



Número: **0800762-83.2021.8.15.0541**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Pocinhos**

Última distribuição : **17/08/2021**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANIEL DA SILVA FIRMINO (AUTOR)		HEWERTON DANTAS DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA registrado(a) civilmente como TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72015814	18/04/2023 15:14	Petição	Petição
72015817	18/04/2023 15:14	2831339_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
72015844	18/04/2023 15:14	2831339_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



BANCO DO BRASIL S.A.

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: 25/06/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL DA SILVA FIRMINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02469-4

CONTA: 000000016798-3

Nr. da Autenticação D6798CB5D72492BC





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

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210149487

Vítima: DANIEL DA SILVA FIRMINO

Data do Acidente: 28/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL DA SILVA FIRMINO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: DANIEL DA SILVA FIRMINO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002469-4

Conta: 0000016798-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

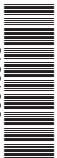
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01685/01686 - carta_15R - INVALIDEZ

00010843





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

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210149487

Vítima: DANIEL DA SILVA FIRMINO

Data do Acidente: 28/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DANIEL DA SILVA FIRMINO

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. 01199/01200 - carta_02 - INVALIDEZ

00020600



Carta nº 16886870



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/04/2023 15:14:01

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041815140152800000067908510>

Número do documento: 23041815140152800000067908510

Num. 72015817 - Pág. 3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210149487 **Cidade:** Pocinhos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL DA SILVA FIRMINO **Data do acidente:** 28/09/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 120°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA VEM PARA AVALIAÇÃO COM USO DE BENGALA, MARCHA CLAUDICANTE, DIFERENÇA DE COMPRIMENTO DO MEMBRO COM ENCURTAMENTO DO INFERIOR ESQUERDO
Déficit de força muscular do membro inferior esquerdo grau III
Amplitude de movimento do quadril esquerdo bastante reduzida (vide obs).

Sequelas permanentes: DURANTE AVALIAÇÃO SEGURADO TROUXE DOCUMENTAÇÃO EM CD QUE NÃO FOI POSSÍVEL ACESSAR. O MESMO APRESENTA UMA LUXAÇÃO INVETERADA DO QUADRIL ESQUERDO QUE NÃO TIVE ACESSO A DOCUMENTOS HOSPITALARES DE QUE A LESÃO FOI DOCUMENTADA NA ADMISSÃO HOSPITALAR DO REFERIDO ACIDENTE (VIDE OBS)
ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
MARCHA CLAUDICANTE
Déficit de força muscular do quadril esquerdo grau III (vide obs)
Déficit de amplitude de movimento do quadril esquerdo (vide obs)
AGACHAMENTO PREJUDICADO

Sequelas: Com seqüela

Data do exame físico: 21/06/2021

Conduta mantida:

Observações: OBS.: Conforme documentação anexada ao processo (doc 1/15) o Sr. Daniel, na data da internação (28/09/20), já era portador de seqüela de fratura do acetábulo e deformidade em fêmur proximal à esquerda, razão pela qual o quadro descrito neste laudo relativo ao quadril não foi considerado.
Data e local do exame: 21/06/2021 - 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Ywry de Paiva Câmara

CNPJ: 08.771
Data: 28/09/2020



Sempre todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Número do Prontuário: 205804

DATA DA CIRURGIA: 28/09/2020

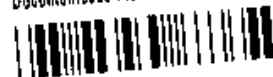
Número do Atendimento: 2236642 Clin: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DANIEL DA SILVA FIRMINO

Data da Internação: 28/09/2020

Documentação médica - hospitalar



Atendimento: 2236642

Diagnostico Pré-Operatório: *fr exposta osso da perna @*

Diagnostico Pós-Operatório: ~~LMC + FIXAÇÃO EXTERNA~~ (O MESMO)

Cirurgia: LMC + FIXAÇÃO EXTERNA

Data da Cirurgia: 28/09/2020

Equipe:

Cirurgião: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 1:

Aux 2: *B*

Aux 3:

Instrumentador: RAMON

Anestesista: ANA DULCE DE SOUZA LIMA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NDN

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO + CAMPOS ESTÉREIS.

3. AMPLIAÇÃO DE LESÃO EM FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA ESQUERDA +
DIVULSAO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4. LMC EXAUSTIVA COM SF + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

5. REDUÇÃO INDIRETA + FIXAÇÃO EXTERNA COM AUXILIO DE ESCOPIA AO
TÉRMINO DO PROCEDIMENTO.

6. PACIENTE COM MAIS DE 10 HORAS DE EVOLUÇÃO.

7. LAVADO DE FO COM SF

8. FECHAMENTO COM NYLON 2-0 + CURATIVO

OBS: OBSERVADA ROTAÇÃO INTERNA DO MEMBRO ACOMETIDO RÍGIDA, SENDO
NECESSÁRIO O POSICIONAMENTO LATERAL DO FIXADOR EXTERNO.
PACIENTE COM PROVÁVEL SEQUELA DE FRATURA DE ACETÁBULO E
DEFORMIDADE EM FEMUR PROXIMAL ESQUERDO.

