



Número: **0803733-20.2021.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **16/07/2021**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDUARDO CAMPOS DA SILVA (AUTOR)	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	
TIBIRICA DE MEDEIROS BARBOSA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76365746	20/07/2023 10:38	Petição	Petição
76366699	20/07/2023 10:38	2841269_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
76366701	20/07/2023 10:38	2841269_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088181

Vítima: EDUARDO CAMPOS DA SILVA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO CAMPOS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

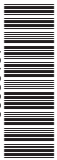
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15558434

Pag. 00333/00334 - carta_01 - INVALIDEZ

00030167





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, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088181

Vítima: EDUARDO CAMPOS DA SILVA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDUARDO CAMPOS 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. 01857/01858 - carta_02 - INVALIDEZ

00040929



Carta nº 15571296





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, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088181

Vítima: EDUARDO CAMPOS DA SILVA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO CAMPOS 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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: EDUARDO CAMPOS DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000015814-8

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.

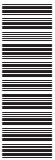
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00259/00260 - carta_15R - INVALIDEZ

00020130



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDO CAMPOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000015814-8

Nr. da Autenticação 759D697CB20A8462



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200088181 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO CAMPOS DA SILVA **Data do acidente:** 08/10/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA GRAVE DE PLANALTO TIBIAL DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS MEDIAL E LATERAL NO JOELHO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA DIREITA, RIGIDEZ ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, RIGIDEZ ARTICULAR DO JOELHO DIREITO COM PERDA DE 75% DE FLEXÃO, HIPOTROFIA DA COXA E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/03/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Total			35 %	R\$ 4.725,00





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0040870120 3 - CPF da vítima: 04061138405 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO CAMPOS 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: EDUARDO CAMPOS DA SILVA 6 - CPF: 040.611.384-05
7 - Profissão: ME CANTIEIRO 8 - Endereço: R. TEREZINHA FERREIRA DE LIMA 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: ERANI SATIUM 12 - Cidade: SÃO PISPOA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 18080805
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 888366148

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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 15814 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainasces)? 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário do seguro.
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, São Paulo, 03.02.2020
Eduardo Campos da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0040870120 3 - CPF da vítima: 04061138405 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO CAMPOS 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: EDUARDO CAMPOS DA SILVA 6 - CPF: 040.611.384-05
7 - Profissão: ME CANTIEIRO 8 - Endereço: R. TEREZINHA FERREIRA DE LIMA 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: ERANI SATIÃO 12 - Cidade: SÃO PISPOA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 18080805
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 888366148

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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 15814 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainasces)? 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário do seguro.

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



**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: 3200088181
Nome do(a) Examinado(a): Eduardo Campos da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Terezinha Ferreira de Lima, 1
Ernani Satiro Joao Pessoa PB CEP: 58080-805
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2498048
Data local do acidente: [08/10/2019]
Data local do exame: [13/03/2020] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA GRAVE DE PLANALTO TIBIAL DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS MEDIAL E LATERAL, FEZ VÁRIAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 07/02/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS MEDIAL E LATERAL NO JOELHO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA DIREITA, RIGIDEZ ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
 Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, RIGIDEZ ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
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 o 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 (*).
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Seqüela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
<input checked="" type="checkbox"/> 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):

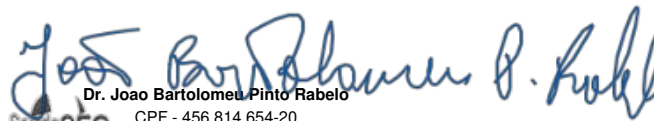
% do dano: () 10% residual () 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio () 75% intensa () 100% completo |

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00899.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00899.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:06 horas do dia 24 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Eduardo Campos da Silva**, conhecido(a) por Eduardo, CPF nº 040.611.384-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Mecânico, filho(a) de Lenice Antonia da Silva e Enock Campos da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/05/1981 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Terezinha Ferreira de Lima, Nº 1, complemento CASA, bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja Assembleia de Deus, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98836-6149.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, De Frente Ao Makro Supermercado., João Pessoa/PB, bairro Ernani Sátiro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 08/10/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 08/10/2019 por volta das 17:30 horas quando transitava, pelo BR 230; sentido João Pessoa/Cabedelo-PB, com o veículo tipo HONDA/NXR160 BROS ESDD ano e modelo: 2016/2016, de cor vermelha de placa: QFW4958/PB CHASSI: 9C2KD0810GR455314 pertencente ao Sr. Jefferson de Araújo Silva portador do CPF: 130.530.114-50; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando na altura do MAKRO um ciclista embriagado colidiu na lateral da moto, Que devido ao fato o declarante veio a perder o controle da moto; cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo pelos BOMBEIROS para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, onde, no dia posterior, no dia 09/10/2019 foi transferido para o HOSPITAL SAMARITANO e após passar cinco dias internado no HOSPITAL SAMARITANO foi transferido novamente para O HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA, onde foi diagnosticado, de acordo com o RELATÓRIO DE ENFERMAGEM, FRATURA DE JOELHO, conforme ficha de internação em anexo.

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.

João Pessoa/PB, 24 de janeiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00899.01.2020.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0040870120 3 - CPF da vítima: 04061138405 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO CAMPOS 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: EDUARDO CAMPOS DA SILVA 6 - CPF: 040.611.384-05
7 - Profissão: ME CANTIEIRO 8 - Endereço: R. TEREZINHA FERREIRA DE LIMA 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: ERANI SAIÃO 12 - Cidade: SÃO PISPOA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 18080805
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 888366148

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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 15814 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainasces)? 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário do seguro
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, São Paulo, SP, 03.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Eduardo Campos da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





VISTO EM: 14/02/2020

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 14 de fevereiro de 2020

CERTIDÃO Nº. 0019/2020

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 08/10/2019, consta que foi socorrido por volta das 17h48min o Sr. **EDUARDO CAMPOS DA SILVA**, CPF. 040.611.384-05, vítima de **COLISÃO MOTO x BICICLETA**. Ocorrido na Rua três lagoas, Bairro Cristo, João Pessoa - PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR 46, tendo como chefe o 3º SGT **WALLYSON CARDOSO GUEDES**, Matrícula 525.935-4, vítima consciente e orientada, apresentando luxação na perna direita. Após os procedimentos de estabilização e imobilização, a referida guarnição o transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabeth Gurjão Leônico Pinheiro** - CB BM Mat. 523.935-4, auxiliar da 3ª Seção BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção BAPH.

WALLYSON CARDOSO GUEDES
TELEFONE 521.341-2

Chefe da 3ª Seção



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3218-7979 - E-mail: baphbm@gmail.com



EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 Rua Tereza Maria Pereira de Lima, S/N - Ernani Satiro
 João Pessoa/PB CEP: 51010-020 JAG-11



Licença TRFÁSICO
 Cid/Rec: COM MTC BB / COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
 Referência: Dez / 2019
 Medidor: 00208580891
 Emissão: 19/12/2019
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 05.062.449
 Cód. para Cdb. Automático: 0012021515

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Dez / 2019	19/12/2019	20/01/2020	040.611.384-05 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1202151-5**

Canal de contato
 Aproveite a 12ª e regularize suas contas em alguns minutos
 regular para você começar a ler novo número!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
20/11/19	8720	19/12/19	8179	30

Demonstrativo

CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Taxa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	
		Tributos Totais (R\$) (ICMS/IR) (0%)		Tributos Totais (R\$) (ICMS/IR) (0%)		Tributos Totais (R\$) (ICMS/IR) (0%)		Tributos Totais (R\$) (ICMS/IR) (0%)		Tributos Totais (R\$) (ICMS/IR) (0%)	
0901	Consumo em kWh	307,000	0,708420	217,51	217,51	217,51	217,51	217,51	217,51	217,51	217,51
0901	Adic. E. Vermeles			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0901	Adic. E. Amarela			4,92	4,92	4,92	4,92	4,92	4,92	4,92	4,92
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0907	CONTRE SERV. ALIM. PÚBLICA			22,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 11/2019			0,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 1M2019			4,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	ATUALIZAÇÃO SOCIETARIA 11/2019			0,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CD Código de Classificação do Item		TOTAL		345,19	312,46	75,61	312,46	2,35	15,47		
Taxa de Tributos		0,545409									

Média últimos meses (kWh) **170**
VENCIMENTO 27/12/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 345,19

Histórico de Consumo (kWh)

100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112
Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19

RESERVADO AO FISCO
 daf7.77f5.0ba1.26d3.312e.0892.f0d3.6be9.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limite da ANEEL	Aprovado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
0,00	0,00	NOMINAL	Serviço de Dist. de Energia Elétrica	34,39	24,44
0,00	0,00	CONTRATADA	Conta de Energia	119,48	34,62
0,00	0,00	LIMITE INFERIOR	Serviço de Transmissão	17,54	5,08
0,00	0,00	LIMITE SUPERIOR	Encargos Setoriais	12,67	3,67
			Impostos Diários e Encargos	125,16	36,25
			Diversos Serviços	0,00	0,00
			Total	345,19	100,00

