



Número: **0800126-88.2021.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **05/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                        |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                   |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------|-------------------|
| RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA (AUTOR)                |                    | GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)       |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                    |                                              |                   |
| Documentos                                                    |                    |                                              |                   |
| Id.                                                           | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo              |
| 38991<br>273                                                  | 02/02/2021 12:13   | <a href="#">2781139_CONTESTACAO_Anexo_02</a> | Outros Documentos |



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

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200373041

Vítima: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 18/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 01157/01158 - carta\_02 - INVALIDEZ

00030579



Carta nº 16258183



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 12:13:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020212131075800000037170369>

Número do documento: 21020212131075800000037170369

Num. 38991273 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200373041

Vítima: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 18/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

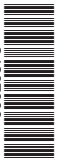
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00755/00756 - carta\_25 - INVALIDEZ

00020378





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

**Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200373041**

**Vítima: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/07/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA**

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\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **000831647163-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## 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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

118357674-94

Renan Carlos Figueira Barbosa da Silva

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

5 - Nome completo:

Renan Carlos Figueira Barbosa da Silva

6 - CPF: 118357674-94

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Pedro Gonçalves de Sousa

9 - Número:

53

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Bedouengo

12 - Cidade:

Compinha Grande

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

53400-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): 83 933056654

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTO S.A

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 (s)?

☐ 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

Assinatura legível da vítima ou representante legal

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:

João Pessoa 29/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 12:13:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020212131075800000037170369

Número do documento: 21020212131075800000037170369



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 00336.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00336.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:29 horas do dia 14 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 **Renan Carlos Ferreira Barbosa da Silva**, conhecido(a) por Naninha, CPF nº 118.357.674-94, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Claudia Maria Ferreira e Severino do Ramo Barbosa da Silva, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 26/06/1994 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Gonçalves de Sousa, Nº 51, complemento CASA, bairro Bodocongó, tendo como ponto de referência Por Trás do Hospital de Trauma, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Presidente João Pessoa, Via Pública, Em Frente Ao Cruzamento da Loja "central da Construção", Campina Grande/PB, bairro CENTRO; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/07/20 05:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

#### **Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo NXR 150 BROS ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2011/2012, UF: PB, placa OEU-7888, chassi 9C2KD0550BR030562, renavam 0034210486-1, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO E NO LOCAL JÁ AMBOS DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, O VEÍCULO EM QUE ESTAVA 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 A VÍTIMA, DESTA BATIDA VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

  
Governo do Estado da Paraíba  
Secretaria de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Matr. 157.356-0

Procedimento Policial: 00336.01.2020.1.05.101



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, 14 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

RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA

SILVA

Noticiante



**CIVIL**  
PARAÍBA

Procedimento Policial: 00336.01.2020.1.05.101





## 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 ASI:

3 - CPF da vítima:

118357674-94

4 - Nome completo da vítima:

Renan Carlos Figueira Barbosa da Silva

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

5 - Nome completo:

Renan Carlos Figueira Barbosa da Silva

6 - CPF:

118357674-94

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Pedro Gonçalves de Sousa

9 - Número:

53

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Bedouengo

12 - Cidade:

Compinha Grande

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58400-000

15 - E-mail:

83938056654

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTO S.A

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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(s) (ainda não nasceu)?

☐ 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

Assinatura legível da vítima ou representante legal

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:

2009 Perna 29/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 12:13:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020212131075800000037170369

Número do documento: 21020212131075800000037170369

# 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: 26/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000831647163-7

---

---

Nr. da Autenticação 8945B4EB796100F1





UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
4/154042-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00001540426

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0000154028

|                                                                                                                                 |                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>VALOR DA FATURA</b><br><b>R\$ 38,55</b> | <br><b>VENCIMENTO</b><br><b>26/06/2020</b> |
| <br><b>REFERÊNCIA</b><br><b>Jun / 2020</b>     | <br><b>CONSUMO</b><br><b>160kWh</b>        |

**SITUAÇÃO DE DÉBITOS**  
**Sujeito a corte!**

Ex: consulte sua média  
Seu faturamento poderá ser superior  
a partir de 05/07/20  
Ela pagará seus débitos

**FATURAS EM ATRASO**  
Mar/20 R\$99,74

[illegible]

|                                        |           |           |           |          |        |      |     |
|----------------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|--------|------|-----|
| CCF Código de Verificação do Documento | 10134     | 18.55     | 117.44    | 30.36    | 112.44 | 1.21 | 8.8 |
| Tipos de Transações                    | Am 200/00 | Am 100/00 | Am 200/00 | 00000002 |        |      |     |

[illegible]

| INDICADORES DE QUALIDADE |  | MÉDIA ANUAL 2007-2008 |      | MÉDIA ANUAL 2009-2010 |       | LÍMITE INTERESSE |
|--------------------------|--|-----------------------|------|-----------------------|-------|------------------|
| METAS                    |  | 5,43                  | 0,00 | 10,96                 | 21,73 | NONE             |
|                          |  | 5,30                  | 0,00 | -6,60                 | 15,20 | CONTINUAÇÃO      |
|                          |  |                       |      |                       |       | LÍMITE INFERIOR  |
|                          |  |                       |      |                       |       | LÍMITE SUPERIOR  |
|                          |  | 12,22                 |      |                       |       | 220              |
|                          |  |                       |      |                       |       | 207              |
|                          |  |                       |      |                       |       | 231              |