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/04/2023 15:14:01

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041815140152800000067908510>

Número do documento: 23041815140152800000067908510

28/09/2020

HTCG-Fórmul Administrativa



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº 2236517

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0003-52
 Av. Mai. Portiano Pelúcio, 4700 - Marinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/09/2020
 Batelão de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: Teresa Viana Duarte

PACIENTE: DANIEL DA SILVA

CPF: 58150000

Nascimento: 04/05/1992

FIRMINO

Sexo: M

Telefone: 86470003

Endereço: SÍTIO MARIZ PRETO

Idade: 028

Baixo: 2000 RURAL

Cidade: Poço das Antas

RG: 3665016

Nº

Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF:

Profissão: AGRICULTOR

Responsável:

Data do

CNS: 1236547889

Estado Civil: UNIDO

Atende: 28/09/2020

CONVÊNIO: SUS

Espaço CMI/UNDO

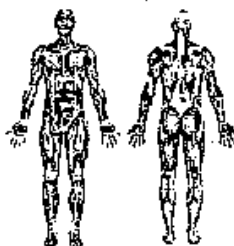
Fato: 08:44:04

Mecanismo de acidente de trânsito

Fato: 08:44:04

Mecanismos do trauma

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



1. Abordagem
2. Amputação
3. Anelido
4. Contusão
5. Craniotomia
6. Dcr
7. Edema
8. Enfisema
9. Enfisema subcutâneo
10. Escoriação
11. Escorção
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortante
15. F. Cortante
16. F. Cortante
17. F. Cortante
18. F. Cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injeção de sangue
23. Injeção de sangue
24. Lesão tecidual
25. Luxação
26. Mordedura
27. Mordedura
28. Objeto penetrante
29. Queimadura
30. Queimadura
31. Queimadura
32. Queimadura
33. Queimadura
34. Queimadura
35. Queimadura
36. Queimadura

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada - Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Politraumático

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Urgência de trauma - Fratura de M.E.
 após acidente de trânsito, com lesões secundárias, apresentando
 lesões hemodinâmicas, com lesões secundárias, com lesões secundárias,
 com lesões secundárias, com lesões secundárias, com lesões secundárias,

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: 5002

EXAMES SOLICITADOS:

Laboratoriais

Gasometria Arterial

Radiografia Computadorizada

Ultrassonografia

Radiografias

Radiografias

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

28/09/2020

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: 02202514, às 09:35, Dia 28/09/2020

Especialista: 02202514, às 09:35, Dia 28/09/2020

Especialista: 02202514, às 09:35, Dia 28/09/2020

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SR - 500ml EV	
2	Tratado 40mg + 100 EV	adm. no SQU
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Suelio Moreira Torres
 CRM 10536

RAIO X
 REALIZADO EM:
 28/09/2020

10.1.1.148/projeto/imprensa/imprensa.php?contato=2236517&data=2020-09-28&horario=08:47:22

10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/04/2023 15:14:01

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041815140152800000067908510

Número do documento: 23041815140152800000067908510

Num. 72015817 - Pág. 6



FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA () ELETIVA (X) URG/EME

PACIENTE: Daniel da Silva Figueiro IDADE: 28
 DATA DE CHEGADA NO CC: 28-09-20 HORA: 17:15h
 CIRURGIA PROGRAMADA: Exat. de pt. exp. de perna e CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: Dr. J. J. J.

ACOLHIMENTO

ESTADO GERAL: () GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR (X) BOM
 PREPARO: (X) JEJUM TEMPO DE JEJUM: 18h () RETIRADA DE PRÓTESES () RETIRADA DE ADORNOS
 ACESSO VENOSO: (X) SIM () NÃO (X) AVP () AVC LOCAL: ASD
 VENTILAÇÃO: (X) AR AMBIENTE () M.V. () INTUBADO () TQT
 ANTECEDENTES: () HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA RENAL () AVC () MARCAPASSO () CONVULSÃO
 () TABAGISTA
 () ISOLAMENTO DE: _____ DEVIDO À: _____

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: () SIM (X) NÃO NOMES: _____
 RESERVAS SANGÜÍNEAS: () SIM (X) NÃO () CONC. HEMÁCIAS () PLASMA () PLAQUETAS
 () CRIOPRECIPITADO

CIRURGIAS ANTERIORES: Não QUANDO: _____
 EXAMES: () RISCO CIRÚRGICO () EX. LAB. () RAIOS-X () USG () TOMOGRAFIA
 PRE-OPERATÓRIOS: TERMO DE CONSENTIMENTO: () PARA CIRURGIA () NSA () OUTROS: _____
 NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE: () SIM (X) NÃO LOCAL: _____ () PACIENTE NÃO CONTACTUA OU NÃO CONSEGUE RESPONDER AS PERGUNTAS

PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

O PACIENTE CONFIRMA: (X) IDENTIDADE (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO ALERGIAS CONHECIDAS: (X) NÃO () SIM, DEVIDO A _____
 (X) PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
 (X) CHEGADA DE MATERIAL DE ANESTESIA RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: (X) NÃO () SIM
 (X) EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: () NÃO (X) SIM
 RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): () SIM () NÃO (X) MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O. DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO
 OBSERVAÇÕES: _____ ACOlhido por: [Assinatura] N.º 42587 M. 2024-03

TRANSOPERATÓRIO

CIRURGIÃO: [Assinatura] AUXILIAR: _____
 ANESTESIOLOGISTA: [Assinatura] ANESTESIA: [Assinatura]
 CIRCULANTE: [Assinatura]
 POSICIONAMENTO: (X) DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO VENTRAL () DECÚBITO LATERAL () LITOTÔMICA () GENUPEITORAL () OUTRAS: _____
 PLACA DE BISTURI: () SIM (X) NÃO LOCAL: _____
 EQUIPAMENTOS: () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL () ARCO CIRÚRGICO () LASER () OUTROS: _____
 USO DE COXINS: () SIM () NÃO LOCAL: _____

SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

(X) TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM () NOME DO PACIENTE
 (X) PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: + 1h00 () CIRURGIA PROGRAMADA
 (X) PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA () PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM
 () LOCAL DO PROCEDIMENTO () EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

