



Número: **0829799-63.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **25/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REBECA THAYS ALVES PAULA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42509076	30/04/2021 14:26	Petição	Petição
42509078	30/04/2021 14:26	2777273_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
42509079	30/04/2021 14:26	2777273_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200373068

Vítima: REBECA THAYS ALVES PAULA

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REBECA THAYS ALVES PAULA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: REBECA THAYS ALVES PAULA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000061464386-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01489/01490 - carta_15R - INVALIDEZ

00010745





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 084893184-09 4 - Nome completo da vítima: Rebeca Thays Alves Paula

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

5 - Nome completo: Rebeca Thays Alves Paula 6 - CPF: 084893184-09
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Smoelito Montenegro 9 - Número: 415 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Monte Castelo 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58406-100
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Campina Grande 28/09/20

Rebeca Thays

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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00303.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00303.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:19 horas do dia 05 de outubro 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 **Rebeca Thays Alves Paula**, conhecido(a) por Rebeca, CPF nº 084.893.184-09, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Rute Farias Paulo e Antonio Alves da Costa, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 23/08/2002 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Sindolfo Montenegro, Nº 415, complemento CASA, bairro Santo Antônio, tendo como ponto de referência Próximo do Estádio Plínio Lemos, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua João da Mata, nº S/N, Via Pública, Próximo da Farmácia "pague Menos", Campina Grande/PB, bairro CENTRO; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/02/20 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo XRE 300, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2012/2012, UF: PB, placa OFE-9535, chassi 9C2ND09100R403122, renavam 0049096544-0, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.L.v

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA DE CARONA NO VEÍCULO E NO LOCAL JÁ AMBOS DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, O VEÍCULO EM QUE ESTAVAM FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AS VÍTIMAS, SENDO QUE AMBOS FORAM SOCORRIDOS POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DERAM ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL. POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00303.01.2020.1.05.101



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 13 de outubro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

REBECA THAYS ALVES PAULA

Noticiante



Procedimento Policial: 00303.01.2020.1.05.101





2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 084893184-09	4 - Nome completo da vítima: Rebeca Thais Alves Paula
----------------------------	------------------------------------	--

5 - Nome completo: Rebeca Thays Alves Paula				6 - CPF: 084.893.184-09	
7 - Profissão: Ricuso		8 - Endereço: Imdolo Montenegro		9 - Número: 415	
10 - Complemento: Casa		11 - Bairro: Monte Castelo		12 - Cidade: Campana Grenck	
13 - Estado: PR		14 - CEP: 58406-100		15 - E-mail:	
16 - Tel. (DDD):					

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO 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

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTO S.A

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
----------------------------------	--	---

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

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

FE

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a-rro)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2# | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 000545NOV 28/09/20

Rebecca Thomas



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REBECA THAYS ALVES PAULA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000061464386-7

Nr. da Autenticação 511A3656E3E121F2



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é aceito para crédito

Se não tiver o código de barras, consulte o site da Energisa

Nº 007.522.575



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 05.929.596/0001-95 - Ins. Est. 16.003.833-1

DADOS DO CLIENTE

MANOEL DE PAULA SILVA
RUA SINDOLFO MONTENEGRO 415
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/44140-2

REFERÊNCIA

SET/2020

APRESENTAÇÃO

08/09/2020

CONSUMO

118

VENCIMENTO

15/09/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 95,71

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03269.641001 00225.134170 1 83790000009571

Pagador: MANOEL DE PAULA SILVA CNPJ/CPF: 048.218.824-34

RUA SINDOLFO MONTENEGRO 415 - MONTE CASTELO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000 58400-100

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32696410000225134	000000000202009	15/09/2020	R\$ 95,71	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265167500000040446004>

Número do documento: 21043014265167500000040446004



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

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 2107647

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/02/2020

PACIENTE: REBECA THAYS ALVES
PAULA 18 ANOS

Indereço: _____
Idade: 02/2020
Sexo: F
RG: _____
CPF: _____
Profissão: _____
Data de Atendimento: 15/02/2020
Hora: 21:28:11
Data de Nascimento: 31/12/1969
Telefone: _____
Bairro: _____
Nº: 0
CNS: _____
CONVÊNIO: SUS

