURI N°11		
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%		1	LÂMINA BISTURI N°13		
FENTANILA		PVP DEGERMANT		1	LÂMINA BISTURI N°22		
FLUMAZENIL		PVP TINTURA		1	LÂMINA BISTURI N°24		
ISOFLURANO		PVP TORÇO			LÂMINA DE CIRURGICO		
LEVOBUPIVACAÍNA CI VASO		SABÃO ANTISEPTICO			LÂMINA DE FRAUER		
LEVOBUPIVACAÍNA SI VASO		MATERIAIS		QTD	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		1/1
LIDOCALINA CI VASO		AGULHA 13X4.5			LUVA ESTÉRIL N°5		
LIDOCALINA SI VASO		AGULHA 23X6.0			LUVA ESTÉRIL N°5		
MIDAZOLAN		AGULHA 23X6		1	LUVA ESTÉRIL N°6		
MORFINA		AGULHA 40X12		1	LUVA ESTÉRIL N°8		
NUBECUM		AGULHA PERIODRICAL N°8			MASCARA CIRURGICA		1/1
PANCULÔMICO		AGULHA PERIODRICAL N°17			MUTIVAS		
PETIDINA		AGULHA PERIODRICAL N°18			PERFURADOR DE SORO		
PROPÓFOL		AGULHA RAQU N°16			SCALP N°9		
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQU N°16			SCALP N°11		
ROCURÔMICO		AGULHA RAQU N°16			SERINGA 1ML		
STYCOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO			SERINGA 5ML		
SUANOTÔMICO		ATADURA DE CREPOM			SERINGA 10ML		
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA			SERINGA 10ML		
MEDICAÇÕES	QTD	BOLSA PI COLOSTOMIA			SONDA ASP. TRAQUEAL N°6		
DRENALINA		CÂNULA PI TRAQUEOSTOMIA N°			SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		
GLA. DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO			SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		
TROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N°			SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		
EXTRA		CATETER EPIDURAL N°16			SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		
CETAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17			SONDA FOLEY 2VIAS N°12		
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18			SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIPRORON SÓDICA		CERA PARA OSSO			SONDA NASOS. CURTA		
EDROFUNA		COLET URINA FECHADO			SONDA NASOS. LONGA		
FUROSINDA		COMPRESSAS CIRURGICAS (Pac 10)			SONDA UTERINA N°		
GLICOSE 10%		COMPRESSAS CIRURGICAS			TORNIZINHA		
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PEDROSE			TUBO ENDOTRAQUEAL N°		
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO			TUBO ENDOTRAQUEAL N°		
LEDOCALINA GELÉIA		ELETRODOS		5	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		
ONDASENTRONA		EQUIPO MALEJOGOTAS			PLACA		
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			PLACA		
PROSTIGMENE		EQUIPO MICROJOGOTAS					EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP			FIOS		QTD
TENDOCIAN		ESPANDEIRAO		1	FIOS		1) ASPIRADOR
		GAZES (PAC) 5/10			FIOS		2) BISTURI ELÉTRICO
		GAZES ALGODOSADAS			FIOS		3) CAPNÓGRAFO
		GEL ELETROLÍTICO			FIOS		4) CARDIOMONITOR
		JELCO N°14			FIOS		5) DESFIBRILADOR
		JELCO N°16			FIOS		6) FOCO AUXILIAR
		agulha de Rodo 4.50 (1)			FIOS		7) FOCO CENTRAL
					FIOS		8) MICROSCÓPIO
					FIOS		9) TONÔMETRO DE PULSO
					FIOS		10) T.P.A. CERVICAL NÃO INVASIVA
					FIOS		11) PERFURADOR ELÉTRICO
					FIOS		12) SERUA
					FIOS		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 1286180 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: 0

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

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

CIRURGÃO: J. 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: R. ANDRÉ CPF: CRM-PB 7779

AGENTES-ANEST: DR. WILSON (RC)

D. N. D.

L. OS. N. D.



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 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.			
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 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: 17/01/20

Nº PRONTUÁRIO: 1014173 FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO):

DIAGNÓSTICO: Tumor Térigo Múndio Frio

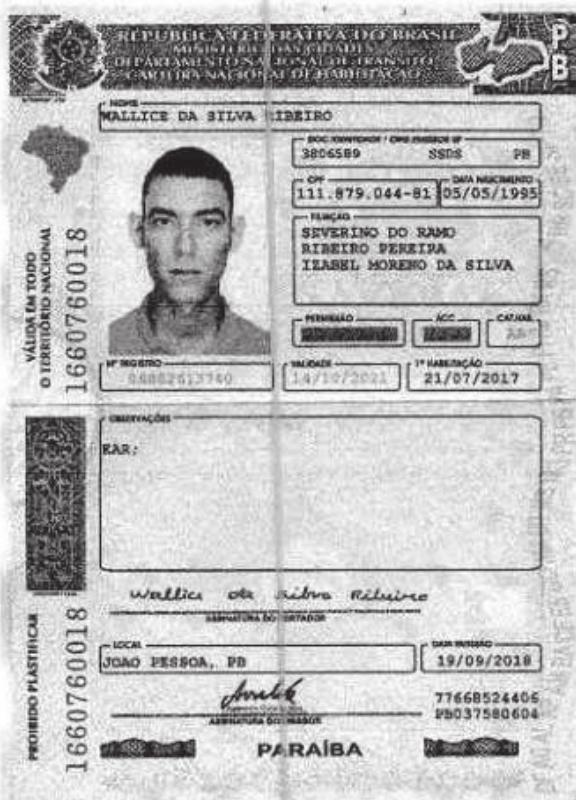
PROCEDIMENTO:

PROCEDURES
PUBLISHED

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG) APC 015-1





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 14:51:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314511988100000035717511>
Número do documento: 20120314511988100000035717511

Num. 37433826 - Pág. 30



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 14:51:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314511988100000035717511>
Número do documento: 20120314511988100000035717511

Num. 37433826 - Pág. 31



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURADO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____ DATA DO ACIDENTE _____ PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA E ENDEREÇO DO PORTADOR _____ N° _____ 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

() 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\$ 13.5.000,00
 * 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.
 * 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.DPVATSEGURADO.TRANSITO.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

- 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- 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 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADA
 DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA _____ 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 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

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 14:51:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314511988100000035717511>
Número do documento: 20120314511988100000035717511

Num. 37433826 - 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

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