HORA: _____ HORA: _____
 HORA: _____ HORA: _____
 HORA: _____ HORA: _____
 HORA: _____ HORA: _____
 HORÁRIO PA F.C. SPO2
 ADMISSÃO NA S.O.: 15:30 15:45 104
16:05 16:26 86 100
 FIM DA CIRURGIA: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADO POR: DRENOS E CANULAS
 () TOT n.º () SNG n.º () SNE n.º () PENROSE LATEX () PENROSE SILICONE
 () ACESSO CENTRAL TIPO: _____ LOCAL: _____ () WATERMAN () BLAKE
 () AVP: N.º 5.0 CATETER N.º _____ () GUEDEL () SUCCÃO
 () PAM CATETER N.º _____ LOCAL: _____ () DRENO TORÁCICO () DRENO DE MEDIASTINO
 () SVD n.º _____ BALÃO COM: _____ ml ABD () SVA () IRRIGAÇÃO VESICAL

TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

(X) NOME DO PROCEDIMENTO () MONTAGEM DE COMPRESSAS
 () ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE (X) MATERIAIS PARA EXAMES (X) NÃO () SIM
 QUAL: _____
 PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS: (X) NÃO () SIM
 QUAL: _____

INTEGRADORES DOS
MATERIAIS





Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

09724

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL.H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.



IMPOL

INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA

Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-000 - Doadema - SP - Brasil

01/2020

FIXADORES EXTERNOS

FIXADORES LINEAR ESTÉRIL - IMPOL

FIXADOR LINEAR ROFA II

TAM: 350mm x 200mm

MATERIAL ASTM F369, NBR 203

VAL: 01/2020

REGISTRO ANVISA 10108770128

RESP. TEC. Roberto L. Paula - CREA 0050231462

CLASSE: I QTD: 1

REF.: 0833-001-350 LOTE: T0001/0120



* 0 0 4 9 5 3 8 *

PRODUTO EM USO DE 01/01/2020 ATÉ 01/01/2023
RECEBER O PRODUTO EM USO DE 01/01/2020 ATÉ 01/01/2023



PRODUTO EM USO DE 01/01/2020 ATÉ 01/01/2023
RECEBER O PRODUTO EM USO DE 01/01/2020 ATÉ 01/01/2023



STERILE R



IMPOL

INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA

Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-000 - Doadema - SP - Brasil

01/2020

PINO E FIO RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS

PINO DE SCHANZ

PINO DE SCHANZ Ø 5,0 X 180 MM - ROSCA 50 MM

IP

TAM: Ø5,0 X 180MM

MATERIAL ASTM F138

VAL: 01/2020

REGISTRO ANVISA 10108770114

RESP. TEC. Roberto L. Paula - CREA 0050231462

CLASSE: III QTD: 8

REF.: 0820-005-180 LOTE: 0021/1119



* 0 0 4 9 5 3 9 *

PRODUTO EM USO DE 01/01/2020 ATÉ 01/01/2023
RECEBER O PRODUTO EM USO DE 01/01/2020 ATÉ 01/01/2023



PRODUTO EM USO DE 01/01/2020 ATÉ 01/01/2023
RECEBER O PRODUTO EM USO DE 01/01/2020 ATÉ 01/01/2023



STERILE R



DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753

Embragem Red® - F: (81) 90831.0833



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/04/2023 15:14:01

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041815140152800000067908510>

Número do documento: 23041815140152800000067908510

Num. 72015817 - Pág. 8

Procedimento
de
Cirurgia
de
Contorno

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Daniel da Silva Firmino		DN: 04/05/1992			
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		SUS	28 anos	2236642	
CIRURGIA: Cirurgia com fístula		CIRURGIA: Cirurgia			
ANESTESIA: Raqui		ANESTESIA: Anestesia			
INSTRUMENTADORA: Ramon		DATA: 28/04/2020		FIM: 17:05	
INÍCIO: 15:35					
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Cafet. p/ Oxi.		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
	Bimora amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Serlix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mubalin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Proglumina amp.	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelçin ml	Gase Pacote cl 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ml		Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix	
	Dacaron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serlix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serlix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serlix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.	Polifix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml			
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico			
	Lasix amp.	Saco coletor			
	Medrothinazol.	Seringa desc. 00 ml			
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml			
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml			
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanon amp.	Sonda folley			
	Cefalotina g	Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Tornelrinha			
		Vaselina ml			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Gelcon 18			
	Agulha desc. 25 x 7	Latase			
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha p/ raque nº 25				
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul melileno amp.				
	Benzina ml				

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

EQUIPAMENTOS

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (x) Oxímetro de Pulso | () Foco Auxiliar |
| () Serra | () Eletrocautério |
| () Desfibrilador | () Oxícapnógrafo |
| (x) Foco Monitor | (x) Cardiomonitor |
| () Fonte de Luz | (x) Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 055