BS FICHA: SEM DOCUMENTOS

EXAMES DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

- 1. Abordagem
- 2. Amputação
- 3. Avaliação
- 4. Contusão
- 5. Craniotomia
- 6. Cór
- 7. Escala
- 8. Encefalograma
- 9. Exame físico
- 10. Exame de urina
- 11. Exame de sangue
- 12. Exame de urina
- 13. Exame de sangue
- 14. Exame de urina
- 15. Exame de sangue
- 16. Exame de urina
- 17. Exame de sangue
- 18. Exame de urina
- 19. Exame de sangue
- 20. Exame de urina
- 21. Exame de sangue
- 22. Exame de urina
- 23. Exame de sangue
- 24. Exame de urina
- 25. Exame de sangue
- 26. Exame de urina
- 27. Exame de sangue
- 28. Exame de urina
- 29. Exame de sangue
- 30. Exame de urina
- 31. Exame de sangue
- 32. Exame de urina
- 33. Exame de sangue
- 34. Exame de urina
- 35. Exame de sangue
- 36. Exame de urina
- 37. Exame de sangue
- 38. Exame de urina
- 39. Exame de sangue
- 40. Exame de urina
- 41. Exame de sangue
- 42. Exame de urina
- 43. Exame de sangue
- 44. Exame de urina
- 45. Exame de sangue
- 46. Exame de urina
- 47. Exame de sangue
- 48. Exame de urina
- 49. Exame de sangue
- 50. Exame de urina
- 51. Exame de sangue
- 52. Exame de urina
- 53. Exame de sangue
- 54. Exame de urina
- 55. Exame de sangue
- 56. Exame de urina
- 57. Exame de sangue
- 58. Exame de urina
- 59. Exame de sangue
- 60. Exame de urina
- 61. Exame de sangue
- 62. Exame de urina
- 63. Exame de sangue
- 64. Exame de urina
- 65. Exame de sangue
- 66. Exame de urina
- 67. Exame de sangue
- 68. Exame de urina
- 69. Exame de sangue
- 70. Exame de urina
- 71. Exame de sangue
- 72. Exame de urina
- 73. Exame de sangue
- 74. Exame de urina
- 75. Exame de sangue
- 76. Exame de urina
- 77. Exame de sangue
- 78. Exame de urina
- 79. Exame de sangue
- 80. Exame de urina
- 81. Exame de sangue
- 82. Exame de urina
- 83. Exame de sangue
- 84. Exame de urina
- 85. Exame de sangue
- 86. Exame de urina
- 87. Exame de sangue
- 88. Exame de urina
- 89. Exame de sangue
- 90. Exame de urina
- 91. Exame de sangue
- 92. Exame de urina
- 93. Exame de sangue
- 94. Exame de urina
- 95. Exame de sangue
- 96. Exame de urina
- 97. Exame de sangue
- 98. Exame de urina
- 99. Exame de sangue
- 100. Exame de urina

IMADURA:
Eficácia corporal lesada = _____ %
NOSTIC / CID: _____

148/projeito/impresclass.php?contar=2107647&dataatend=2020

HTDG-Parier Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Alergia: _____
Medicamentos: _____
Patologias: _____
Exame físico: _____
Pupilas: () Fotorregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow: PA: _____ HGT: _____ SatO2: _____

EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada
() Ultrassonografia
() Radiografias

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: _____ às _____
Especialista: _____ às _____

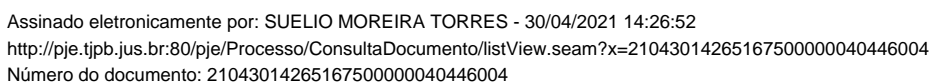
MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
Nº _____

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS
Nº _____

HORÁRIO REALIZADO
Nº _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Paulo Roberto Torres
Médico - Clínica



Ortopedia - 22:30h
 Casuística sintoma de acidente de trânsito,
 moçada com imobilização na perna (E),
 gestante de aproximadamente 32 semanas,
 com Rx com evidência de fratura dos
 ossos da perna (fechada). Tem, adicionalmente,
 escoriação na perna (E).
 # Cd - hemperna da perna + curativos
 - Imobilização com Tala bota
 - Internação pela ortopedia após liberar
 após de 48 horas geral e de 24
 horas Quimioterapia de 20 dias + 10 dias

Dr. Ana Maria da S. ~~Almeida~~
Tramatochloa
M. Moped - 1825
Cada. 1825

13.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () Já revela
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)