Valor de ELAB (Ref. 10/2018) R\$64,00

ATENÇÃO
 - Leituras confirmadas
Faturas em atraso



- Dr. Felipe Soares Sene
- Dr. Francisco Kartzes A. Pedrosa
- Dr. Milton da Silva Linozen
- Dr. Renato Soares de Castro
- Dr. Rodrigo Castro da Amoral
- Dr. Rômulo Soares de Castro
- Dr. Rossana Cavalcante Almeida
- Dr. Tullio Augusto de M. Torres
- Dr. Tibircá de Medeiros Barbosa
- Dr. Vladimir Antônio Couraça



ORTOTRAUMA
 * ORTOPEdia ESPECIALIZADA *

Para: EDUARDO CAMPOS DA SILVA

LAUDO MÉDICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO (QUEDA DE MOTO) COM FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL DIREITO (AFUNDAMENTO E COMINUIÇÃO ANTEROMEDIAL, AFUNDAMENTO CENTROLATERAL, CISALHAMENTO E COMINUIÇÃO POSTERO MEDIAL, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ELEVACÃO DO AFUNDAMENTO DA SUPERFÍCIE ARTICULAR E MANTIDO COM TÉCNICA DE " SINTESE PERDIDA" COM FIOS DE KIRSCHNER E ENXERTO ÓSSEO SINTÉTICO. OSTEOSSINTESE LATERAL COM PLACA EM L BLOQUEADA E PARAFUSOS, OSTEOSSINTESE POSTEROMEDIAL COM PLACA EM T BLOQUEADA E PARAFUSOS.

PACIENTE COM 5 SEMANAS DE FRATURA ARTICULAR GRAVE, AINDA NÃO LIBERADO PARA DEAMBULAR PELO RISCO DE AFUNDAMENTO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR. PROVAVELMENTE SERÁ LIBERADO CARGA PARCIAL NO PRÓXIMO RETORNO COM 21 DIAS, DEPENDENDO DA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA VISUALIZADA EM RADIOGRAFIA DE CONTROLE E PERMANECE EM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO E CONSULTA AMBULATORIAL.

Handwritten signature and stamp:
 Cirurgia de Joelho
 Ortopedia / REG 14049
 João Pessoa, 18/11/2019

JOÃO PESSOA, 18/11/2019.

- Ortopedia
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril
- Cirurgia do Cotovelo
- do Ombro
- do Pé e Tornozelo

Av. Epitácio Pessoa, 2491

ARAÓ SANTOS DE ALENCAR Artroscopi
 Médico ortopedista - CRM 7987
 Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HGP

Nº Pedido: 33989293

Data 12/11/2019

Pag 1 de 6

Paciente...: 16958137 JOALISSON BATISTA DA SILVA

Nascimento.:04/03/1990 Sexo:M RG.: 3297620 SSP PB CPF.: 07179877441

Endereço...: R R JORNALISTA HERMANO PONCE DE 147 CUIA JOAO PESSOA PB 56 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA

Matricula...: 53174000567001

Solicitante: Dr(a) SOAMY LIMA RAMALHO

Queixa Principal:

Exame:

RX PE ESQUERDO

IBM%8'

6342026421

RELATÓRIO

COMENTÁRIOS

Discreto traço de fratura da falange distal do 1º quirodáctilo no seu aspecto proximal, sem desvios, com extensão articular, e aumento das partes moles locais.

Fixação metálica externa para tratamento de fratura no tornozelo.

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e as limitações do método.

OBS.: Exame documentado em CD.

CATARINA AGUIAR RIBEIRO DO NASCIMENTO - CRM 6278-
PB





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HGP

Nº Pedido: 33989293

Data 12/11/2019

Pag 2 de 6

Paciente...: 16958137 JOALISSON BATISTA DA SILVA

Nascimento.: 04/03/1990 Sexo: M RG.: 3297520 SSP PB CPF.: 07179877441

Endereço...: R R JORNALISTA HERMANO PONCE DE 147 CUIA JOAO PESSOA PB 56 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA

Matricula...: 53174000567001

Solicitante: Dr(a) SOAMY LIMA RAMALHO

Queixa Principal:

Exame:

RX PERNA ESQUERDA

IBM%G9

6342026422

RELATÓRIO

COMENTÁRIOS

- 1- Contornos articulares de aspecto normal.
- 2- Espaços articulares íntegros.
- 3- Estruturas ósseas conservadas.
- 4- Partes moles da perna distal aumentadas.
- 5- Fraturas maleolares descritas no exame do tornozelo.
- 6- Manipulação cirúrgica externa metálica para fixação de fraturas no tornozelo.

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e as limitações do método.

OBS.: Exame documentado em CD.

CATARINA AGUIAR RIBEIRO DO NASCIMENTO - CRM 6278-
PB





Hospital João Paulo II Ltda
Rua Euripedes Tavares, 362 - Centro
João Pessoa - PB - Cep 58013-290
CGC : 40.939.944/0001-43 INSC. EST : 16.095.920-9

FICHA DE INTERNAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Internação.: 0260232-19
Paciente.: 0071232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA
Convênio.: SMILE SAUDE
Sexo.: MASCULINO Data nascimento.: 22/05/1981 Cor: Idade 38
Estado Civil: CASADO(A) Profissão: Cod. Convênio: 069716600
Naturalidade: JOAO PESSOA e LENICE ANTONIA DA SILVA C.P.F. 04061138405
Filiação: ENOCK CAMPOS DA SILVA Número: 107
Endereço.: SEVERINO NUNES 107
Bairro.: FUNCIONARIOS III Cel. PB CEP: 58000-000 Fone: (83)8813-1882
Cidade.: JOAO PESSOA

DADOS HOSPITALAR

Data/Hora: 14/10/2019 11:58:00 Local: 2º ANDAR POSTO DE
Quarto/Leito: 20 01 Fone resp.: (83)8813-1882
Responsável: EDUARDO CAMPOS DA SILVA C.P.F. 98752359115
Médico.: 7967 ARAO SANTOS DE ALENCAR CI Atend. Usuário ISABELANEVES
Especialidade: ORTOPEDIA

Código Procedimento

Condições de alta Curado a Pedido Sem melhora
 Melhorado Indisciplina Permanência
 Transferido Óbito

ARAOSANTOSDEALENCAR

AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA E/OU TRATAMENTO
Declaro que eu, abaixo assinado, consento em ser submetido a qualquer cirurgia, procedimento
terapêutica que for julgada necessário ou prudente para meu tratamento.

Eduardo Campos da Silva
EDUARDO CAMPOS DA SILVA

Data/Hora

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE
Declaro que eu, abaixo assinado, sou responsável pelo paciente e que tomo ciência do
regulamento do Hospital, afixado na dependência da internação, e responsabilizo-me pelas despesas
que vierem a ocorrer com o mesmo.

Data/Hora

Maria Luiza dos Santos
EDUARDO CAMPOS DA SILVA

RG
CPF 04061138405



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

CONTRATANTE/PACIENTE: EDUARDO CAMPOS DA SILVA, nacionalidade: BRASILEIRA, Profissão, portador da Cédula de Identidade nº , CPF nº 04061138405, Estado Civil: CASADO(A) CASADO(A), residente e domiciliado na SEVERINO NUNES 107 Bairro: FUNCIONARIOS III, Cidade: JOAO PESSOA, Estado: PB, Telefone: (83)8813-1882.

Obs. 1: Neste ato fica estabelecido que o PACIENTE e o RESPONSÁVEL/ACOMPANHANTE nomeiam reciprocamente um ao outro, como seu bastante procurador para fim específico deste instrumento.

Obs. 2: Na hipótese de inexistência de RESPONSÁVEL/ACOMPANHANTE, caberão ao PACIENTE todas as obrigações advindas do presente instrumento.

CONTRATADA: HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA., pessoa jurídica de Direito Privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 40.939.944/0001-43, localizada na Av. Eurípedes Tavares, nº 362, Centro, João Pessoa - PB, responsabilidade técnica do Dr. SILVANA MADUREIRA ENTSCHEV PIERRE BRANCO, CRM nº 5393/PB.