[illegible]



[22. quest-uncon-an-pre\[class=pho?cur|ar=2189205&latitend=-7320-07...&longtend=06.33.47](#)

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

[illegible]

25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 12:13:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020212131075800000037170369>

Número do documento: 21020212131075800000037170369

APARIBA  
anexo da 1ª Vara

ATUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0036-52  
L. Floriano Peixoto, 4700 - Matvilas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/07/2020

TC: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA Idade: 026 N° ATEND: 2189205

NOTA DE TRABALHO: NÃO

18/07/2020 HORA: 06:33:47

IDADE: CIRURGIA

IO: ACIDENTE DE MOTO

IFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X CARRO

DE EMBRIAGUEZ: NÃO

VITAIS

SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

TES ( ) SIM (X) NÃO HAS ( ) SIM (X) NÃO  
IOTORA ( ) SIM (X) NÃO

IAS: NÃO

ÇÃO EM USO: NÃO

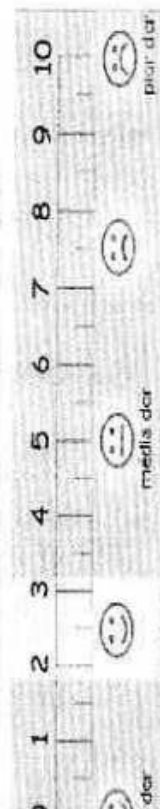
IO GERAL: REGUL

ÇÃO NEUROLÓGICA

IVULSÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO  
ORIENTADO ( ) AGITADO (X) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
ITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

MAS REFERIDOS

RE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA  
IRIDO ( ) DISPNEIA (X) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
FILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
GASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE



A DE DOR: DOR MODERADA

IFICAÇÃO DE RISCO:  
ELHO

HTCG-Panel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

| HORA | PA | TEMP | FC | FR | DIURESE | ASSINATURA | ENFERMEIRO/COREN | DÓ |
|------|----|------|----|----|---------|------------|------------------|----|
|------|----|------|----|----|---------|------------|------------------|----|

OBS:

ENFERMEIRO/COREN  
acolhimento

AGATHELO LIMA  
COREN-PB 71634-ENF

#Bart 12-15  
Paciente relatou acidente motorciclístico  
(colisão). no momento consciente, cup-  
mulo.  
EF com contuso em membro.  
Paciente expulso  
Cp: melhora  
Paciente em boas