N
me
to the
change
change
to the
for the
for the

Dr. Saul C. M. Osherson
Reinhardt Institute / Columbia University
Room 1005
114

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Carimbo
00.50

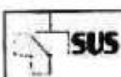
PACIENTE: <u>PIRELLA THOMAS ALVES FERREIRA JUN 23/08/2002</u>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<u>SUB C4</u>	<u>SUB</u>	<u>18 anos</u>	<u>2107647</u>		
CIRURGIA: <u>IN + (+) + Sutura Extensão Sutura</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Amadeu Gomes + Dr. ...</u>				
ANESTESIA: <u>Torax</u>		ANESTESIA: <u>2" Endotracheal + O2</u>				
INSTRUMENTADORA: <u>Catgut</u>		DATA: <u>16/08/2021</u>	INÍCIO: <u>08:00</u>	FIM: <u>08:30</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Bolsa Colostomia		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. p. Cag		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Dimorf amp. <u>0,2mg</u>		Compressa Grande		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Inova ml		Dreno Penrose n°		Cera p. osso	
	Ketalar ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Mercaina <u>0,5ml</u> 5% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Pavulon amp.		Equipo de Sangu		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Proloxide 10m		Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelidon ml		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Rapifen amp.		Gase Pacote c. 10 unidades		Fila cardiaca	
	Thionembul ml		H.O. ml		Mononylon <u>2.0 2.5</u>	
	Tracrium amp.		Intracath Adulto		Mononylon	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Flaxidol amp. <u>medicação</u>		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Glicose amp.		Luvas 8.5			
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio Lm <u>5 l p/min</u>			
	Haemacel ml		Polifix			
	Heparina ml		PVP Degemante ml			
	Kantakron amp.		PVP Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Lasix amp.		Sabão Antiséptico	<u>0,5</u>	SG Normotermico fr 500 ml	
	Medrothinazol		Saco coletor <u>1,50</u>		SG Gelado fr 500 ml	
	Piasil amp.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 20 ml	<u>0,1</u>	SG Ring fr 500 ml	
	Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml	<u>0,2</u>	SG fr 500 ml	
	Suptanone amp.		Sonda			
	Cefalotina 1g		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PROTESE	
	<u>Dr. Pires</u>		Sonda Nasogástrica	<u>0,1</u>	<u>Placa 15x10cm 0,1</u>	
			Sonda Urétral n°	<u>0,3</u>	<u>Brinquedo cateter</u>	
			Sterycem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	<u>0,1</u>	<u>Placa T 2x5</u>	
	Agulha desc. 25 x 7		Galcon 18	<u>0,3</u>	<u>Para ...</u>	
	Agulha desc. 28 x 28		Latex	<u>0,3</u>	<u>Para ...</u>	
	Agulha desc. 3 x 4,5				EQUIPAMENTOS	
	Agulha p. raque n°				() Oxímetro de Pulso	
	Alcool de Enfermagem				() Serra	
	Alcool Iodado ml				() Desfibrilador	
	duras de Crepon				(x) Foco Frontal	
	duras de Gessada				() Fonte de Luz	
	il moleno amp.				() Foco Auxiliar	
					() Eletrocáuterio	
					() Oxímetro	
					() Cardiomonitor	
					() Perfurador Elétrico	



15/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 15/02/2020 Hora: 23:28:34



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856
5 - NOME DO PACIENTE SEM DOCUMENTOS		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2107727
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 31/12/1969	9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 0		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COÓRDEADA Município
15 - UF		16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE GESTANTE DE APROXIMADAMENTE 21 SEMANAS, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA FECHADA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA E APRESENTANDO FERIMENTO EXTENSO EM REGIÃO POSTERIOR DA PERNA, COM EXPOSIÇÃO DE MUSCULATURA.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE CIRURGIA			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS EXAME CLÍNICO + RADIOLOGICO			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FX DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA + FERIMENTO EXTENSO	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNIS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO(CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016002867673
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANA MARIA DA SILVA ANSELMO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/02/2020	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNIE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO () CNIS () CPF	47 - Nº DOCUMENTO(CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:52

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265167500000040446004

Número do documento: 21043014265167500000040446004

Num. 42509078 - Pág. 11



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO										REQUISICÃO DE EXAMES									
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES																			
NOME:		Rafael		THAS		12/05/2000		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEITO:		PRONTUÁRIO:	
IDADE:		SEXO:		COR:		P		A											
DADOS CLÍNICOS:																			
RAIO X																			
MATERIAL A EXAMINAR:																			
EXAMES SOLICITADOS:																			
Rx 1º e 2º membros superiores e inferiores																			
Rx 3º e 4º membros superiores e inferiores																			
Rx 5º e 6º membros superiores e inferiores																			
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>																			
ROTINA: <input type="checkbox"/>																			
HORA DA SOLICITAÇÃO:																			
DATA: 15/04/2020																			
Dr. Pedro Paulo																			
Garimbo e Assinatura do Médico																			