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/04/2023 15:14:01

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041815140152800000067908510

Número do documento: 23041815140152800000067908510

aniel Da Silva Firmino

CAMPIMAGEM - Diagnostico por imagen

86002

4/05/1992

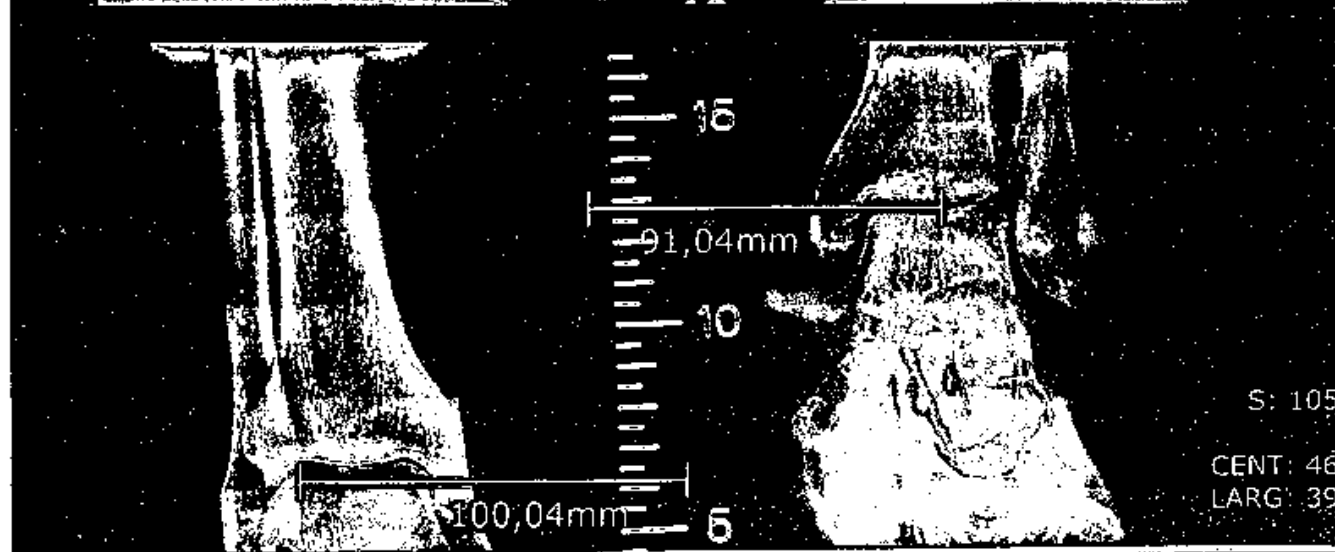
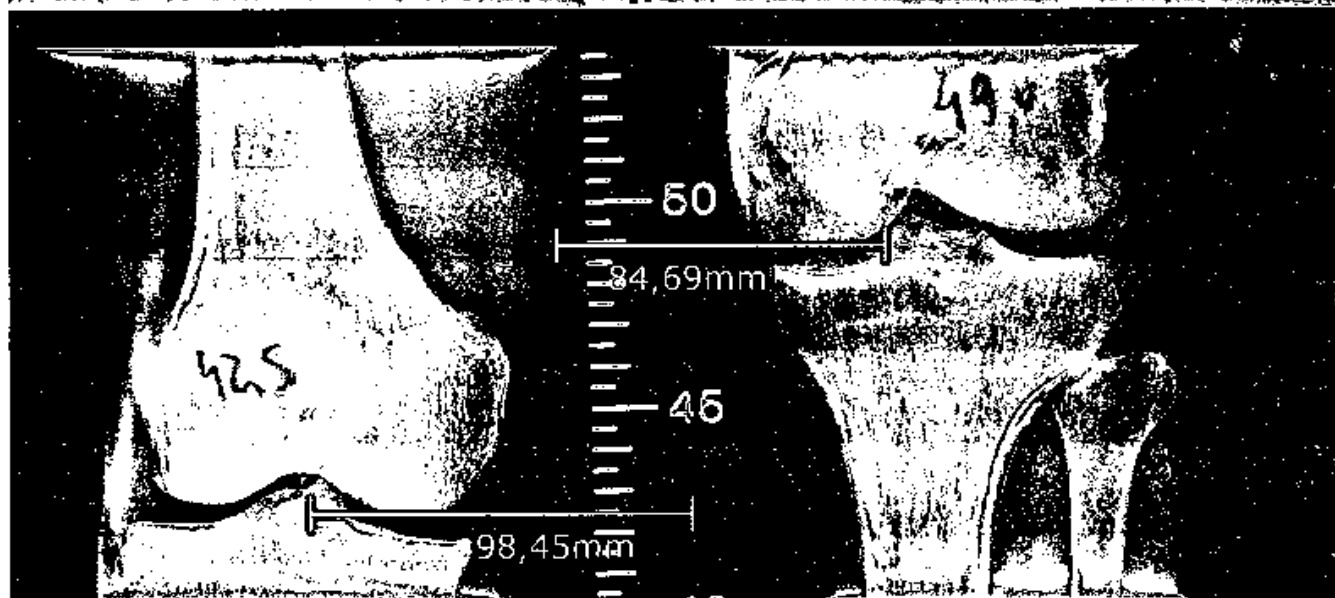
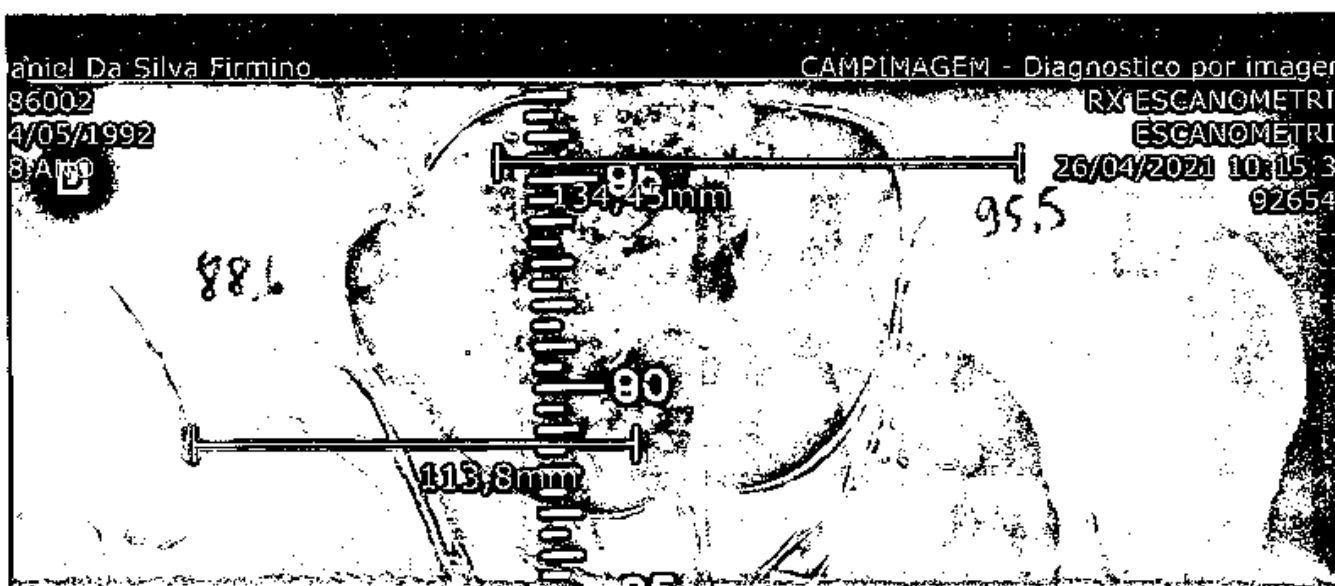
8:15:30