As partes acima qualificadas têm, entre si, por justo e contratado os seguintes termos:

1. O presente termo consiste na contratação de serviços médicos e hospitalares pelo PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL de acordo com determinação do MÉDICO ASSISTENTE responsável por sua admissão no HOSPITAL JOÃO PAULO II.
2. O PACIENTE/RESPONSÁVEL, por força deste instrumento e na melhor forma de direito, obriga-se, e aos seus herdeiros e sucessores, nos termos da Legislação Civil Brasileira a pagar toda e qualquer despesa decorrente da internação do PACIENTE, registrado junto ao HOSPITAL sob o nº 40.939.944/0001-43, inclusive medicamentos, materiais de consumo, exames e outros correlatos, para tratamento clínico e/ou cirúrgico, abrangendo a dita responsabilidade todo o período de internação, até a obtenção da alta médica, exceto nos casos em que o CONVÊNIO/OPERADORA, previamente, conceder AUFORIZAÇÃO/LIBERAÇÃO.
3. O MÉDICO RESPONSÁVEL, e seus assistentes, são de livre escolha do PACIENTE/RESPONSÁVEL.
4. Em sendo o PACIENTE menor ou incapaz, o presente instrumento será firmado por seu RESPONSÁVEL LEGAL, devidamente qualificado no preâmbulo.
5. O HOSPITAL JOÃO PAULO II fica desde já autorizado pelo PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL a executar, por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos e/ou laboratoriais indicado-requisitados pelo MÉDICO e seus ASSISTENTES ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis à salvaguarda da vida do paciente, objetivando o seu restabelecimento.
6. O PACIENTE, estando incapacitado para consentir ou tomar decisões sobre sua saúde, desde já nomeia o RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE que será seu representante legal em tais situações, podendo fazê-lo em nome do PACIENTE. Parágrafo Único: Na hipótese de incapacidade do PACIENTE e inexistência de RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE, o PACIENTE, desde já, autoriza a execução de todos os procedimentos indicados pelo MÉDICO ASSISTENTE.
7. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL assumem total responsabilidade sobre a veracidade dos dados acima fornecidos e declaram estar cientes de que o HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA poderá adotar todas as medidas cabíveis para a execução do serviço ora contratado.
8. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL autoriza neste ato a divulgação de informações médicas para todos profissionais envolvidos no seu tratamento, respeitados os preceitos de sigilo médico constante do Código de Ética Médica.
9. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL autoriza o HOSPITAL JOÃO PAULO II, nos termos acima mencionados, a divulgar informações acerca de sua internação, para fins de auditoria interna do Hospital e auditorias previstas na legislação ou autorizadas por autoridade judicial, notificações compulsórias previstas na legislação em vigor ou auditorias de contas pela OPERADORA.
10. Para realização de protocolo de pesquisa científica, as informações somente poderão ser utilizadas para pesquisas aprovadas pela Comissão de Ética em Pesquisa do HOSPITAL e mediante assinatura do respectivo termo de "Consentimento Informado" por parte do PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL.
11. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL respondem pela guarda dos objetos pessoais e de valor, desde a sua admissão até a alta médica, sejam estes do PACIENTE, ACOMPANHANTES OU VISITANTES. O HOSPITAL JOÃO PAULO II recomenda ao PACIENTE que valores, jóias e equipamentos eletrônicos, não sejam mantidos no HOSPITAL, pois este não se responsabilizará por sua guarda.
12. Cabe ao PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL zelar pelas instalações do HOSPITAL JOÃO PAULO II, responsabilizando-se por eventuais danos e prejuízos que venham a ser causados ao patrimônio deste.
13. O HOSPITAL JOÃO PAULO II não dispõe de UNIDADE DE TERAPIA INTENSA, sendo assim, em caso de intercorrências, o paciente será estabilizado em nossa UNIDADE DE TERAPIA SEMI INTENSIVA e será transferido para outra Unidade Hospitalar de acordo com direcionamento do seu plano de saúde ou, seguro-saúde.
14. Caso o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL seja transferido para uma das UNIDADES DE TERAPIA SEMI INTENSIVA, seus acompanhantes deverão desocupar o leito. A permanência destes estará condicionada à disponibilidade de leitos por parte do HOSPITAL, bem como ao pagamento de taxa de ocupação (diária) de acordo com a Tabela de Preços do HOSPITAL JOÃO PAULO II, mesmo para pacientes de categoria convênio.
15. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara, neste ato, ter pleno conhecimento da tabela de diárias praticada pelo HOSPITAL JOÃO PAULO II, que está à disposição para consulta no caixa do HOSPITAL, bem como ter conhecimento de que a referida tabela de valores poderá ser alterada pelo HOSPITAL sem aviso prévio.

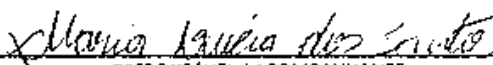
X Maria Jucia dos Santos

14/10/2019 11:59:05



16. Fica o HOSPITAL JOÃO PAULO II autorizado a emitir faturas, boletos bancários e duplicatas de prestação de serviços para fins de cobrança dos procedimentos médico-hospitalares usufruídos.
17. O montante cobrado na conta hospitalar será calculado de acordo com os valores constantes da tabela vigente no momento da realização dos serviços e, em caso de inadimplemento, serão acrescidos de multa moratória 2% (dois por cento), correção monetária a ser realizada pelo índice IGP-M da Fundação Getúlio Vargas juntamente com juros de mora de 0,033% ao dia.
18. PACIENTE internado por Intermédio de Operadora de plano ou seguro-saúde (convênio) deverá observar o disposto no contrato firmado com a sua Operadora referente às coberturas do seu plano ou seguro-saúde. O HOSPITAL JOÃO PAULO II atenderá de acordo com a cobertura informada pela OPERADORA, sendo que o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL fica ciente de que nos casos de não cobertura pelo plano ou seguro-saúde, seja total ou parcial, o valor não coberto será revertido para o paciente de acordo com a tabela do HOSPITAL JOÃO PAULO II, assumindo estes a obrigação de quitar os valores na condição de principal pagador e devedor solidário.
19. O valor dos honorários médicos dos profissionais responsáveis pela admissão e tratamento do PACIENTE não está incluído na conta hospitalar, sendo o pagamento de tais honorários de exclusiva responsabilidade do PACIENTE/RESPONSÁVEL, exceto quando autorizados pelo convênio/operadora.
20. A fatura emitida pelo HOSPITAL JOÃO PAULO II, decorrente dos serviços prestados, contemplarão os serviços, medicamentos, materiais e taxas, podendo ser emitida no momento da alta hospitalar ou encaminhada posteriormente ao PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL através de boleto bancário acompanhado da respectiva Nota Fiscal ou comparecimento ao HOSPITAL para quitação do débito, ressalvados aqueles que estejam cobertos pelos respectivos convênios/operadoras.
21. Alguns serviços prestados pelo HOSPITAL, de acordo com a solicitação médica, tais como sessões de fisioterapia, fonoaudióloga, psicologia, odontologia e outros, poderão ter cobertura limitada ou não ter cobertura pelo CONVÊNIO/OPERADORA e por isso serão faturadas diretamente ao PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL de acordo com a Tabela do HOSPITAL JOÃO PAULO II de preços vigentes.
22. As despesas com alimentação de acompanhantes serão faturadas na conta do paciente. Consulte seu CONVÊNIO/OPERADORA sobre eventual cobertura de despesas com alimentação de acompanhantes. Em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente e com o Estatuto do Idoso, o Hospital fornece todas as condições aos acompanhantes para que permaneçam com os pacientes, sendo disponibilizado local para repouso e opções de refeição por meio da copa ("room service").
23. Dietas enterais, parenterais e especiais não estão incluídas nas diárias (salvo quando autorizados previamente pelo convênio/operadora). Alguns itens utilizados durante a internação e/ou procedimentos poderão não ter cobertura do CONVÊNIO/OPERADORA. O HOSPITAL JOÃO PAULO II não tem ciência prévia de todos. Sendo de responsabilidade do PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL a consulta junto ao seu CONVÊNIO/OPERADORA para obter informações, sempre que não houver certeza de cobertura. Os itens sem cobertura serão faturados na categoria particular e cobrados do PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL posteriormente.
24. É vedado gravar imagens ou fotografar as instalações do Hospital, bem como procedimentos ou atendimentos que estejam sendo realizados pelos profissionais do Hospital, sendo vedada, inclusive, a utilização de "webcam", telefones celulares ou qualquer outra forma de monitoramento remoto no leito do paciente, visando à preservação da privacidade e intimidade dos pacientes e profissionais envolvidos no atendimento.
25. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara-se ciente de que a apresentação da Guia de Internação (e todas as solicitações médicas requisitadas e autorizadas durante o período da internação), o eximem dos pagamentos acima mencionados, ressalvados aqueles que não estejam cobertos pelos respectivos CONVÊNIOS/OPERADORAS.
26. Declara-se o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL ciente da responsabilidade pelas despesas extras ocorridas no período de internamento como utilização de frigobar, refeições extras e tarifação telefônica, cujos valores serão apresentados no momento da alta hospitalar, mediante apresentação da conta hospitalar.
27. Declara-se o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL ciente que a recusa ao pagamento das despesas realizadas, sem motivo justificado, levará o HOSPITAL JOÃO PAULO II a proceder à cobrança judicial.
28. O HOSPITAL informa não possuir convênio com o Serviço Único de Saúde - SUS, sendo que o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL que não queira ou não possa assumir o pagamento das despesas hospitalares, desde já autorizam a transferência do PACIENTE para outra instituição hospitalar indicada por seu plano ou seguro-saúde, ou hospital público indicado por seu médico assistente, desde que o PACIENTE esteja em condições médicas para transferência.
29. A diária vence às 10h00min, após este horário será cobrada nova diária.
30. Declara o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL ter recebido neste ato o Manual de Informações e Orientações ao Paciente.
31. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declaram ter lido atentamente os termos do presente contrato, sendo esclarecidos de todas as dúvidas relacionadas, que estão de acordo com o seu conteúdo e que receberam cópias dos mesmos.
32. As partes elegem o Foro da Cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, para dirimir eventuais dúvidas e conflitos decorrentes desta prestação de serviços.