MOD. 002



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Filiat: Florianópolis, 4700 - Marinho, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 15/02/2020
a: 15/02/2020
leite: REBECA THAYS ALVES PAULA 18 ANOS Idade: 02020 N° ATEND: 2107647

IDENTE DE TRABALHO : NAO
TA: 15/02/2020 HORA : 21:30:15

PECIALIDADE : CIRURGIA

ITIVO : ACIDENTE DE MOTO
ECIFICACAO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

IAIS VITAIS
T: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

IBETES ()SIM ()NAO HAS ()SIM ()NAO
F. MOTORA ()SIM ()NAO

ERGIA:
DICAÇÃO EM USO :
ADO GERAL : BOM
ALIAÇÃO NEUROLÓGICA

CONVULSAO ()INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
DESORIENTADO ()AGITADO ()COOPERATIVO ()DEPRESSIVO ()APÁTICO
IRRITADO ()DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

ITOMAS REFERIDOS

FEBRE ()VÔMITO ()DIARRÉIA ()EXANTEMA
PRURIDO ()DISPNEIA (X) DOR ()INAPETENCIA ()ALTERAÇÕES VISUAL
ANAFILAXIA ()FLEBITE ()INAPETENCIA ()ALTERAÇÕES VISUAL
EPIGASTRALGIA ()CONSTIPAÇÃO ()MELENA ()SIBILOS ()TOSSE

Escala de avaliação da dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor					média dor			pior dor		

CALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

ASSIGNIFICAÇÃO DE RISCO :
RMELHO

REQUISIÇÃO DE EXAME

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUC CONCEIÇÃO FERNANDES

NOME: <u>Ribeira Thays</u>		PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO:	COR:	DATA DE NASCIMENTO:
		PESO:	CLÍNICA:
			ENF:
			LEITO:
DADOS CLÍNICOS		RAIO X	
<u>Contusão</u> <u>Oss. Paciente</u> <u>gestante</u>		<u>RAIO X EM:</u> <u>16/02/2020</u>	
MATERIAL A EXAMINAR			
(Ribeira proteção p/ abdome)			
EXAME SOLICITADO			
Rx tomógrafo (E) - AP + Perfil			
URGÊNCIA:	ROTINA:		
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO		
16/02/2020			

Dr. Ana Maria S. Araújo
Radiologista - Traumatólogo
1875
Regist. Conselho PELA SBC RADIOLÓGIA





GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LUIZ GONZAGA FERNANDES										REQUISIÇÃO DE EXAMES									
NOME:		Rafaela		T. HAS		A. DS		P. DS		PRONTUÁRIO:									
IDADE:		SEXO:		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEITO:					
		M		B		P		A											
DADOS CLÍNICOS:																			
Dor (baixa) Dor (alta) 15/04/2021																			
MATERIAL A EXAMINAR:																			
EXAMES SOLICITADOS:																			
USG Fast Ultrassom Realizado 15/04/2021																			
URGÊNCIA:		ROTINA:		DR. Pedro Paulo Faria															
DATA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:		15/04/2021 15:00															
Carimbo e Assinatura do Médico																			

MOD. 602

18/02/2020

HTCG-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0008-52

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

Data: 18/02/2020

Boleto de Emergência (B.E.) - Modelo 03

NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues



PARAIBA
Governo do Estado



PARAIBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: REBECA THAYS ALVES PAULA

Data da Internação: 15/02/2020

Data da Alta: 18/02/2020

Registro: 2107727

Tempo de Permanência: -18308

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Cirurgia: PLACA

Data: 15/02/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data: 18/02/2020

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
Ch. 18/02/2020

Assinatura/Carimbo

Schubert Luigi Costa Rodrigues

RESPONSÁVEL: Schubert Luigi Costa Rodrigues



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265167500000040446004>

Número do documento: 21043014265167500000040446004



PARAIBA

5/02/2020

Nome: REBECA THAYS ALVES PAULA 18 ANOS Idade: 02020 N° ATEND: 2107647

INTE DE TRABALHO : NAO
15/02/2020 HORA : 21:30:15

EFICACIA: CIRURGIA

TIPO : ACIDENTE DE MOTO
CLASSIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