RX ESCANOMETRIA

ESCANOMETRIA

26/04/2021 10:15:30

92654



S: 105

CENT: 46

LARG: 39

IM: 100

ag: 2 de 4

cm



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/04/2023 15:14:01

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041815140152800000067908510>

Número do documento: 23041815140152800000067908510

RECEIVED: 10/10/2003



Copyright © 2007 by John Wiley & Sons, Inc.

CPF

2005 年 12 月

Journal of Management Education 30(6)p.789-804

• • • • •

(1) $\vec{v} = \vec{v}(\vec{r}, t)$ is the velocity field

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

LI-2-38

ALFABET...ADA

.....33:33:33:33.....

ACCEPTED FOR PUBLICATION

[illegible]

Figure 1

Q. 1000000



28/09/2020

HTCG-Painel Administrativo

Data da Impressão: 28/09/2020

Horas da Impressão: 10:33:12

Médico (a) Diarista : Jose Felipe Guedes



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2236642 Paciente: DANIEL DA SILVA FIRMINO Idade: 028

Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS DA SILVA FIRMINO Data de Nascimento: 04/05/1992 Sexo: M

Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: 400A Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

Paciente encaminhado em
29 de 09 na 000p. 2

DIA 28/09/2020

Item	Prescrição	Aproçamento
1	DIETA LIVRE <i>mes rpa</i>	
2	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1 Frasco/Ampola, 12h/12h	<i>1/6</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h DILUIR EM AD	<i>1/4 1/6</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>1/4</i>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO DILUIR EM AD	SN
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9%	SN
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

8. SAT 5000 CEM 0.000A 21

28/09/20 ortopedica

9. SF 0.9% 2000p a pl 24h. 21 96

10. Curativo Diário

11. rx controla.

Pelo ultimo de dor, opormentado

fratura exposta da perna (E)

CO: VPM

Preparar pto para

Centro cirurgico

Dr. Jose Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 24.311 - 19/09/2020

28/09/2020, 17h06' POI

Paciente submetido a proce-
dimento cirurgico ortopedico
sem internação.
No momento em UCPA.

Cd: VPM + rx controla
Viny de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 11907

10.1.1.148/projetohtcg/enviarprescri.php?datasai=2020-09-28&contar=2236642



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/04/2023 15:14:01

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041815140152800000067908510

Número do documento: 23041815140152800000067908510

Num. 72015817 - Pág. 12

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: Mantido fixado interno

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR ☒ OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ☒ INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ☒ OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ☒ OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	☒ AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ☒ PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
☒ ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	M	☒ AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
☒ AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	08:20	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
☒ REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	M	☒ MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
☒ OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS	MTN	☒ DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
☒ TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	01/10/20	
☒ REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	3mm	
OUTRO:		

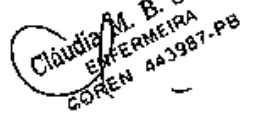
9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ☒ SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ☒ SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:  DATA: 30/09/2020



1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Daniel da Silva Idade: 28 Sexo: M Enf/Leito: 6-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Exposta perna (E)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: permanente em M.I.G.

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS: _____

SEGURANÇA FÍSICA: ☒ TRANQUÍLO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ☒ REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: ☒ LOCAL OBS: M.I.G.

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: ☒ VO () SNG () SNE () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ☒ NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☒ ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO ☒ OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM ☒ NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida: _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE ☒ PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ☒ ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS: _____

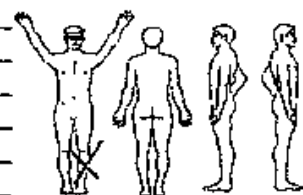
6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0-10)	(Kg)			INSERÇÃO
8h	120/80		67	98	-	-	-	-	-	<u>Leonor</u>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
21h	140/80	-	-	-	-	-	-	-	-	<u>FO</u>	CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

AUP/MSE → 28/9/20





CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 01/10/2020

Horas: 09:22:31

Médico(a) Donatário: Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2236642 Paciente: DANIEL DA SILVA FIRMINO Idade: 028 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS DA SILVA FIRMINO Data de Nascimento: 04/05/1992 Admissão: 28/09/2020 DIH - 3
Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

DIA 01/10/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Aproximadamente
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. IFRASCOS/Ampola. 12h/12h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 6h/6h	
4	DILUIR EM AD TENOXICAM 10 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCOS/Ampola. 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD. ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	
6	DILUIR EM AD TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	
7	DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9% CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 01/10/2020 HORA: 09:21:58

PCT EM POI SEM INTERCORRENCIAS

CD: ALTA HOSPITALAR

Dr. Matheus Pedrosa
MÉDICO
CRM-PB 12.511

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza



01/10/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Botão de Emergência (B.E.) - Módulo 03

Data: 01/10/2020
NOME: Matheus Pedrosa Cavalcanti D.