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

|                                                        |                          |                 |                                           |                     |                                                            |                       |        |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------|--------|
| PACIENTE: <u>Roman Carlos Ferreira Barros de Silva</u> |                          |                 |                                           |                     |                                                            | GOVERNO DA PARAIBA    |        |
| QI                                                     | LEITE                    | CONVÊNIO        | IDADE                                     | REGISTRO            | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE                              |                       |        |
|                                                        | <u>DN 26-06-1994</u>     |                 | <u>26 anos</u>                            | <u>2189344</u>      | Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes |                       |        |
| CIRURGIA: <u>TT - Colecistectomia Laparoscópica</u>    |                          |                 | CIRURGIÃO: <u>Dr. Felipe F. S. Wagner</u> |                     |                                                            |                       |        |
| ANESTESIA: <u>Raquel</u>                               |                          |                 | ANESTESIA: <u>Dr. Rafael</u>              |                     |                                                            |                       |        |
| INSTRUMENTADORA                                        |                          | DATA            | INÍCIO                                    | FIM                 |                                                            |                       |        |
| <u>Roman</u>                                           |                          | <u>28-07-20</u> | <u>17:30</u>                              | <u>19:00</u>        |                                                            |                       |        |
| Qtd.                                                   | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS |                 | Bolsa Colostoma                           | Qtd.                | FIOS                                                       |                       | CODIGO |
|                                                        | Adrenalina amp.          |                 | Calef. p/ Oxi.                            |                     | Catgut cromado Sertix                                      |                       |        |
|                                                        | Atropina amp.            |                 | Catet. De Uniar Sist. Fech.               |                     | Catgut cromado Sertix                                      |                       |        |
|                                                        | Diazepam amp.            |                 | Compressa Grande                          |                     | Catgut cromado Sertix                                      |                       |        |
|                                                        | Dimore amp.              |                 | Compressa Pequena                         |                     | Catgut Simples                                             |                       |        |
|                                                        | Dolantina amp.           |                 | Cotonóide                                 |                     | Catgut Simples Sertix                                      |                       |        |
|                                                        | Efrone ml                |                 | Dreno                                     |                     | Catgut Simples Sertix                                      |                       |        |
|                                                        | Fenagani amp.            |                 | Dreno Kerr n°                             |                     | Catgut Simples Sertix                                      |                       |        |
|                                                        | Fentanil ml              |                 | Dreno Penrose n°                          |                     | Cera pl. osso                                              |                       |        |
|                                                        | Ingua ml                 |                 | Dreno Pezzer n°                           |                     | Ethibond                                                   |                       |        |
|                                                        | Ketalar ml               |                 | Equipo de Macrogotas                      |                     | Ethibond                                                   |                       |        |
|                                                        | Mecaina 1% ml            |                 | Equipo de Macrogotas                      |                     | Ethibond                                                   |                       |        |
|                                                        | Naloxona amp.            |                 | Equipo de Sangue                          |                     | Fio de Algodão Sertix                                      |                       |        |
|                                                        | Pavulon amp.             |                 | Equipo de PVC                             |                     | Fio de Algodão Sertix                                      |                       |        |
|                                                        | Protigmine amp.          |                 | Esparradrapo Largo cm                     |                     | Fio de Algodão Sutupak                                     |                       |        |
|                                                        | Proloxido i/ml           |                 | Furacim ml                                |                     | Fio de Algodão Sutupak                                     |                       |        |
|                                                        | Quelicin ml              |                 | Gase Pacote c/ 10 unidades                |                     | Fila cardiaca                                              |                       |        |
|                                                        | Rapifen amp.             |                 | H.O. ml                                   |                     | Mononylon                                                  |                       |        |
|                                                        | Thiopental ml            |                 | Intracath Adulto                          |                     | Mononylon 2-0                                              |                       |        |
|                                                        | Trachum amp.             |                 | Intracath Infantil                        |                     | Prolene Sertix                                             |                       |        |
| Qtd.                                                   | MEDICAÇÕES               |                 | Lâmina de Bisturi n° 23                   |                     | Prolene Sertix                                             |                       |        |
| 02                                                     | Água Destilada amp.      |                 | Lâmina de Bisturi n° 11                   |                     | Prolene Sertix                                             |                       |        |
|                                                        | Decadron amp.            |                 | Lâmina de Bisturi n° 15                   |                     | Prolene Sertix                                             |                       |        |
|                                                        | Dipirona amp.            |                 | Luvas 7.0                                 |                     | Vicryl Sertix                                              |                       |        |
|                                                        | Flaxicil amp.            |                 | Luvas 7.5                                 |                     | Vicryl Sertix                                              |                       |        |
|                                                        | Flebocortid amp.         |                 | Luvas 8.0                                 |                     | Vicryl Sertix                                              |                       |        |
|                                                        | Geramicina amp.          |                 | Luvas 8.5                                 |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        | Glicose amp.             |                 | Oxigenio i/ml                             |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        | Glucon de Cálcio amp.    |                 | Polifix                                   |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        | Haemacel ml              |                 | PVPi Degemante ml                         |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        | Heparina ml              |                 | PVPi Topico ml                            | Qtd.                | SOROS                                                      |                       |        |
|                                                        | Kaniakion amp.           |                 | Sabão Antisséptico                        |                     | SG Normotérmico fr 500 ml                                  |                       |        |
|                                                        | Lasix amp.               |                 | Saco coletor P/Lixo                       |                     | SG Gelado fr 500 ml                                        |                       |        |
|                                                        | Medrotilnazol            |                 | Seringa desc. 10 ml                       |                     | SG Hipertérmico fr 500 ml                                  |                       |        |
|                                                        | Plasil amp.              |                 | Seringa desc. 20 ml                       |                     | SG Ringr fr 500 ml                                         |                       |        |
|                                                        | Prolamina                |                 | Seringa desc. 05 ml                       | 04                  | SGF 500 ml                                                 |                       |        |
|                                                        | Revivan amp.             |                 | Sonda                                     |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        | Stupitanon amp.          |                 | Sonda Foley                               | Qtd.                | ORTESE E PROTESE                                           |                       |        |
|                                                        | Cefalotina 1g            |                 | Sonda Nasogástrica                        |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        |                          |                 | Sonda Uretral n°                          |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        |                          |                 | Steridrem ml                              |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        |                          |                 | Torneirinha                               |                     |                                                            |                       |        |
| Qtd.                                                   | MATERIAIS / SOLUÇÕES     |                 | Vaselina ml                               |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        | Agulha desc. 25 x 7      |                 | Geicon 18                                 |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        | Agulha desc. 28 x 28     |                 | Latex                                     |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        | Agulha desc. 3 x 4.5     |                 |                                           |                     |                                                            |                       |        |
| 01                                                     | Agulha p/ raque n° 25    |                 |                                           |                     |                                                            |                       |        |
| 05                                                     | Alcool de En/ermagem     |                 |                                           |                     |                                                            |                       |        |
| 01                                                     | Alcool Iodado ml         |                 |                                           |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        | Adesivos de Crepon       |                 |                                           |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        | Adesivos de Gessada      |                 |                                           |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        | Zul moliteno amp.        |                 |                                           |                     |                                                            |                       |        |
|                                                        |                          |                 |                                           | EQUIPAMENTOS        |                                                            |                       |        |
|                                                        |                          |                 |                                           | X Oxímetro de Pulso |                                                            | X Foco Auxiliar       |        |
|                                                        |                          |                 |                                           | X Serra             |                                                            | X Eletrocautério      |        |
|                                                        |                          |                 |                                           | X Desfibrilador     |                                                            | X Oxicapnógrafo       |        |
|                                                        |                          |                 |                                           | X Foco Frontal      |                                                            | X Cardiomonitor       |        |
|                                                        |                          |                 |                                           | X Fonte de Luz      |                                                            | X Perfurador Elétrico |        |