5 VITALS

TES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
MOTORA ()SIM ()NÃO

INDICAÇÕES EM USO :
O GERAL : BOM
INDICAÇÃO NEUROLÓGICA

☐ INCONSCIENTE ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO
☒ ORIENTADO ☐ AGITADO ☐ COOPERATIVO ☐ DEPRESSIVO ☐ APÁTICO
☐ DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

OTRAS REFERENCIAS

PRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
URIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
AFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
GASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

[illegible]

A DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
ALTO

148/notebooks/compareclass.php?year=2107647&datestart=2020-02-15&dateend=21-30-15

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Rebeca Thays Alves Paula</u>			IDADE: <u>18</u>	SEXO: <u></u>
DATA: <u>16/02/2020</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RECIPAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATÓCRITO	HEMATÓCITO	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO			DENTES	PERIÓDIO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICO	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
<div> <div> <div>00:20</div> <div> <div>AGENTES ANESTÉSICOS</div> <div> <div>CC</div> <div>RS</div> <div>RS</div> </div> </div> <div> <div>LIQUIDOS</div> <div> <div>300</div> </div> </div> </div> </div>						
<div> <div> <div>CONDICION</div> <div> <div>VF. ARTERIAL: 0 PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO</div> <div>AX - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO</div> </div> </div> </div>				<div> <div> <div>OCUPAÇÃO</div> <div> <div>Satisf.:</div> <div>Excit.:</div> <div>Tosse:</div> </div> </div> <div> <div>Laringo. espasmo:</div> <div>Lenta:</div> </div> <div> <div>Náuseas:</div> <div>Vômitos:</div> </div> <div> <div>Outros:</div> </div> </div>		
<div> <div> <div>CONDICION</div> <div> <div>VF. ARTERIAL: 0 PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO</div> <div>AX - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO</div> </div> </div> </div>				<div> <div> <div>MANUTENÇÃO</div> <div> <div>- capnometria</div> </div> </div> </div>		
<div> <div> <div>CONDICION</div> <div> <div>VF. ARTERIAL: 0 PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO</div> <div>AX - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO</div> </div> </div> </div>				<div> <div> <div>ANESTESIA SATISF.:</div> <div>Sim:</div> <div>Não:</div> </div> <div> <div>Não, por quê?</div> </div> </div>		
<div> <div> <div>CONDICION</div> <div> <div>VF. ARTERIAL: 0 PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO</div> <div>AX - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO</div> </div> </div> </div>				<div> <div> <div>DESPERTAR</div> <div> <div>Reflexos na SO:</div> </div> </div> <div> <div>Obst.:</div> <div>Co.:</div> <div>Excit.:</div> </div> <div> <div>Náuseas:</div> <div>Vômitos:</div> </div> <div> <div>Outros:</div> </div> </div>		
<div> <div> <div>CONDICION</div> <div> <div>VF. ARTERIAL: 0 PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO</div> <div>AX - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO</div> </div> </div> </div>				<div> <div> <div>Com cânula:</div> <div> <div>Faro o Leito:</div> <div>Sim:</div> <div>Não:</div> </div> </div> <div> <div>CONDIÇÕES:</div> </div> </div>		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						
POSICÃO						
AGENTES						
TÉCNICA						
OPERAÇÃO						
CIRURGIÕES						
TESTISTAS						
OUTROS						

Número do Prontuário: 1 DATA DA CIRURGIA: 16/02/2020

Número do Atendimento: 2107727 Clín: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 9

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEM DOCUMENTOS

Data da Internação: 15/02/2020

Atendimento: 2107727

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA + FERIMENTO EXTENSO EM PANTURRILHA ESQUERDA

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE + SUTURA FERIMENTO EXTENSO

Data da

Cirurgia: 16/02/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: EMERSON COSTA

Anestesista: JOSE EUDISMAR DE QUEIROZ BESSA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DA PERNA ESQUERDA + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DA FÍBULA + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO 7 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS

5 - INCISÃO EM FACE MEDIAL DA PERNA ESQUERDA + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

6 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DA TIBIA + FIXAÇÃO COM PLACA EM T 2 X 5 + 03 PARAFUSOS CORTICAIS + 03 PARAFUSOS ESPONJOSOS, SOB ESCOPIA

OBS: DURANTE A REALIZAÇÃO DA ESCOPIA, O ABDOME DA PACIENTE FOI PROTEGIDO COM CAPOTE DE CHUMBO, VISTO A MESMA ESTAR GESTANTE.