João Pessoa/PB, 14 de Outubro de 2019


EDUARDO CAMPOS DA SILVA
RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE

14/10/2019 11:59:05



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE INTERNAÇÃO CLÍNICA / CIRURGIA

DECLARAÇÃO

I. Eu Eduardo Campos da Silva

Autorizo o(a) Dr.(a) Arão Santos a realizar a seguinte cirurgia ou internação clínica Amigdalectomia

II. Fui esclarecido (a) claramente sobre a proposta do procedimento cirúrgico ou a internação clínica ao qual serei submetido (a) seus riscos, benefícios, complicações potenciais e alternativas

III. Reconheço e entendo que não há nenhuma garantia absoluta quanto aos resultados do tratamento, mas tive a informação de que os profissionais do Centro Cirúrgico e Internação Clínica do Hospital João Paulo II, utilizarão todos meios técnicos (medicamentos e equipamentos) disponíveis e internacionalmente preconizados para que o melhor resultado seja alcançado;

IV. Reconheço que podem ocorrer eventos imprevistos no decorrer do tratamento/procedimento, que exijam conduta diferente daquela proposto inicialmente;

V. Reconheço que durante a internação, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente e que sejam necessários e desejáveis segundo o julgamento de profissional capacitado para tal. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento que não tenha sido do conhecimento do(a) meu/minha médico(a) até o momento em que o tratamento for iniciado;

VI. Em caso de iminente risco de vida ou risco de perda da qualidade de vida, encontrado-me incapacitado(a) para tomar decisões o(a) médico(a) está autorizado(a) a adotar condutas compatíveis com os padrões internacionais aceitos;

VII. Autorizo transfusões de sangue em caso de necessidade: () SIM () NÃO

VIII. Entendo que os tratamentos médicos clínicos ou cirúrgicos possam ser suspensos ou adiados de acordo com a orientação do(a) médica(a) responsável quando esta decisão se der em meu benefício;

IX. Certifico que este formulário me foi explicado, foi lido por mim e que entendi o seu conteúdo, tendo concordado com o mesmo;

X. Este consentimento não é definitivo e poderá ser revogado por mim ou por meu responsável a qualquer tempo.

PACIENTE: Letícia Vieira dos Santos

RG: 29690829 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 27/09/83

ENDEREÇO: Senador Nunes Correia nº 77 COMP.: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____

RG: _____ CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

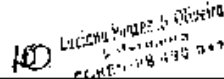
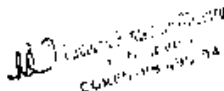
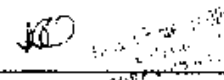
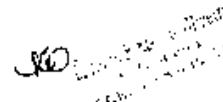

ENDEREÇO: _____ Nº _____ COMP.: _____

Avenida Euripides Tavares, 362 - Centro - João Pessoa - CEP: 58.013-290
CNPJ: 40.939.944/0001-43 - INSC. EST. 16.095.920-9
Telefone: (83) 2107-9800 / 2107-9850



GERENCIAMENTO DE RISCOS

PACIENTE	Eduardo Campos da Silva	IDADE	38	SEXO	M
Nº DO PRONTUÁRIO	0260232-19	LEITO	20/1	PESO	89
DATA DE NASCIMENTO	22/05/1981	DATA DA INTERNAÇÃO	14/10/2019		

<input type="checkbox"/>	ALERGIAS ATB (paciente não está infirmaria aqui)	 LUCIANA MOREIRA S. MOREIRA ENFERMEIRA CUNHEIRO 439 047
<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO DE QUEDA	 LUCIANA MOREIRA S. MOREIRA ENFERMEIRA CUNHEIRO 439 047
<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO DE FLEBITE	 LUCIANA MOREIRA S. MOREIRA ENFERMEIRA CUNHEIRO 439 047
<input type="checkbox"/>	RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO	ASSINATURA DO ENFERMEIRO (a)
<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO DE QUEIMADURAS E LESÃO DE POSIÇÃO	 LUCIANA MOREIRA S. MOREIRA ENFERMEIRA CUNHEIRO 439 047
<input type="checkbox"/>	RISCO DE CONVULSAO	ASSINATURA DO ENFERMEIRO (a)
<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO DE SANGRAMENTO	 LUCIANA MOREIRA S. MOREIRA ENFERMEIRA CUNHEIRO 439 047





HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA
 Prescrição: 637645
 Data: 16/10/2019 11:57
 Paciente: 0071232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 Cód. Convênio: 06971600 Sexo: Masculino
 Médico: ARBO SANTOS DE ALENCAR CRM: 7967

16/10/2019 18:20:25 Página: 1
 Internamento: 03/07/2019 - 21 ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 26/01
 Convênio: SMILE SAÚDE
 Idade: 38
 Data nasc: 22/05/1981
 Data int: 14/10/2019 11:59:00

SeqPrescrição

Ordem Unid. Via Hospital

Data Hospitalar/Observação

1575972

1 DIETA LIVRE

CRITERIO

A partir de 07:00h

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 D.N: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M
 Atene: 0260232-15 14/10/2019 11:58:00
 Conv: SMILE SAÚDE Cartão: 06971600
 Num: LENICE CRITONISA DA SILVA

2 SOPO RINGOR C/ LACTATO 50MG SIST. FERRODO

1 9015 RV 12/12 H

3 REFAPAZEL 1G

1 FA 2V 08/06 H

~~18:30~~

4 DIFIRONA 500MG/ML C/2ML

1 AP 2V 06/06 H

~~18:30~~

5 TILATIL 20MG FA

1 FA EV 12/12 H

~~18:30~~

6 NUSSERON 4MG C/ 3ML

1 AP EV 08/06 H

~~18:30~~

7 TRANVAL 100MG/2ML

1 AP EV 12/13 H

~~18:30~~

8 CLIXANS 40MG SER 0,4ML

1 SER SC 24/24 H

~~18:30~~

9 COMPRESSA PIVA

CRITERIO

20min de 4/4h

10 SONDA DE ALIVIO

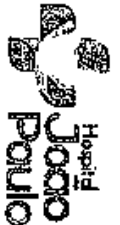
S/N

11 CURATIVO COMPRESSIVO

Arbo S. de Alencar
 Otorrinolaringologista / F.O. 14048
 CRM-PA 19871 CRM-DF 23267

Infarmacos





HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA
 Prescrição 637654
 Data: 16/10/2019 18:06
 Paciente: 0071112 EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 Sexo: Masculino
 Médico: ARAN SANTOS DE ALBUQUERQUE CRM: 7987

16/10/2019 18:21:30 Página: 1
 Internamento: 0250272-19 Sexo: 2º ANDAR POSTO DE EXPERIENCIA 20/01
 Convênio: SMILE SAUDE
 Idade: 36 Dt. Nasc: 22/05/1981
 Data Int: 16/10/2019 11:59:00

Avaliação:
 AS 18-11)
 2 DPO FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL
 PACIENTE COM MELHORA DAS FERES, PARÉSTESIA FACIE MEDIAL COXA E DORSO DO PE
 NOBILIDADE PRESERVADA
 ZAPUSAO MEMBRO DX
 F.O BOM ASPECTO, SEM SANGRAMENTO ATIVO
 CD: ALTA COM ORIENTAÇÕES E RETORNO AMBULATORIAL

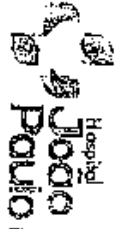
EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 D. N.: 22/05/1981 Idade: 36 Sexo: M
 Rinsd: 0260232-19 16/10/2019 11:59:08
 Conv.: SMILE SAUDE Car: Bc 065716582
 Mm: LENICE ANTONIA DA SILVA

Médico

Enfermagem

SUELIO MOREIRA TORRES
 CRM-08 18817 / CRM-E 22287





HOSPITAL JOAO PAULO II LDA
 Prescrição 636976
 Data: 15/10/2019 15:03
 Paciente: 027132 EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 Cod. Convenção: 05716600 Sexo: Masculino
 Médico: AMO SANTOS DE ALMEIDA CRM: 7967