Roman - 28-07-20  
 01  
 02  
 03  
 04  
 05  
 06  
 07  
 08  
 09  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33  
 34  
 35  
 36  
 37  
 38  
 39  
 40  
 41  
 42  
 43  
 44  
 45  
 46  
 47  
 48  
 49  
 50  
 51  
 52  
 53  
 54  
 55  
 56  
 57  
 58  
 59  
 60  
 61  
 62  
 63  
 64  
 65  
 66  
 67  
 68  
 69  
 70  
 71  
 72  
 73  
 74  
 75  
 76  
 77  
 78  
 79  
 80  
 81  
 82  
 83  
 84  
 85  
 86  
 87  
 88  
 89  
 90  
 91  
 92  
 93  
 94  
 95  
 96  
 97  
 98  
 99  
 100

01  
 02  
 03  
 04  
 05  
 06  
 07  
 08  
 09  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33  
 34  
 35  
 36  
 37  
 38  
 39  
 40  
 41  
 42  
 43  
 44  
 45  
 46  
 47  
 48  
 49  
 50  
 51  
 52  
 53  
 54  
 55  
 56  
 57  
 58  
 59  
 60  
 61  
 62  
 63  
 64  
 65  
 66  
 67  
 68  
 69  
 70  
 71  
 72  
 73  
 74  
 75  
 76  
 77  
 78  
 79  
 80  
 81  
 82  
 83  
 84  
 85  
 86  
 87  
 88  
 89  
 90  
 91  
 92  
 93  
 94  
 95  
 96  
 97  
 98  
 99  
 100

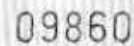
01  
 02  
 03  
 04  
 05  
 06  
 07  
 08  
 09  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33  
 34  
 35  
 36  
 37  
 38  
 39  
 40  
 41  
 42  
 43  
 44  
 45  
 46  
 47  
 48  
 49  
 50  
 51  
 52  
 53  
 54  
 55  
 56  
 57  
 58  
 59  
 60  
 61  
 62  
 63  
 64  
 65  
 66  
 67  
 68  
 69  
 70  
 71  
 72  
 73  
 74  
 75  
 76  
 77  
 78  
 79  
 80  
 81  
 82  
 83  
 84  
 85  
 86  
 87  
 88  
 89  
 90  
 91  
 92  
 93  
 94  
 95  
 96  
 97  
 98  
 99  
 100

01  
 02  
 03  
 04  
 05  
 06  
 07  
 08  
 09  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33  
 34  
 35  
 36  
 37  
 38  
 39  
 40  
 41  
 42  
 43  
 44  
 45  
 46  
 47  
 48  
 49  
 50  
 51  
 52  
 53  
 54  
 55  
 56  
 57  
 58  
 59  
 60  
 61  
 62  
 63  
 64  
 65  
 66  
 67  
 68  
 69  
 70  
 71  
 72  
 73  
 74  
 75  
 76  
 77  
 78  
 79  
 80  
 81  
 82  
 83  
 84  
 85  
 86  
 87  
 88  
 89  
 90  
 91  
 92  
 93  
 94  
 95  
 96  
 97  
 98  
 99  
 100

01  
 02  
 03  
 04  
 05  
 06  
 07  
 08  
 09  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33  
 34  
 35  
 36  
 37  
 38  
 39  
 40  
 41  
 42  
 43  
 44  
 45  
 46  
 47  
 48  
 49  
 50  
 51  
 52  
 53  
 54  
 55  
 56  
 57  
 58  
 59  
 60  
 61  
 62  
 63  
 64  
 65  
 66  
 67  
 68  
 69  
 70  
 71  
 72  
 73  
 74  
 75  
 76  
 77  
 78  
 79  
 80  
 81  
 82  
 83  
 84  
 85  
 86  
 87  
 88  
 89  
 90  
 91  
 92  
 93  
 94  
 95  
 96  
 97  
 98  
 99  
 100

01  
 02  
 03  
 04  
 05  
 06  
 07  
 08  
 09  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33  
 34  
 35  
 36  
 37  
 38  
 39  
 40  
 41  
 42  
 43  
 44  
 45  
 46  
 47  
 48  
 49  
 50  
 51  
 52  
 53  
 54  
 55  
 56  
 57  
 58  
 59  
 60  
 61  
 62  
 63  
 64  
 65  
 66  
 67  
 68  
 69  
 70  
 71  
 72  
 73  
 74  
 75  
 76  
 77  
 78  
 79  
 80  
 81  
 82  
 83  
 84  
 85  
 86  
 87  
 88  
 89  
 90  
 91  
 92  
 93  
 94  
 95  
 96  
 97  
 98  
 99  
 100





## HOSPITAL.

CORTICAL

## MATERIALS (1997C02)

João Pessoa-PB CEP: 58013-440  
Fone: (41) 3024.5400

Fone: (83) 3034.5400

E-mail: vendas@corical.com.br

linenectro@vertical.com.br

FORNECEDOR

**NOME DO PACIENTE**

*Adiantum latifolium* L.