7 - LAVADO DE FO CM SF

8 - SUTURA

9 - CURATIVOS.

10 - PACIENTE POSICIONADA EM DECUBITO LATERAL DIREITO

11 - LAVADO DE FERIMENTO EXTENSO EM REGIÃO POSTERIOR DA PERNA COM SF 0,9%

12 - SUTURA

13 - CURATIVO

14 - À URPA

Data 16/02/2020

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo



**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0271

Hospital: 30 - Universidade Federal do Rio de Janeiro Código: 2000Procedimento: Implante de Prótese de Quadril Cód. Procedimento: 2000Paciente: JOÃO CARLOS DE SOUZAData da Cirurgia: 30/03/2021 Nº prontuário: 53.90.27 Convênio: UniãoCirurgião: Dr. Suelio Moreira Torres Código: 2000 () Reposição () Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	33	34	35				
	Qtd.	33	34	35				
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº	36	38					
	Qtd.	36	38					
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº	40						
	Qtd.	40						
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

do consultor: _____ Total: _____

Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 9900



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265167500000040446004>

Número do documento: 21043014265167500000040446004



REQUISICÃO DE EXAMES

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PRONTUÁRIO:									
PRONTUÁRIO:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:	ALTURA:	PESO:	COR:	SEXO:	DATA:	ASSINATURA:

S CLINICOS: *Paciente Correlativo (S. 1000000)*

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

INDICAÇÃO:	ROTINA:	DATA DA SOLICITAÇÃO:	ASSINATURA DO MÉDICO:
<i>USG</i>	<input type="checkbox"/>	<i>15/02/2020</i>	<i>Dr. Pedro Paulo Faria</i>



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA COM LUC VENTURA FERNANDES

Days

PRONTUÁRIO:

UNICA: ENF: LEITO:

E:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
----	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

RAIO X
REALIZADO EM:
16 / 02 / 2020

Libar prefecao p/ abdome).

Reformierte Kirche - AP + Kyrche!

DATA	RETIRO
16/02/2020	HORA DA SORTE - 18:30h



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

0271

Hospital: _____ Código: _____

Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____

Paciente: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____ Nº prontuário: _____ Convênio: _____

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

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

DES.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

d. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Dr. Everton Maira
CRM-PE 9900

Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05

18/02/2020

HTCG-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0008-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-800
Bokemba, Emergência (B.E.) - Modelo 03

Nome: Schubert Luigi Costa Rodrigues



PARAÍBA
Governo do Estado



PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: REBECA THAYS ALVES PAULA

Data da Internação: 15/02/2020

Data da Alta: 18/02/2020

Registro: 2107727

Tempo de Permanência: -18308

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Cirurgia: PLACA

Data: 15/02/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data: 18/02/2020