15/10/2019 15:11:32 Página: 1
 Int. Referência: 0260212-19 Setor: 2º ANDAR POSTO DE EMERGENCIA 30/01
 Convênio: SMILE SAÚDE
 Cidade: JB Dr. Raac: 22/05/1961
 Data Int: 14/10/2019 11:56:00

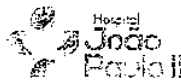
Seq Prescrição: _____ Qde Unid ViaOrçário: _____ Dist. Hospital/observação: _____

CRITÉRIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	DIETA LIVRE											
2	SONO KINGSR C/ LACTATO 500ML SIST. PEGMAN	1	BOLS EV 12/12 H									
3	NEFAZOL 1G AD	1	FA EV 08/08 H									
4	DETRORNA 500MG/ML C/2MG AD	1	AP EV 06/06 H									
5	TILANTIL 20MG FA AD	1	FA EV 12/12 H									
6	NAUSEBROM 4MG C/ 2ML S.M.111SP 0,9% 100ML	1	AP EV 08/08 H									
7	TROBAL 100MG/2ML S.M.111SP 0,9% 100ML	1	AF EV 12/12 H									
8	CLELAND 40MG SER 0,4ML PAZER AS 11H DO DIA 15/10/15	1	SER SC 24/24 H									
9	DECAORON 4MG/ML C/ 2,5ML	1	AP EV 12/12 H									
10	DARLON 1000	1	VO									
11	CUIDADOS GERAIS											
12	COMPRESSA FELTA											
13	BONDA DE ALIVIO											

Evoluções:
 #PROTOPEDIA#
 PACIENTE COM QUADRO DE DOR IMPORTANTE EM PERNA DIREITA HOJE EVOLUI NO 1º DPO DE OSTEOSSINTESE PARA FRATURA DE PLANTAR TO TAL. DIREITO APRESENTA EDema (2+/4+). PULSO PERDIDO E MAUCULAR NORMAL, BOA PERFUSÃO DISTAL SEM DOR DUANTE A DORSOFLEXÃO DO TORNOZELO DIREITO
 CD.: *PRESCRITO DARLON 1000 (12/12 HORAS) + DEXO MEMBR O ELAVADO + DECAORON 4MG EV (12/12 HORAS) + QUARTIVO + REAVLIAÇÃO EM 4 HORAS.

Dr. Tiago Moreira Fortes
 Ortopedia e Cirurgia do Joelho
 CRM-PE 8965 / CRM-PE 24411
 TEOJ 14630





HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA
 Prescrição 636695
 Data: 14/10/2019 11:59
 Paciente: 6071232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 Cód. Convênio: 069716600 Sexo: Masculino
 Médico: ARAC SANTOS DE ALENCAR CRM: 7567

14/10/2019 23:12:18 Página: 1
 Internamento: 0260232-19 Setor: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01
 Convênio: SMILE SAUDE
 Idade: 38 St. nasc: 01/25/1981
 Data. Int: 14/10/2019 13:58:00

u. 1573641
 1523641
 1573660
 7.57570
 757374

Emprego/medicamento	Cidade/Unid. Via Horária	Dia/Freqüência/Observação
1. DIETA LIVRE	CRITERIO	A partir de 07:00h
2. SORO RINGER CV LACTATO 500ML DIST. FECHADO	1 SALS EV 12/12 H	
3. KEFAZOL 1g AD	1 PA EV 08/08 H	3:00-00 2: 7/12 (12:00)
4. DIFIRONA 500MG/ML C/2ML AD	1 AP EV 06/06 H	06 7/12
5. TILATIL 200MG PA AD	1 PA EV 12/12 H	08 7/12
6. NAUSEURON 2MG C/ 2ML S.N.1111SF 0,9% 100ML	1 AP EV 06/06 H	3iv
7. TRAMAL 100MG/2ML S.N.1111SF 0,9% 100ML	1 AP EV 12/12 H	3iv 7/30
8. CLEXANE 400MG SER 0,4ML FAZER AS 11H DO DIA 15/10/19	1 SER SC 24/24 H	11
9. CUIDADOS GERAIS	CRITERIO	20min de 4/4h
9. COMPRESSA FRIA		2de5
10. Sonda de Alívio	S/N	3iv

Médico

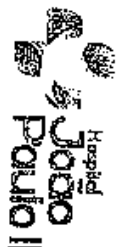
DRA. IANA MEDEIROS
 ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PA 10345

Enfermagem

Suelio

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M
 Alend: 0260232-19 14/10/2019 11:58:00
 Conv: SMILE SAUDE Cartão: 069716600
 Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA





HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA
 Prescrição: 6160312
 Data: 14/10/2019 12:28
 Paciente: 0071232 EXAMATO CAMPOS DA SILVA
 Cód. Convenio: 069716600
 Autógrafa: LUCIANA POMER DE OLIVEIRA CORREI

Relatório de Enfermagem
 Internamento: 0260212-19
 Sexo: Masculino
 Idade: 38
 Ordem Unid. Médica: 007490067
 Hospital/observação

14/10/2019 18:10:35 Página: 1
 Setor: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01
 Convênio: SMILE SAÚDE
 Dt. nasc: 22/05/1981
 Data Rec: 14/10/2019 11:58:00

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: 90 PA Diastólica: 120 PA Média: 110 Temperatura: Pulso/TC: Diurese ml/24h: Freq. resp.: 17
 Peso (kg): 89 Altura: 1,7 Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:

Realização Neurológica:

Abertura ocular: Espontânea Pupila D Tamanho: Pupila E Tamanho:
 Resposta verbal: Orientado Pupila D Reação: Pupila E Reação: foco relativa
 Resposta motora: Obedece comando Total: 15

Evolução:

12x20 - ADMITIDO NESTE SETOR, PROCEDENTE DA RECEPCÃO, PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELEATIVO EM JOELHO DIREITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, ROMBOSADO.
 18x30 - PACIENTE ENCAMINHADO AO BC.

Enfermagem

Enfermagem

[Assinatura]
 Inês Regina de Oliveira
 Enfermeira
 COREN-19.438.047
 EDUARDO CRIPPOS DA SILVA
 D. N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M
 Conv: SMILE SAÚDE Car: 14a. 889716600
 Mãe: LENICE RAYONIA DA SILVA





HOSPITAL JOÃO PAULO XI LTDA

Prescrição E37022

Data: 15/10/2019 19:00

Paciente: 0071332 KODADO CARLOS DA SILVA

Crd. Convento: 065716500

Interrogam: LARIANE CAVALCANTE COSTA CORREIA 532048

Sexo: Masculino

Idade: 38

Qde Unidades Hospitalares

Horários/Observação

Palatário de Interrogam

Interrogam: 0240232-15

Setor: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01

Convênio: SMILE SAÚDE

De. nasc: 22/05/1981

Data Int: 14/10/2019 11:58:00

15/10/2019 16:55:52 Página: 1

Evoluções:

07h: RECENO PACIENTE EM 1ª DIA DE FRATURA DE JOELHO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOTENSÃO, XEROCOMUNDO, EUPNEICO, APRESENTA ANV + NV + ANB, ACZITA DISTA, SEMO E REPOUSO PRESERVADOS, SINTOMAS RESPOSTIVA PRESENTE. REFERE DORRÊNCIA EM MTD.

19h: SEQUE NOS CUIDADOS DE ENFERMEIRA.

Enfermagem

Enfermagem

Keliane Cavalcante Costa
COREN-PB 532048. ENF

EDUARDO GRAPOS DA SILVA
D. N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M
Rtmd: 0260232-15 14/10/2019 11:58:00
Conv: SMILE SAÚDE CAR: 065716500
NOME: LENICE ANTONIA DA SILVA





Prescrição 636736
Relatório de Enfermagem
 Data: 14/10/2019 03:54
 Internamento: 0260232-19 Setor: 2º ANDAR POSTO DE EMERGENCIA 20/01
 Paciente: 0071232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 Sexo: Masculino Idade: 38
 Cód. Convenio: 069716600
 Dr. Nasci: SMILE SAUDE
 Enfermagem: SIMONI DE LIMA COSTA CORREIA Matr: 517845
 Data Int: 14/10/2019 11:58:00
 Onde Unid/Via: Horário: Necessitas/Observação:

Evolution:
 19:00 PCT EVOLUI EM EGR, ENCONTRA-SE NO BC PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPEDIA.
 01:15 - PCT RITOMINA DO BC, CONSCIENTE, ORIENTADO, BEM-HEITADO, NOMECONHECIDO, APEREIL, SM NA/DN, COM AVP, QUERENDO COMPRESSIVO EM SEU DIREITO (GOELHO)
 NAO RELATOU QUEIXAS, SEMPRE AOS CUIDADOS.
 07:00 - PCT SEGUI SEM INTERCORRENCIAS, SEM QUEIXAS E AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