PARAÍBA
Governo do Estado



Seu Nome
PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: DANIEL DA SILVA FIRMINO

Data da Internação: 28/09/2020

Data da Alta: 01/10/2020

Registro: 2236642

Tempo de Permanência: -18534

Diagnóstico Inicial: FX EXPOSTA DE TIBIA

Diagnóstico Final: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 28/09/2020

Equipe:

Cirurgião: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA +
ANTIBIOTICOPROFILAXIA LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA COM SABÃO
NEUTRO; RETIRAR OS PONTOS COM 15 DIAS. EVITAR CARGA COM MEMBRO
CIRURGIADO ATÉ ORIENTAÇÕES DO MÉDICO NA CONSULTA DE RETORNO.

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO 500MG 1 CP DE 12/12HS POR 7 DIAS ARFLEX
RETARD 200MG 1 CP AO DIA, DURANTE 6 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Matheus Pedrosa

MÉDICO

CRM-PB 12.869

Data: 01/10/2020

Assinatura/Carimbo

Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL: Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza



28/09/2020

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 28/09/2020 Hora: 10:29:32

 Sistema Único da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE DANIEL DA SILVA FIRMINO		6 - Nº DO PRECATÓRIO 2236642	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 04/05/1992	9 - SEXO Masc ☒ F ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DAS GRACAS DA SILVA FIRMINO		11 - TELEFONE DE CONTATO 83 86470403	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO MARIZ PRETO, 0, ZONA RURAL			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Pocinhos		14 - CEP 581200	15 - UF PB
16 - CID 58150000			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA DE TRAUMA, APRESENTANDO DOR + DEFORMIDADE E FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RADIOGRAFIA + EXAME FÍSICO			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA		21 - CID 10 PRINCIPAL S21.0	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO S21.0		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS S21.0	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 980016287664288		26 - CLÍNICA 980016287664288	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 980016287664288		28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF 980016287664288	
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016287664288		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE FELIPE GUEDES	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/09/2020		32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO JOSE FELIPE GUEDES	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SORTE 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNPJ DA EMPRESA 41 - CBOR 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - CID, ORGÃO EMISSOR 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 46 - DOCUMENTO () CNES () CPF 47 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			

10.1.1.148/projetinho/impresintamento.php?contar=2236642

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/04/2023 15:14:01
<https://pje.tipb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041815140152800000067908510>
 Número do documento: 23041815140152800000067908510

Num. 72015817 - Pág. 17

HTCC-Prüfung Administration

28.09.2020

Final Qual

Reservatório

Paciente intima de guerra, com fratura em MJE, insuflando oler local. Apresenta-se com estabilidade hemodinâmica. EGE, consciente, hidratado, cervical, tórax = pulmão sem alterações. FAST ⊖

col: pta da c. geral

Solicitação parecer da ortopedia

~~Section~~
~~DR. SPRING~~
~~CHIC~~
~~GRIN-F~~
~~CRE~~

DESTINO DO PACIENTE _____

† Centro Clínico

4. **ပြုတ်စားရသည့် အသက်**

† Transferência a outro SETOR do HOSPITAL

© 1999 Hospitalar & E. A. Revista

1. [] Dedução Médica

1 JOHN 5:1

Ass. do parlento ou responsável quando necessário)

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CEO

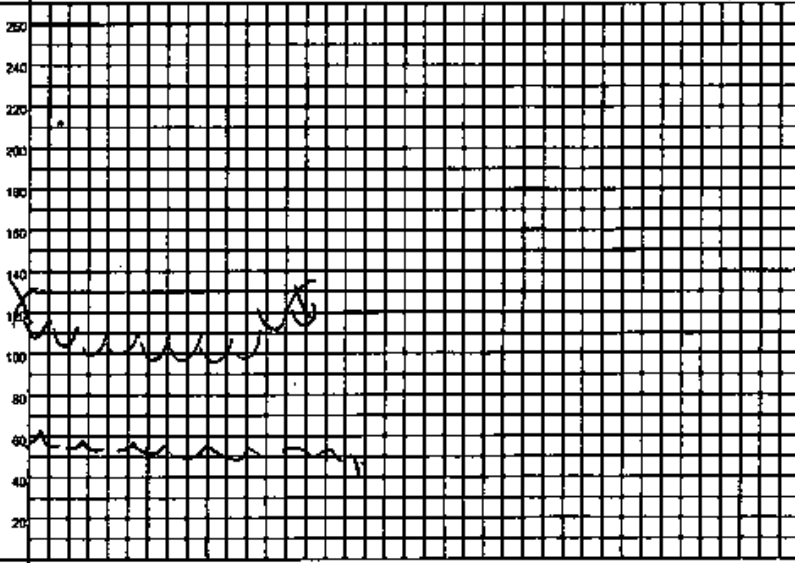
IDADE

10.1.1.1400printedbookseries.php?series=2238517&dateand=2020-09-28&homeand=08:47:22