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues

Assinatura/Carimbo

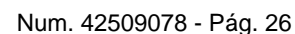
Schubert Luigi Costa Rodrigues

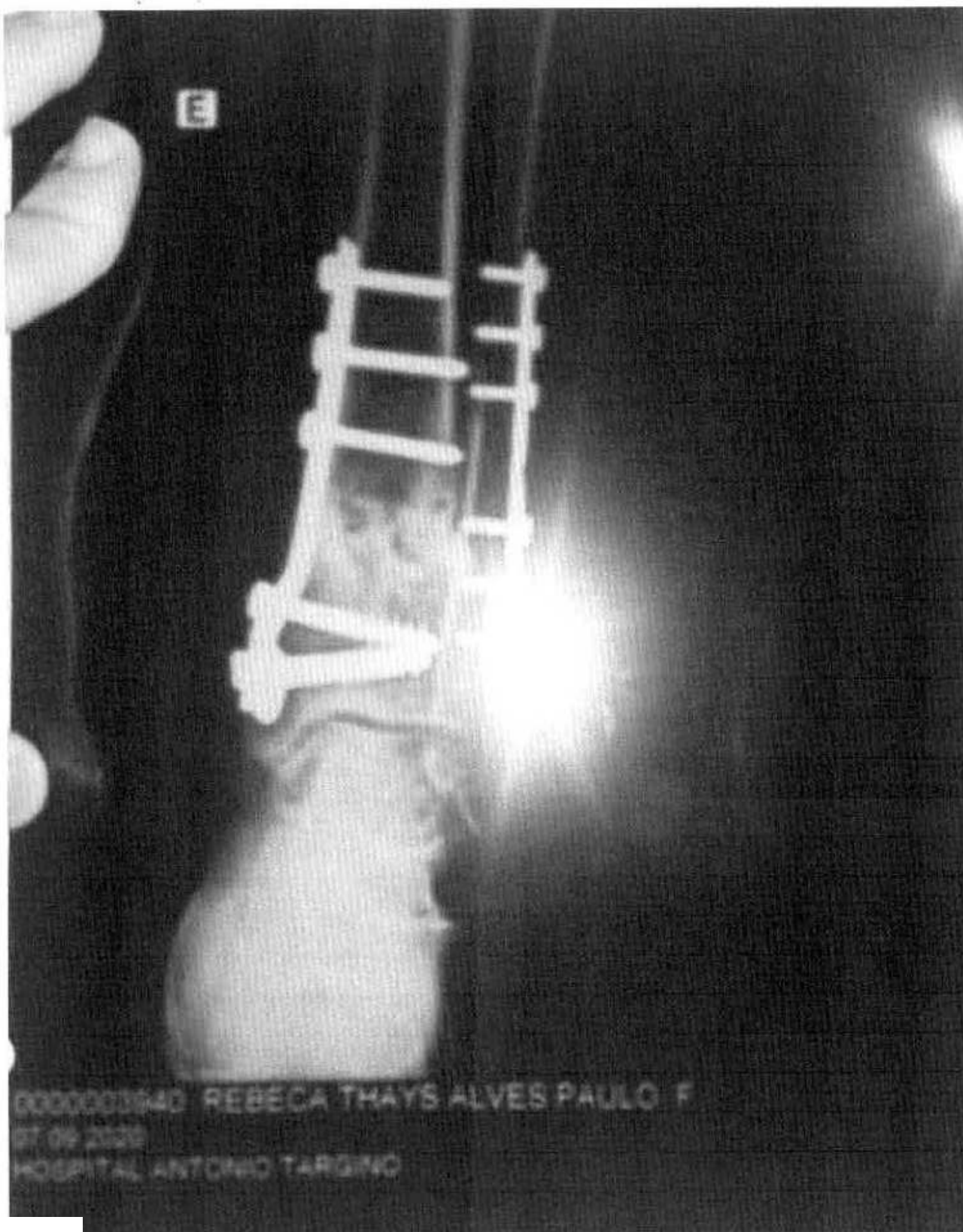
RESPONSÁVEL : Schubert Luigi Costa Rodrigues



Granite
'00:30

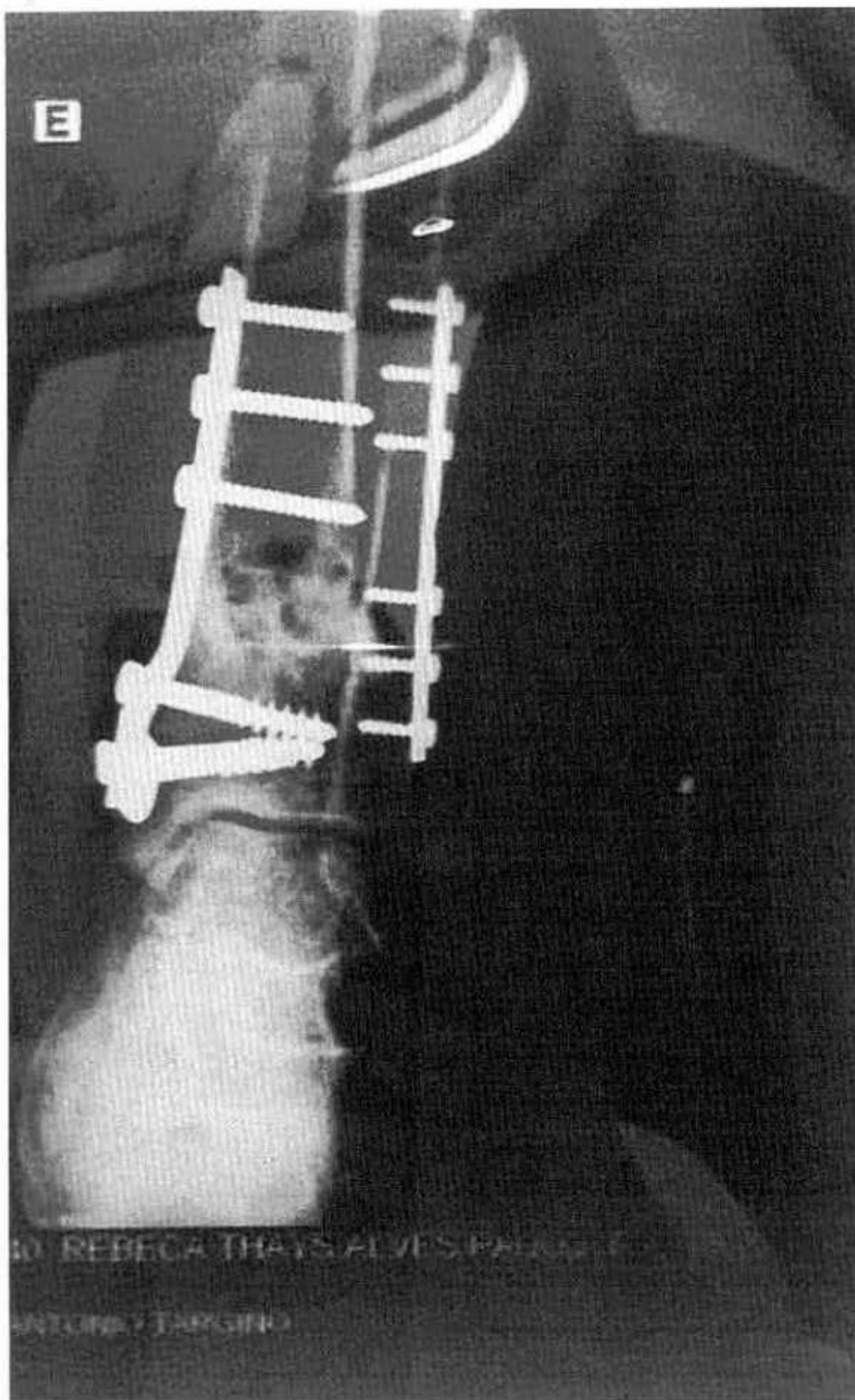
GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes





0000000640 REBECA THAYS ALVES PAULO F
07/09/2020
HOSPITAL ANTONIO TARGINO







MINISTERIO DAS CIDADES		
DETRAN - PB		Nº 014666300240
70292070625		
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO		
PST 0140100051401-2		
1	0049000544-0	00/00000000
NOME ENGERECC		
RAFAEL CORREIA DOS SANTOS		
RUA ALMIRANTE TAMANDARE 293		
JOSE PINHEIRO		
58407375 CAMPINA GRANDE PB		
OFFICIA		PLACA
06583033453		05E9535/2B
NOME ANTERIOR		
EUCLEDES RAMOS DE ARAUJO		
PLACA ANT./UF		CHASSI
NOVO PB		9C2ND0910CR403122
ESPECIFIC		COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		GASOLINA
MARCHA/DE		ANO FAB - ANO MOD
HONDA XRE 300		2012 - 2012
CAP/POV/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/291 /CI	PARTIC	VERMELHA
OBSERVAÇÕES		
SEM RESERVA DE DOMINIO		
DOCUMENTOS INTERIORES		
MOTOR : ND09E1C403122		
LOCAL		DATA
CAMPINA GRANDE - PB		13/06/2013
16101		



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OFE9535

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2019

Proprietário: *****

Placa: OFE9535

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/XRE 300

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2012

Ano Modelo: 2012

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 31/07/2020

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: CAMPINA GRANDE

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 16/09/2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DETRAN / PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COLUNA	PLA	EXERCÍCIO
			2019
NOME / ENDEREÇO			

PLACA		OFE9535	
PLACA ANT./IMP.			
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/XRE 300		2012 2012	
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR		VERMELHA	
DATA ÚNICA		VENC. DATA ÚNICA	
31/07/2020		1ª	
PAGAR / PIS		2ª	
PARCELAMENTO / COTA		3ª	
OBSERVAÇÕES			
CAMPINA GRANDE			
16/09/2020			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200373068 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REBECA THAYS ALVES PAULA **Data do acidente:** 15/02/2020 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL TIBIA E FÍBULA ESQUERDA. P3,4,9,12,20

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADA DO TORNOZELO 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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294948/20

Vítima: REBECA THAYS ALVES PAULA

CPF: 084.893.184-09

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 15/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REBECA THAYS ALVES PAULA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

REBECA THAYS ALVES PAULA : 084.893.184-09

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: 19/10/2020
Nome: REBECA THAYS ALVES PAULA
CPF: 084.893.184-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

REBECA THAYS ALVES PAULA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08297996320208150001

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 **REBECA THAYS ALVES PAULA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 28 de abril de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