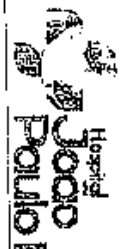
Enfermagem

Enfermagem

SIMONI DE LIMA COSTA
 Enfermeira
 COREIA 517845

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M
 Atend: 0260232-19 14/10/2019 11:58:00
 Conv: SMILE SAUDE Cartão: 069716600
 Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA





HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA

Prescrição: 637254

Data: 15/10/2019 21:45

Paciente: 001233 EDUARDO CAMPOS DA SILVA

Cód. Convênio: 069716600

Endereço: SÍMONE ROSE SILVA DE OLIVEIRA CABRAL CORREI

Qtd. Unid/Vip: 04

Relatório de Enfermagem

Inscrição: 0260212-19

Compêndio: SMILE SAUDS

Pl. Mãe: 22/05/1981

Data Int: 14/10/2019 11:58:00

Qtd. Unid/Vip: 04

Hodógrafos/observação

15/10/2019 23:55:32 página: 1

Sector: 1º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01

Evolução:

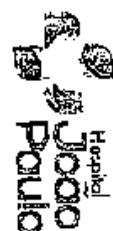
13:00 PACIENTE EM 1º DPO EVOLUO FRATURA DE JOELHO, CONSISTENTE, ORIENTADO, NORMOTENSO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFEBRIL, AVP - IV + ATB, MEDICADO CEM, FECHOU POR LOCAL, SOB ACESSÃO DA DIETA, SEM RERUSSO PRESERVADOS, DIURESE EFICIENTE PRESENTE, QTD. SOROS SOB CUIDADOS DA ENFERM.

Enfermagem

Enfermagem

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M
Atend: 0260232-19 14/10/2019 11:58:00
Conv: SMILE SAUDE Car: 069716600
Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA





Hospital
Hospital João Paulo II Lda
 Prescrição 637028
 Data: 16/10/2019 23:26
 Paciente: 081231 EDUARDO CARPOS DA SILVA
 Cód. Convenção: 049716500 Sexo: Masculino
 Enfermeiro: SUELIO MOREIRA SILVA COREMI 0755106

Relatório de Enfermagem
 Interambulatório: 0260232-19 Setor: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01
 Unidade: 38
 Convênio: SMILE SAÚDE
 Data Insc: 14/10/2019 11:54:00

16/10/2019 23:52:52 Página: 1

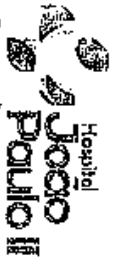
Exclusão:
 19H - RECEBO PACIENTE EM 2º CFO DE FRATURA DE OMBRO, CONHECIMENTO, ORIENTADO, NORMOTENSO, NORMOCORALMO, SUPRETO, ACESSÍL, RVF - RV - ATB, ACETILS ÚLTERA,
 SONO E REPOUSO PRESERVADOS, LÍQUIDE ESPONTÂNEA PRESENTE, SUACUÇÕES NORMAIS.
 20H - SAÍD DE ALTA HOSPITALAR NA COMPANHIA DE SUA ESPOSA E TÉCNICA DE ENFERMAGEM.

Enfermagem

Enfermagem

EDUARDO CARPOS DA SILVA
 O. N.: 3278911981 Idade: 38 Sexo: M
 R. end: 0280532-19 14/10/2019 11:58:00
 Conv: SMILE SAÚDE Car. lto: 099716500
 Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA





HOSPITAL JOAO PAULO II LTDA

Data: 15/10/2019 Ingresso: 0260232-19

Paciente: 007132 EDUARDO CAMPOS DA SILVA

End. convenio: 069716500 Sexo: Masculino

Medico atendimento: MARCELO MENEZES BINO

Data Int: 14/10/2019 11:58:00

Solicitado

Onde Unidade Hospital

Horários/observação

15/10/2019 07:10:23

Página: 1

Sociedade: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01

Convenio: SMILE SAUDE

Idade: 38

Dr. nasc: 22/05/1981

Evolução: 15/10/2019 07:04 MARCELO MENEZES BINO

13:34 RECEBO PACIENTE JA NO BC PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA.

DI: 11 PACIENTE RETORNA DO BC, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÓICO, NEMOCARDIACO, AFRASIA, EM MACA, COM ANF, CURATIVO COMPRESSIVO EM RM11

DIREITO (GOSHO)

SEX: QUEIXAS NO MOMENTO, SECURE NOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, PA: 120X80PMAG.

04:04 ADM MEDICACAO CPA: PA: 120X80PMAG

07:00 PCT SECURE SEM INTERFERENCIAS, SEM QUEIXAS E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Enfermagem

Enfermagem

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
D.N.: 22/05/1981 Tade: 38 Sexo: M
Rend: 0260232-19 14/10/2019 11:58:00
Conv: SMILE SAUDE Carta: 069716600
Méd: MARCELO ANTONIA DA SILVA

M. nome: Suelio Moreira Torres
M. cargo: Enfermagem
M. mat: 2201829



HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA
Prescrição 637439
Data: 16/10/2019 11:23
Paciente: 0071232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA
Cód Convênio: 065716500

Relatório de Enfermagem
Internamento: 0260232-19
Idade: 38
Sexo: Masculino
Informação: TACTINA PORTES DE OLIVEIRA CORREIA: 000450047
Ordem de Serviço Hospitalar

16/10/2019 11:58:00
Setor: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01
Convênio: SMILE SAUDE
Data Int: 14/10/2019 11:58:00

Evolução:
07H - RECEBO PACIENTE EM 2º DPO DE LESÃO DE JOELHO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SOBROTENSO, NORMOCORAZO, EUPNEICO, AFEBRIL, COM AYP + NY + ATB, RESUME
DIMINUIÇÃO DE DOE LOCAL, SONO E REPOUSO PRESERVADOS, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS NORMAIS, AGUARDANDO AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA.
11H43 - PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS
19H - APÓS AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA, PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR

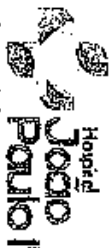
Enfermagem

Enfermagem

Luiz Henrique Santos
Enfermeiro
CREMESP 430 947

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M
Plaus: 0260232-19 14/10/2019 11:58:00
Conv: SMILE SAUDE Car: 140: 065716500
Mão: LEMCE ANTONIA DA SILVA




**Hospital João Paulo II Ltda**
Hospital João Paulo II Ltda
Rua: ...
Data: 14/10/2019
Paciente: 0971332 EDUARDO CAMPOS DA SILVA
Cód. convenio: 059716608
Medico atendimento: CLEA DE FATIMA GOMES DA SILVA
Sector: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01
Convênio: SMILE SAUDE
Data Int: 14/10/2019 11:58:00
14/10/2019 18:30:15
Página: 1

Evolution: 14/10/2019 12:45 CLEA DE FATIMA GOMES DA SILVA
11:20 HRS PACIENTE ADMITIDO MESSE SINGE. PROCEDENTE DA RECEPCAO. PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO ELTATIVO EM JOELMO DIREITO, CONSISTENTE, OBIENVIDO, APERIIDA PA: 129 X 90 MMHG, NERHER ALENGIA A ATZ (NÃO SABE INFORMAR QUAL), AGUIESA BC, SEM QUEIXAS.
13:10 HRS ENCRIMINADO AD E. C.

Enfermagem

Enfermagem


18/10/2019

EDUARDO GRUPOS DA SILVA
D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M
Rend.: 0258232-19 14/10/2019
Conv.: SMILE SAUDE CARILAO: 088716608
RHO: L ENICE ANTONIA DA SILVA





HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA
 Prescrição: 636784
 Data: 15/10/2019 09:24
 Paciente: 0011232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 End. Convênio: 069716609
 Enfermagem: ANA PAULA SILVA DO NASCIMENTO COREN: 928610

Relatório de Enfermagem

15/10/2019 17:48:33 Página: 1

Internamento: 0250212-19 Setor: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 26/01
 Convênio: SMILE SAÚDE
 Dt. nasc: 22/05/1981
 Data Inc: 14/10/2019 11:58:00

SeqPrescrição

Ord. Méd. Vis. Horário Hierárquico/observação

Evolução:

07:00 RECEBIDO PACIENTE EM 1 DPO DE FRATURA DE TIBIA + ENXERTO ÓSSEO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCÁRDICO, AFEBRIL, COM AVP, CURATIVO COMPRESSIVO EM MUIE DIREITO (LOBLOCO)
 NÃO RELATOU QUEIXAS, SEGUE AOS
 08:00 ADMINISTRADO MEDICACAO.CPM.
 11:00 ADMINISTRADO MEDICACAO.CPM.
 12:00 INICIADO 2 FASE DE SORO + MEDICACAO.CPM .PA:120X80MMHG.
 13:30 ADMINISTRADO MEDICACAO.CPM
 14:00 ADMINISTRADO MEDICACAO + REALIZADO CURATIVO.COMPRESSA FRIA.CPM.
 18:00 INICIADO 1 FASE DE SORO + MEDICACAO.COMPRESSA FRIA.CPM.PA:110X80MMHG.
 19:00 PACIENTE SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Enfermagem