## PROCEDIMIENTO

frat. de ~~tenozelo~~

## REGISTRO

2193367

DATA

27. 07. 20

## CONVÊNIO

3113

MEMBRO OPERADO

三

NOME DO MÉDICO

Dr. Wagner Falls

Comunicamos que utilizamos o (s) material (ais) aqui descrito (s) no paciente supra citado.

24 de julho de 20

keia helvola

Recebido por







HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA KIM LÚCIA GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB  
NOME: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

CNPJ nº 17.265.0038-52  
Data: 28/07/2020



Número do Prontuário: 197536

DATA DA CIRURGIA: 28/07/2020

Número do Atendimento: 2189344 Clin: / Enf: LcF

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Data da Internação: 18/07/2020

Atendimento: 2189344

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE COLO E DIAFISE FEMURAL ESQUERDA

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 28/07/2020

Equipe:

Cirurgião: JOSE FELIPE GUEDES

Aux 1: NATTAN ROZENDO

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3: MARIA LUIZA

Instrumentador:

Anestesiista:

Tipo de anestesia: OSTEOSINTESE

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1) PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO SOB ANESTESIA

2) ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3) INCISÃO EM NÍVEL DE TROCANTER MAIOR DIREITO + DIFUSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4) FRESAGEM DO CANAL FEMURAL DIREITO + PASSAGEM DE FIO GUIA

5) PASSAGEM DE HASTE DO TIPO PFN + BLOQUEIO PROXIMAL E DISTAL

6) LAVAGEM DA FERIDA OPERATÓRIA COM SF 0,9%

7) SUTURA + CURATIVO

8) A URPA

Data 28/07/2020

Assinatura/Carimbo

Nattan Santos Rozendo De Oliveira



30/07/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0008-52  
Av. Mãe Floriano Perceiro, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58412-809  
Hospedagem Emergência (H.E.) - Modelo 03

Data: 30/07/2020  
NOME: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



**PARAÍBA**  
Governo do Estado



*Santa Luz*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: FRANCISCO DE ASSIS DO NASCIMENTO

Data da Internação: 22/07/2020 Data da Alta: 30/07/2020

Registro: 2191527

Tempo de Permanência: -18466

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE PATELA ESQUERDA

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: SUTURA DE TENDÃO PATELAR TRANSOSSEA

Data:

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: NATTAN ROZENDO

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção E.O.: NÃO

Coleta de Material: NÃO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: ORIENTO A NÃO PISAR NO CHÃO COM O MEMBRO CIRURGIADO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MÉDICO

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO, DAPIRONA E XARELTO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 30/07/2020

  
Assinatura/Carimbo  
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



| HUECC                                                     |  | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA<br>DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | ENFERMARIA       |  | LEITO             |  | Nº PRONTUÁRIO  |  |
|-----------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|-------------------|--|----------------|--|
| FOLHA DE ANESTESIA                                        |  | NOME: <u>Renan Carlos F. Barbosa</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                  |  | IDADE: <u>26</u>  |  | SEXO: <u>M</u> |  |
| DATA: <u>10/02/20</u>                                     |  | PRESSÃO ARTERIAL: <u>110x50</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | PULSO: <u>80</u> |  | RESPIRAÇÃO        |  | TEMPERATURA    |  |
| TIPO SANGÜÍNEO                                            |  | HEMÁCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | HEMOGLOBINA      |  | HEMATÓCRITO       |  | GLICEMIA       |  |
|                                                           |  | URINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |  |                   |  |                |  |
| AP. RESPIRATÓRIO                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                  |  | ASMA              |  | BRONQUITE      |  |
| AP. CIRCULATÓRIO                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                  |  | ELETROCARDIOGRAMA |  |                |  |
| AP. DIGESTIVO                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | DENTES           |  | PESCOÇO           |  | AP. UROLOGIA   |  |
| ESTADO MENTAL                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | ATARÁXICOS       |  | CORTICÓIDES       |  | ALERGIA        |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO<br><u>Obstrução intestinal</u> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                  |  | ESTADO FÍSICO     |  | RISCO          |  |
| ANESTESIAS ANTERIORES                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                  |  |                   |  |                |  |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                  |  | APLICADA          |  | EFEITO         |  |
| ANESTESIA                                                 |  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>VP. ARTERIAL - O PULSO - O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO</p> </div> <div> <p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</p> <p>Laríngeo espasmo: _____ Lenta: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p><u>Cefazolin 2g</u></p> <p><u>Propofol 1-2g</u></p> <p><u>DT 200mg 1g</u></p> <p><u>Cetorolac 10-39</u></p> <p><u>Fentanil 2-1g</u></p> <p><u>Atorvastatina 1g</u></p> <p><u>Atorvastatina 1g</u></p> <p>ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____</p> <p>Não, por quê? _____</p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SD: _____</p> <p>Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Com cânula: _____</p> <p>Paro o Leito Sim _____ Não _____</p> <p>CONDIÇÕES: _____</p> </div> </div> |  |                  |  |                   |  |                |  |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES                                      |  | <p><u>Início 10:00h</u></p> <p><u>Trq - 1 - 0 - 11:30h</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                  |  |                   |  |                |  |
| POSICÃO                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                  |  |                   |  |                |  |
| AGENTES                                                   |  | <u>Monitore 15g / Lidocaína 2mg 0.1g</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                  |  |                   |  |                |  |
| TÉCNICA                                                   |  | <u>Trq - 1 - 0 - 11:30h</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                  |  |                   |  |                |  |
| OPERAÇÃO                                                  |  | <u>Trq - 1 - 0 - 11:30h</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                  |  |                   |  |                |  |
| CIRURGIÕES                                                |  | <u>Trq - 1 - 0 - 11:30h</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                  |  |                   |  |                |  |
| RESISTAS                                                  |  | <u>Trq - 1 - 0 - 11:30h</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                  |  |                   |  |                |  |