25



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Daniel da Silva Fiermino</i>				IDADE	SEXO	COR
DATA <i>28/3</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	UREIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ANÁLISIS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>frat expulsa de tórax</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	<i>K = 500 + RL + RL</i>				INDUÇÃO			
LIQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
CÓDIGOS VP-ARTERIAL: O PULSO: O-RESPIRAÇÃO AX-ANESTESIA O-OPERAÇÃO					MANUTENÇÃO			
					<i>respiração em durante 2-3 p durante 2-3 p após 2-3 p desolm 2-3 p durante 2-3 p até 2-3 p</i>			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
POSIÇÃO					DESPERTAR			
AGENTES					Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
TÉCNICA	<i>respiração</i>				Com cânulas: _____ Para o Leito: Sim _____ Não _____			
OPERAÇÃO	<i>rel. de fratura de tórax</i>				CONDICÕES:			
CRUÍCIOS	<i>Dr. V. V.</i>							
ANESTESISTAS	<i>Dr. A. R. U. e Dr. J. J.</i>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

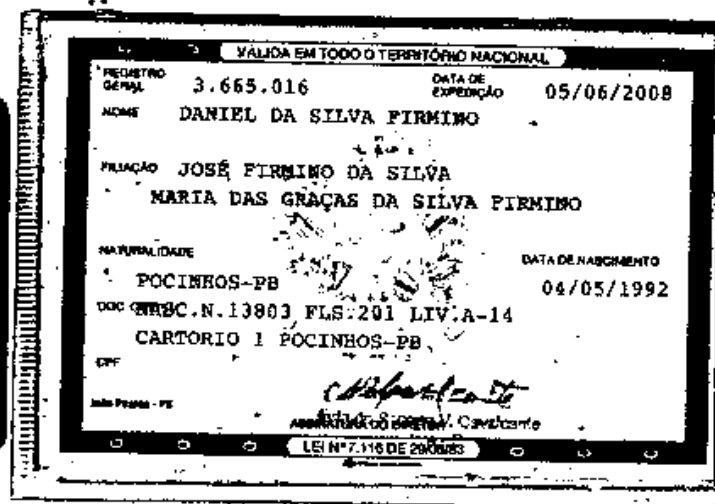
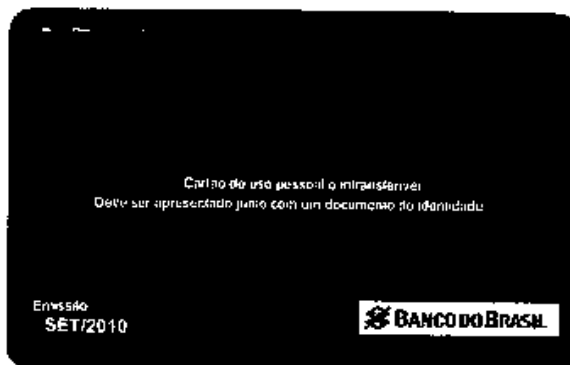
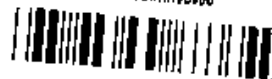
MOD. 061

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





Documentos de identificação



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014798491540
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA ODD. RENAVAM 0190000150906 EXERCÍCIO
1 0071740565-6 00/00000000 2019

NOME
EDIVAN JORVINO DA SILVA

CPF/CNPJ PLACA
03647562416 MNT5334/PB

PLACA ANT. UF CHASSI
NOVO PB 9C2JC2500XR174830

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
BAS/MOTOCICLE/NAO APETC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 TITAN 1999 1999

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/124 / CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1 00/00/0000 1
2
3
FAXA LPIVA PARCELAMENTO / COTAS
***** 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 22/04/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO - CANCELADO
NOVO 125 CG TRANSFERENCIA

LOCAL DATA
MATINHAS-PB 22/04/2019

41076



35556

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014798491540 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1264

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 22/04/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 03647562416 MNT5334/PB

RENAVAM MARCA/MODELO
0190000150906 HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB. CAT. IVE. Nº CHASSI
1999 9 9C2JC2500XR174830

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) SEM A SEGURO PAGO (R\$)
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE OUTRAGÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 22/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

35556-1151432-20190422



Outros



28/09/2020

HTCC-Primes Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Pinheiro Neto, 4700 - Madrinha, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/09/2020

Paciente: DANIEL DA SILVA FIRMATO Idade: 028 Nº ATEND: 2236517

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 28/09/2020 HORA: 08:47:22

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X CARRO

SINAIS DE EMBRIAGUEZ: NÃO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PR: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES (SIM) (NÃO) HAS (SIM) (NÃO)
DEB. MOTORA (SIM) (NÃO)

ALERGIAS:
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA:

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() TRATADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIÇÃO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() AMBLÍOPIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
Tereza Viana Duarte 287537

Tereza Viana Duarte
ENFERMEIRO
COREN-PB 287.537

10.1.1.148/pje/ptb/jus/imprescind/p/ptb?cont=2236517&delatend=2020-09-28&horatend=08:47:22

33



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/04/2023 15:14:01

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041815140152800000067908510>

Número do documento: 23041815140152800000067908510

Num. 72015817 - Pág. 22

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

NOME DO TITULAR



CPF

SEXO

DATA

CPF

990.537.604-49

DATA

14/11/2070

NOME

GENIVAL GOMES PEREIRA

MARIE COUTO DE ARAUJO
PEREIRA

PRIMEIRO

ACC

SEXO

AB

CP RENOVADO

00595046393

VALIDADE

23/01/2020

1ª EMISSÃO

16/02/1990

OBSERVAÇÕES

John Doe

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL

CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO

28/01/2015

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

70049268765

PB030016681

DETRAN - PB (PARAÍBA)