Enfermagem

Hospital João Paulo II
 Ana Paula Silva do Nascimento
 Enf. Enfermagem
 COREN 928610 Mor 363

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 D.N. 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M
 Rtm: 0260232-19 14/10/2019 17:48:33
 Conv: SMILE SAÚDE Car: 069716609
 Mm: LENTICE ANTONIA DA SILVA

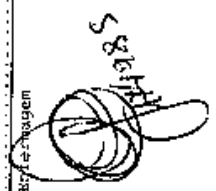




Seq. Prescrição: 16/10/2019 04:51:20
Onde Usado Via Hospital
Horários/observação

Evolução: 15/10/2019 10:35 EMILENE GOMES DE VASCONCELOS

19:00- RECEBI O PLANTÃO COM PACIENTE EM 1 DPO DE FRATURA DE TÍBIA + ENXERTO OSSEO. CONSCIENTE, ORIENTADO, LER, ESCRITO, NUNCA-OC. ACIONADO, NORMOCORAZO, AFÉRRIL, COM AVP. CURETIVO COMPRESSIVO EM MKK1 DIREITO (MORFEO). ACEITANDO DIETA GERENCIADA, DURSESE ESPONTÂNEA, SENSE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.
22:00- ADMINISTRADO MEDICAÇÃO EV, E REALIZADO COMPRESSA FRIA CPM.
23:20- PACIENTE REFERINDO DOR, INSTALADO MEDICAÇÃO CPM.
24:00- ADMINISTRADO MEDICAÇÃO EV, AFERIDO PA- 130 X 80 MMHG CPM.
02:00- REALIZADO COMPRESSA FRIA CPM.
06:00- ADMINISTRADO MEDICAÇÕES EV E VO, INSTALADO 2º FASE DE SORO, AFERIDO PA- 120 X 80 MMHG, REALIZADO COMPRESSA FRIA CPM.
07:00- PACIENTE SENSE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

By: 
Suelio Moreira Torres

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
O N. 22/05/1961 Idade: 38 Sexo M
Atend: 0288232-19 14/10/2019 11:59:00
Conv SMILE SAUDE Car: 065716600
Mae LENTICE ANTONIA DA SILVA





HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA
 Registro: 636685
 Data: 14/10/2019 11:59
 Endereço: 007112 EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 Cód. Convenção: 069716600
 Sócios: ABOO SINDUS DE ALBENCAR CRM 7987

Sexo: Masculino
 Inadmissão: 0360232-19
 Data Inl: 14/10/2019 11:59:00

Idade: 38
 Convênio: SMILE SAUDE
 Data Inl: 14/10/2019 11:59:00

14/10/2019 21:12:18 Pagina: 1

2º ANDAR POSTO DE ESPERANÇA 20/01
 523644
 523622

SegPrescritão

Unid. ViHorário

Unid. Horas/Observação

1 DIETA LIVRE

CRITERIO

A partir de 07:00h

2	SOBO BANCER C/ LACTATO SÓLID SESP PAVHAMB	1	BOES	EV	12/12 H		
3	NEPZOL 1G	1	FA	EV	05/08 H		
4	DIFERONA 500MG/ML C/2ML	1	AP	EV	05/06 H		
5	TILATIL 200G FA	1	FA	EV	12/12 H		
6	MAISEMON 4MG C/ 2ML	1	AP	EV	06/08 H		
7	TRAMAL 100MG/2ML	1	AP	EV	12/12 H		
8	TIKANE 40MG SER 0,4ML	1	SUB	EV	02/24 H		
9	PARER AS 1LH DO DIA 15/10/19						
8	TRICARDOS GENAIS						
9	CONDISSA FRMA						
10	IN SOBTA DE ALIVIO						

DR. ANA MATEUS
 ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PR 10245

[Handwritten signature]

Encerramento





EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 D.N.: 22/06/1981 Idade 38 Sexo: M
 Atend: 0260232-19 14/10/2019 11:58:08
 Conv: SMILE SAUDE Cartão: 069716665
 Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA



COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ESPECIAIS

Nome: Graci Ramos II Nº: Dr. Anice
 Nome: Camarao Campos da Silva
 Data: 14 10 2019 Cidade: Smula

CODIGO	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	LOTE	QUANT.
	placa titanium desengata 4x17 7 furos		01
	placa titanium desengata 4x17		01
	parafuso 4.5 cabeça n. 48		01
	Parafuso 4.5 cabeça n. 56		01
	fiis de titânio 1,5		03
	fiis de titânio 2,0		02
	Óxido de zinco x m bloco n. 8		01
	Parafuso bloquim 50 n. 24		02
	Parafuso bloquim 50 n. 26		01
	Parafuso bloquim 50 n. 36		01
	Parafuso bloquim 50 n. 40		01
	Parafuso bloquim 50 n. 42		01
	Parafuso bloquim 50 n. 44		01
	Parafuso bloquim 50 n. 50		02

OTIS Substitut osseux / Bone substitute
 Material: BIOSORB (TCP with minimum purity)
 **H8**
SBM 
 REF: P822365226
 LOT: 161055
 2021-03
 CE 0459



Arão S. de Alencar
 Otorrinolaringologista
 CRM 13.191 / CRM-PE 23287

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 D. N. 22/05/1981 Idade 36 Sexo M
 Rende 0260232-19 14/10/2019 11:58:00
 Conv. SMILE SAÚDE CAR-180 05871650C
 MRS LENICE ANTONIA DA SILVA

Smula





HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA
 DATA: 16/10/2019
 Paciente: 0071212 EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 Cód. convenio: 069716100
 Méd.co atendimento: CLIA DE FÁTIMA GOMES DA SILVA

16/10/2019 19:12:17
 Setor: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 30/01
 Convênio: SMILE SAUDES
 DL. nasc: 22/05/1981
 Sexo: Masculino
 Idade: 38
 Data Int: 14/10/2019 11:56:00

Ordem Unid Via Horário Horários/observação

Seq Prescrição

Evolução: 16/10/2019 15:27 CLIA DE FÁTIMA GOMES DA SILVA

778 - RECEBO PACIENTE EM 2º DPO DE LESÃO DE JOELHO, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, COM AYP + IV + ATG. REFERE DIMINUIÇÃO DE DOR LOCAL, SÓMO, BOA ACELTAÇÃO DA DIETA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS NORMAIS AGUARDANDO AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA.
 18:00 HRS APÓS VISITA MÉDICA PACIENTE RECEBE ALTA.
 REALIZADO CURATIVO PELO MÉDICO.
 14:10 HRS ADM. MEDICAÇÃO OPM, SEGUIE AOS CUIDADOS D EQUIPE.

Enfermagem

Enfermagem

Opisive
 457103

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 O N.º: 06980232-18 18/10/2019 15:27
 Conv. SMILE SAUDES
 Cód. Convênio: 069716100
 Paciente: 0071212 EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 Data: 16/10/2019 15:27





Evlução:

19:00 HRS RECEBO PACIENTE EM 2º UNO DE CIRURGIA ORTOPEDICA DE FRATURA DE PLATO TIBIAL + LESAO MENISCAL LATERAL + LESAO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR. EM EGR. CONSCIENTE. ORIENTADA, ADEQUADO A DIETA. EUBRÍICO, ADEQUADO A DIETA. EUBRÍICO. EM E.V.P., SEM QUEIXAS NO MOMENTO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS (+ S/C).
SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.
20:00 HRS RETIRADO AVF.
20:15 HRS PACIENTE SAI DE ALTA HOSPITALAR C.P.M.

Enfermagem

Enfermagem

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
D.N.: 22/05/1981 Idade 36 Sexo M
Rend: 0260232-19 14/10/2019 11:58:03
Conv: SMILE SAUDE Carimbo 069716600
MIA: LENICE ANTONIA DA SILVA



Hospital

HISTÓRIA DO DOENTE

Do Sr. Eduardo Campos da Silva, 39 anos, casado, residente em Rua Etípedes Tavares, 362, Centro, João Pessoa, PB, CEP: 58013-290. História de hipertensão arterial sistólica há 10 anos, em uso de medicação anti-hipertensiva há 5 anos.