Número do Prontuário: 197536 DATA DA CIRURGIA: 18/07/2020

Número do Atendimento: 2189344 Clin: / Enf: / Lei:

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Data da Internação: 18/07/2020

Atendimento: 2189344

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR D + EXTENSO FERIMENTO  
MAO D + LESOES TENDINEAS MULTIPLAS MAO E

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRACAO TE TIBIA + LIMPEZA + TENORRAFIAS

Data da

Cirurgia: 18/07/2020

Equipe:

Cirurgião: RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: MARCIO ROSSANI FARIAS DE BRITO

Tipo de anestesia: RAQUI + SEDACAO

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- PCTE EM DDH ANESTESIADO; 2- ASSPESIA + ANTISSEPSIA + CAMPOS; 3- AMPLIAÇÃO DE EXPOSIÇÃO EM FEMUR + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF09% + TRACÃO TRANSESQUELÉTICA EM TIBIA DIREITA; 4- LIMPEZA E SUTURA DE FERIMENTOS EM MAO DIREITA; 5- IDENTIFICADO LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DO 2,3,4 QUIRODACTILOS ESQUERDOS; 6- TENORRAFIAS COM NYLON 3.0; 7- LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF E SUTURA.

Data 18/07/2020

Assinatura/Carimbo

João Paulo Oliveira Nunes

Dr. Rodrigo Amorim  
CRM-PB 6382 - TEOT: 12455  
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC  
AV. DOM PEDRO II, Nº 429  
CAMPINA GRANDE-PB



**NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

[illegible]



Data da internação: 18/07/2020 Hora: 12:05:50

|                                                                                                                                                                  |                                             |                                                                                             |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|  <b>Sistema Único de Saúde</b>                                                  |                                             | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>                       |                      |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b><br>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b> |                                             | 2 - CNES<br><b>2362856</b>                                                                  |                      |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>                                                      |                                             | 4 - CNES<br><b>2362856</b>                                                                  |                      |
| <b>Identificação do Paciente</b><br>5 - NOME DO PACIENTE<br><b>RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA</b>                                                        |                                             | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO<br><b>2189344</b>                                                      |                      |
| 7 - CARTÃO DO SUS                                                                                                                                                | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><b>26/06/1994</b> | 9 - SEXO<br>Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> |                      |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br><b>CLAUDIA MARIA FERREIRA</b>                                                                                                 |                                             | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br><b>83 987582002</b>                                             |                      |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)<br><b>RUA PEDRO GONCALVES DE SOUSA, 51, MALVINAS</b>                                                                             |                                             |                                                                                             |                      |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br><b>Campina Grande</b>                                                                                                            |                                             | 14 - CÓDIGO MUNICÍPIO<br><b>580400</b>                                                      | 15 - UF<br><b>PB</b> |
|                                                                                                                                                                  |                                             | 16 - CEP<br><b>58400002</b>                                                                 |                      |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                                                               |                                             |                                                                                             |                      |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><b>ACIDENTE DE MOTO + TRAUMA EM FEMUR E MAOS.</b>                                                                  |                                             |                                                                                             |                      |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><b>CIRURGIA</b>                                                                                                    |                                             |                                                                                             |                      |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br><b>RX</b>                                                                 |                                             |                                                                                             |                      |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><b>FRATURA EXPOSTA DE FEMUR D + LESAO TENDINEA MULTIP</b>                                                                            |                                             |                                                                                             |                      |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL<br><b>S80.01.01</b>                                                                                                                        |                                             |                                                                                             |                      |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO<br><b>S80.01.02</b>                                                                                                                       |                                             |                                                                                             |                      |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS<br><b>S80.01.03</b>                                                                                                                |                                             |                                                                                             |                      |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                                                                   |                                             |                                                                                             |                      |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><b>ORTEZ</b>                                                                                                        |                                             |                                                                                             |                      |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO<br><b>01.01.01</b>                                                                                                                   |                                             |                                                                                             |                      |
| 26 - CLÍNICA<br><b>ORTEZ</b>                                                                                                                                     |                                             | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br><b>VE</b>                                                     |                      |
| 28 - DOCUMENTO<br>(X) CNS ( ) CPF<br><b>98001627815463</b>                                                                                                       |                                             | 29 - Nº DOCUMENTO<br><b>98001627815463</b>                                                  |                      |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><b>RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES</b>                                                                           |                                             | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br><b>18/07/2020</b>                                               |                      |
| 32 - ASSINATURA<br><b>[Assinatura]</b>                                                                                                                           |                                             | 33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO<br><b>12423</b>                                             |                      |
| 34 - Nº DO BILHETE<br><b>12423</b>                                                                                                                               |                                             |                                                                                             |                      |
| 35 - SÉRIE<br><b>SBC</b>                                                                                                                                         |                                             |                                                                                             |                      |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)</b>                                                                                             |                                             |                                                                                             |                      |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA<br><b>00.000.000/0001-91</b>                                                                                                             |                                             | 37 - CNPJ EMPRESA<br><b>00.000.000/0001-91</b>                                              |                      |
| 38 - CNPJ EMPRESA<br><b>00.000.000/0001-91</b>                                                                                                                   |                                             | 39 - CNAE DA EMPRESA<br><b>84.12-01-0001</b>                                                |                      |
| 40 - CNOR<br><b>00.000.000/0001-91</b>                                                                                                                           |                                             | 41 - CNOR<br><b>00.000.000/0001-91</b>                                                      |                      |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO                                       |                                             |                                                                                             |                      |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                                               |                                             |                                                                                             |                      |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br><b>[Assinatura]</b>                                                                                                     |                                             | 44 - COD. ORGÃO EMISSOR<br><b>00.000.000/0001-91</b>                                        |                      |
| 45 - DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF<br><b>98001627815463</b>                                                                                                       |                                             | 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br><b>98001627815463</b>            |                      |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br><b>18/07/2020</b>                                                                                                                    |                                             | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br><b>12423</b>                      |                      |
| 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR<br><b>12423</b>                                                                                                  |                                             | 50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR<br><b>12423</b>                             |                      |