1009133840

1009133840

NOME
 ODIVAN JORVINO DA SILVA



DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 Nº 1410603435
 DATA DE EMISSÃO 05/01/2017
 ANTECESSOR Nº 1410603435
 DATA DE EXPIRAÇÃO 05/01/2027
 LOCAL CAMPINA GRANDE, PB
 DATA FIM 05/01/2017
 Nº 66967867572
 Nº 033822980

DEPARTAMENTO NACIONAL
 1410603435



1410603435

ODIVAN JORVINO DA SILVA
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB
 DATA FIM
 05/01/2017

[Assinatura]
 Nº 66967867572
 Nº 033822980

PARAIBA





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

dpvat_oficial

DPVAToficial

DPVAToficial

seguradoraliderdpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

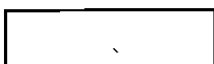
**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

ATENDIMENTO



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Daniel da Silva Firmino		(83) 9 8899-2405	
ENDEREÇO / Address			
Sítio Haus Preto 4a			
Fica Rural			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
55150-000	Belém	PA	BR



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALLECIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reintegrated to service post)		
Data / / Responsável		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/04/2023 15:14:01

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041815140152800000067908510>

Número do documento: 23041815140152800000067908510

Num. 72015817 - Pág. 25



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
Seguradora Líder - DPVAT			
ENDEREÇO / Address			
Rua Francisco de Souza e Melo, Cardosópolis			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
21060-410	Rio de Janeiro	RJ	BR

ATENDIMENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121453/21

Vítima: DANIEL DA SILVA FIRMINO

CPF: 108.328.484-33

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/09/2020

Titular do CPF: DANIEL DA SILVA
FIRMINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DANIEL DA SILVA FIRMINO : 108.328.484-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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



**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: [3210149487](#)

Nome do(a) Examinado(a): [DANIEL DA SILVA FIRMINO](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [SÍTIO MARES PRETO, 0, , Pocinhos/PB](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP/PB / 3665016](#)

Data e local do acidente: [28/09/2020 - Pocinhos/PB](#)

Data e local do exame: [21/06/2021 - Campina Grande/PB](#)

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA](#)

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

[VÍTIMA VEM PARA AVALIAÇÃO COM USO DE BENGALA, MARCHA CLAUDICANTE, DIFERENÇA DE COMPRIMENTO DO MEMBRO COM ENCURTAMENTO DO INFERIOR ESQUERDO DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO INTERIOR ESQUERDO GRAU III AMPLITUDE DE DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO BASTANTE REDUZIDA \(VIDE OBS\).](#)

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

[Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 120°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho esquerdo.](#)

IV. Nexos 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

[DURANTE AVALIAÇÃO SEGURADO TROUXE DOCUMENTAÇÃO EM CD QUE NÃO FOI POSSÍVEL ACESSAR. O MESMO APRESENTA UMA LUXAÇÃO INVETERADA DO QUADRIL ESQUERDO QUE NÃO TIVE ACESSO A DOCUMENTOS HOSPITALARES DE QUE A LESÃO FOI DOCUMENTADA NA ADMISSÃO HOSPITALAR DO REFERIDO ACIDENTE \(VIDE OBS\) ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO MARCHA CLAUDICANTE DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO QUADRIL ESQUERDO GRAU III \(VIDE OBS\) DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO \(VIDE OBS\) AGACHAMENTO PREJUDICADO](#)

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 (*)

() "Vítima em tratamento"

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

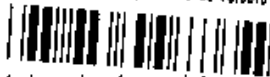
b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Joelho Esquerdo - Médio - 50%

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

DURANTE AVALIAÇÃO SEGURADO TROUXE DOCUMENTAÇÃO EM CD QUE NÃO FOI POSSÍVEL ACESSAR. *** O MESMO APRESENTA UMA LUXAÇÃO INVETERADA DO QUADRIL ESQUERDO QUE NÃO TIVE ACESSO A DOCUMENTOS HOSPITALARES DE QUE A LESÃO FOI DOCUMENTADA NA ADMISSÃO HOSPITALAR DO REFERIDO ACIDENTE. ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO MARCHA CLAUDICANTE DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO QUADRIL ESQUERDO GRAU III DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO AGACHAMENTO PREJUDICADO HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA ESQUERDA DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DOS FLEXORES E EXTENSORES DO JOELHO ESQUERDO GRAU IV





Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ODIVAN JORVINO DA SILVA
RG nº 2586941, data de expedição 01/02/2006
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 036.471.624-16
com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. SEBASTIÃO DANTAS BEZERRA, BOBOCONGO, nº 27
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
DANIEL DA SILVA FILIADO, cujo o condutor era
JAILSON ARAUJO PEREIRA
Veículo: MOTORICKE Modelo: HONDA/CG 125 TITAN Ano: 1994/1999
Placa: NUT 5334 Chassi: 9C2JLC2500XR174830
Data do Acidente: 28/09/2020

Local e Data:

Pocima. PB, 26/04/2021



Odivan Jorvino da Silva

Assinatura do Declarante

Jailson Araujo Pereira

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE POCINHOS/PB

Processo: 08007628320218150541

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DANIEL DA SILVA FIRMINO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

POCINHOS, 14 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/04/2023 15:14:02
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041815140216200000067908736>
Número do documento: 23041815140216200000067908736

Num. 72015844 - Pág. 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/04/2023 15:14:02
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041815140216200000067908736>
Número do documento: 23041815140216200000067908736

Num. 72015844 - Pág. 3