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

**RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA**

FILIAÇÃO.....: SEVERINO DO RAMO BARBOSA DA SILVA  
CLAUDIA MARIA FERREIRA

NASCIMENTO.....: 29/08/1994      SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB

DOCUMENTO.....: R.G. 3535846 SSGS PB 09/04/2007

LEI Nº 8.045, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF.....: 118.357.874-94      CNH.....:

TIT. ELEITOR:      SEÇÃO:      ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE/PB - 20/09/2012

Proteção Social do Trabalho e Emprego no Paraná

**MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO**

**ARTES DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

166.23186.94-9

1752825      0040      PB

Renan Carlos Ferreira Barbosa da Silva

Assinatura do Trabalhador e do Empregador

03



DENATRAN

REPÚBLICA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

0041786629

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012183369037

VIA - COD. RENAVAM - 20162000000518 - 5 (CICLO)

0034210486-1 00/00000000 2015

NOME

MARIA CLEONICE SOARES DE PAULA

CREF / CNPJ

50423380478

PLACA

0EU7888/PB

PLACA ANT / UF

CH-SJI

NOVO PB 9C2KD0550BR030562

ESPÉCIE TIPO

COMBUSTÍVEL

MARCA / MODELO

ANO FAB.

HONDA/NXR150 BROS ES

2011 201

CAP / POT / CL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2 P/149 /CI

PARTIC

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

IPVA PAGO EM 26/02/2016

1º

PARCELAMENTO / COTAS

2º

\*\*\*\*\*

0

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

SEGURO P A G O 30/11/20

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

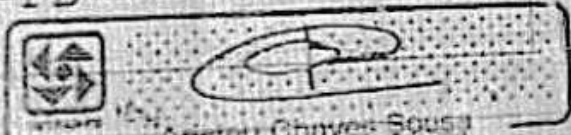
ARARUNA - PB LOCAL

DATA

26/02/20

160

36633



Arilton Chaves Sousa



## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OEU7888

2015

\*\*\*\*\*

Imprimir Consulta

OEU7888

Último Licenciamento: 2015

Proprietário: \*\*\*\*\*

Placa: OEU7888

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2011

Ano Modelo: 2011

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 30/10/2020

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: ARARUNA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 16/10/2020

PASSA / MOTOCICLET

ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES

2011

2011

PARTICULAR VERMELHA

30/10/2020

ARARUNA

16/10/2020



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200373041 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA **Data do acidente:** 18/07/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
DA SILVA

### PARECER

**Diagnóstico:** LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DA MÃO DIREITA E ESQUERDA.  
FRATURA DO COLO E TAMBÉM DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.  
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 180°, extensão aos 45°, abdução aos 180°, adução aos 40°, rotação medial aos 90°, rotação lateral aos 70°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no ombro direito.

**Resultados terapêuticos:** TENORRAFIA DOS TENDÕES DAS MÃOS DIREITA E ESQUERDA SEM COMPLICAÇÕES.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS DO FÊMUR ESQUERDO AINDA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL  
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA SEM TRATAMENTO CIRÚRGICO ATÉ ESTA DATA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO DEVIDO SEQUELA DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA CRÔNICA

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/11/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** PACIENTE VITIMA DE FRATURA DO COLO E DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO AINDA EM ACOMPANHAMENTO ATÉ CONSOLIDAÇÃO PACIENTE COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA GRAU "V" SEM TRATAMENTO, APRESENTANDO DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO LESÕES DE MÚLTIPLOS TENDÕES DAS MÃOS DIREITA E ESQUERDA SEM SEQUELAS E COM TRATAMENTO JÁ CONCLUÍDO.  
Nota do revisor: a vítima mantém tratamento médico devido a fratura de fêmur direito. Sugerimos reavaliação médica em 60 dias (MID).  
Data e local do exame: 10/11/2020 - Campina Grande/PB

### 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 dos ombros | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                         |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200373041 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA **Data do acidente:** 18/07/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
DA SILVA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COLO E DIÁFISE FEMURAL A ESQUERDA.(P-9)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO( HASTE,PLACA,PARAFUSO,DEBRIDAMENTO,OSTEOSSÍNTESE)  
E ALTA MÉDICA.  
P-4-6-7-8-9-10-11-12-13-14

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros inferiores | 70 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 35%       | R\$ 4.725,00             |
| Total                                                    |                                                 |                                                               | 35 %      | R\$ 4.725,00             |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200373041 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA Data do acidente: 18/07/2020 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COLO E DIÁFISE FEMORAL ESQUERDA.(P-9) DIVERGÊNCIA NA LATERALIDADE. TRAUMA EM MÃO ESQUERDA, COM LESÃO TENDÍNEA DO 2º, 3º E 4º EXTENSORES DOS QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. P12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(HASTE,PLACA,PARAFUSO,DEBRIDAMENTO,OSTEOSSÍNTESE - FÊMUR / TENORRAFIA MÃO ESQUERDA).  
ALTA MÉDICA.  
P-4-6-7-8-9-10-11-12-13-14

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento  
faltante:

Apontamento do Laudo  
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

Observações: P 10 - DOCUMENTO ACOSTADO NÃO PERTENCE À VÍTIMA.  
DIVERGÊNCIA NA LATERALIDADE DO FÊMUR.  
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores                           | 70 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 7,5%      | R\$ 1.012,50          |
| Total                                                                           |                                              |                                                      | 42,5 %    | R\$ 5.737,50          |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294930/20

**Vítima:** RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

**CPF:** 118.357.674-94

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/07/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA : 118.357.674-94**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/10/2020  
Nome: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA  
CPF: 118.357.674-94

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200373041 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA **Data do acidente:** 18/07/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
DA SILVA

### PARECER

**Diagnóstico:** LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DA MÃO DIREITA E ESQUERDA.  
FRATURA DO COLO E TAMBÉM DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.  
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 180°, extensão aos 45°, abdução aos 180°, adução aos 40°, rotação medial aos 90°, rotação lateral aos 70°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no ombro direito.

**Resultados terapêuticos:** TENORRAFIA DOS TENDÕES DAS MÃOS DIREITA E ESQUERDA SEM COMPLICAÇÕES.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS DO FÊMUR ESQUERDO AINDA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL  
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA SEM TRATAMENTO CIRÚRGICO ATÉ ESTA DATA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO DEVIDO SEQUELA DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA CRÔNICA

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/11/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** PACIENTE VITIMA DE FRATURA DO COLO E DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO AINDA EM ACOMPANHAMENTO ATÉ CONSOLIDAÇÃO PACIENTE COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA GRAU "V" SEM TRATAMENTO, APRESENTANDO DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO LESÕES DE MÚLTIPLOS TENDÕES DAS MÃOS DIREITA E ESQUERDA SEM SEQUELAS E COM TRATAMENTO JÁ CONCLUÍDO.  
Nota do revisor: a vítima mantém tratamento médico devido a fratura de fêmur direito. Sugerimos reavaliação médica em 60 dias (MID).  
Data e local do exame: 10/11/2020 - Campina Grande/PB

**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 dos ombros | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                         |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |



LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3200373041

Nome do(a) Examinado(a): RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pedro Gonçalves de Sousa, 51, , Campina Grande/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSDS/PB / 3535846

Data e local do acidente: 18/07/2020 - Campina Grande/PB

Data e local do exame: 10/11/2020 - Campina Grande/PB

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DA MÃO DIREITA E ESQUERDA. FRATURA DO COLO E TAMBÉM DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO. LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO DIREITO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TENORRAFIA DOS TENDÕES DAS MÃOS DIREITA E ESQUERDA SEM COMPLICAÇÕES. TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS DO FÊMUR ESQUERDO AINDA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA SEM TRATAMENTO CIRÚRGICO ATÉ ESTA DATA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Exame físico prejudicado.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Em tratamento.

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

(X) "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Ombro Direito - Leve - 25%



VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

PACIENTE VITIMA DE FRATURA DO COLO E DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO AINDA EM ACOMPANHAMENTO ATÉ CONSOLIDAÇÃO PACIENTE COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA GRAU "V" SEM TRATAMENTO, APRESENTANDO DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO LESÕES DE MÚLTIPLOS TENDÕES DAS MÃOS DIREITA E ESQUERDA SEM SEQUELAS E COM TRATAMENTO JÁ CONCLUÍDO.



Dr. José Renná Gomes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 9121 / CRM-PE 21437  
TEOT 15282