20/05/2023
11:58:00

Dr. Eduardo Campos da Silva

20/05/2023

11:58:00

11:58:00

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
D.N.: 22/05/1984 Idade: 39 Sexo: M
Atend: 0250232-19 14/10/2019 11:58:00
Conv: SAILE BRUDE Cartão: 069716800
Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA

DRA. IANA MEDEIROS
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 10245

Rua Etípedes Tavares, 362 - Centro, João Pessoa - PB, Cep: 58013-290, Fone: 83-2107-9800



CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

EDUARDO CAMPOS DA SILVA D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M Rfend: 0280232-19 14/10/2019 11:58:00 Conv: SMILE SAUDE Cartão: 089716600 Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA	Data: ___/___/___ Nome do Paciente: _____ Idade: _____ Cirurgião: _____ Procedimento: _____	Nº Registro: _____ Leito: _____
---	---	------------------------------------

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO BLOCO CIRÚRGICO-PREENCHIMENTO PELO COLABORADOR DAS UNIDADES DE INTERNAÇÕES

Peso: <u>85 kg</u> Altura: <u>1,67 cm</u> Tipo Sanguíneo: _____ PA: <u>120 x 80</u> mmHg	
1. Apresenta-se em jejum (sem alimento ou água)? <input type="checkbox"/> SIM A partir do dia: <u>10/10/2019</u> às <u>12:00</u>	8. Cirurgias anteriores <input type="checkbox"/> SIM - Quais? Data? _____
2. Retirou os adornos (anel, alianças, pulseiras, brincos, lentes de contato, piercing)? <input checked="" type="checkbox"/> SIM (<input type="checkbox"/> NÃO) Solicitar que o cliente retire e orientá-lo a guardar junto aos seus pertences.	_____
3. Data da última menstruação? Data: ___/___/___ <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO Alguma cirurgia com uso de Prótese?
4. Cliente faz uso de prótese dentária? <input type="checkbox"/> Superior (<input type="checkbox"/> Inferior) Solicitar que o cliente retire e orientá-lo a guardar junto aos seus pertences <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SIM - Quais? Data? _____
5. Está com pulseira de identificação? <input checked="" type="checkbox"/> SIM (<input type="checkbox"/> NÃO) Solicitar a recepção que coloque a pulseira no cliente.	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
6. Está em uso de alguma medicação? <input type="checkbox"/> SIM - Quais? _____	9. Administrado pré anestésico? <input type="checkbox"/> SIM Qual?: _____ cpm Horário: <u>_____</u> <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	10. Reserva de Hemoderivados? <input type="checkbox"/> SIM (<input type="checkbox"/> NÃO (<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	11. Alergias a medicamentos, alimentos, produtos? <input type="checkbox"/> SIM Quais? <u>insuficiência renal, diabetes, hipertensão, asma</u> <u>cardíaca, pressão alta, história de</u> <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
7. Hábitos? 7.1 Fumante? <input type="checkbox"/> SIM - Há quantos dias/anos? _____ <input checked="" type="checkbox"/> NÃO 7.2 Etílica? <input type="checkbox"/> SIM Há quantos dias/anos? _____ <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	12. Lateralidade demarcada? <input type="checkbox"/> SIM (<input type="checkbox"/> NÃO (<input type="checkbox"/> Não se aplica
Enfermeira/Tec. Enfermagem: _____ Coren: _____	

Suelio Moreira Torres





HOSPITAL JOÃO PAULO
Rua Eurpedes Tavares, 367 - Centro
CEP 58013-290 - João Pessoa - PB
Fone/Fax: 2107-9800 / 2107-9801

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
O.N. 22/05/1981 - Idade 38 Sexo M
Atend 0260232-19 14/10/2019 11:58:00
Conv. SMILE SAÚDE Cartão 06871660C
Mãe LENICE ANTONIA DA SILVA

**MATERIAL E MEDICAMENTOS GASTOS NA SALA
CENTRO CIRÚRGICO**

Instituição de Ensino e Assistência Médica

PACIENTE EdUARDO Campos da Silva

CONVENIO Smile CIRURGIA Licença Cirurgião de Pedra Branca

GRUPO DE Dr. Carlos Caldeira

AUXILIAR DE Smile ANESTESISTA Dr. João Antônio

ANESTESIA Raquin

INSTRUMENTADOR Luiz

INICIO 19:57

TERMINO 23:00

MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	MATERIAIS	QUANTIDADE	MATERIAIS	QUANTIDADE	FIOS	QUANTIDADE	OUTROS	QUANTIDADE
Adrenalina		Nilipentol		Agulha 13 x 45	01	Scalp nº		Prolene 3 cf ag			
Água destilada 100ml	05	NovoBupa 0.5/500ml	01	Agulha 25 x 7		Pulsoterapia de liberação		Prolene 4 cf ag		01 agulha de 18x25	
Água destilada 1000ml		NivaBaga 0.5/500ml		Aspirador infravermelho	01	Seringa 0.1ml	01	Prolene 5 cf ag			
Amoxicilina		Nutren		Agulha 40 x 7	02 + 02	Seringa 0.3ml	01	Seda nº			
Aminofelina inj		Omeprazol 40mg amp		Agulha epidural		Seringa 0.5ml		ou nº			
Amipolona 1g		Oxitocina 5UI amp		Agulha cirúrgica nº 26	01	Seringa 10ml	01	Vycril 0 c/agulha		01 kit de sutura	
Amoxina		Pavulon/Pancuron		Barbitol 1mg		Seringa 20ml	01	Vycril 1 c/agulha	12	01 kit de sutura	
Asal Patente		Piasil		Capso de VDL		Seringa 60ml de insulina	01	Vycril 2-0 c/agulha		02 suture	
Bicarbonato de sódio		Prostigmina		Clamp uretral		Seringa 60ml de insulina		Vycril 4-0 c/agulha			
Bicanyl		Quelcion		Compressas triangulares 50x50cm	01	Sonda de aspiração nº		GASES HOSPITALARES		04 suture 100cm	
Juviscopan Simples		Solucortef 500mg		Caneter epidural		Sonda gástrica		Ar comprimido			
Buscopan Composto		Sulfato de protamina		Caneter nasal P/O	01	Sonda de Foley		Gás carbônico		06 suture	
Cefadroxil		Surgicol		Coletor de urina fechado		Sonda uretral de 8Fr		Oxigênio		15 com	
Cefalotina 1g		Temodalin inj. 20mg		Compressas de gaze (7,5x7,5cm)	01	Tampão vaginal		Oxido nitroso		02 suture 15	
Cefazolina 1g	01 + 02	Tramal		Conexão 2 vias		Tomereinha (3 vias)		Protóxido (N2O)			
Cindamim 1g		Trasnamid		Dreno de Penrose		Tubo endotraqueal nº		APARELHOS			
Cloridrato de potássio		Profenid 100mg	01	Dreno de sucção nº		FIOS		Aspirador			
Diclofenac 4mg/Dexametasona	01	Volaren inj		Eletrodos	05	Algodão 0 cf agulha		Bisturi elétrico	2		
Dipirona	02	Xilocaina 2% gelosa		Equip de irrigação VHC		Algodão 1 cf agulha		Bisturi	2		
Dobutamina		Xilocaina 2% solução 5ml		Equip microgotas	01	Algodão 2-0 cf agulha		Capnógrafo	2		
Dopamina		Xilocaina 2% solução 20ml		Equip microgotas		Algodão 3-0 cf agulha		ECG contínuo	2		
Droperidol		Xilocaina 2% solução 20ml		Esコーパ anestesias	05	Algodão 3-0 cf agulha		Equipamento p/ anestesia	2		
Efedrina/Etilm	01	SORO		Esparadrapo		Cromado 0 cf ag 3/8		Monitor cardíaco	2		
Emergancil/Propimazina		Soro fisiológico	1	Extensor p/ bomba de seringa		Cromado 1 cf ag 3/8		Monitor Cárdio-respiratório	2		
Fagil inj		Soro fisiológico limpeza	1	Gorro desc	05	Cromado 2 cf ag 3/8		Oxímetro de pulso	2		
Forane/Enflurano		Soro glicosado 5%	08	Jélico nº 16		Cromado 1 cf ag 1/2		PANI	2		
Gentamicina 90mg		Soro ringier clactato	04	Jélico nº 18		Cromado 2 cf ag		SOLUÇÕES			
Glucose 50%		Solução Glucon 1.5%		Jélico nº 20		Cromado 2 cf ag 3/8		Água oxigenada			
Gluconato de cálcio 10%		ENTORPECENTES		Jélico nº 22		Cromado 3 cf ag 3/8		Álcool 70%			
Hidralato		Clonidin		Jélico nº 24		Simplex 0 cf ag		Azul de metileno			
Hopama 5000UI		Diazepam		Lâmina de bisturi nº 11		Simplex 1 cf ag		Clorexidina alcoólica			
Hidantal		Dimorf 0.2mg	01	Lâmina de bisturi nº 15		Simplex 2 cf ag		Clorexidina degermante			
Kanakion		Dimorf 1mg		Lâmina de bisturi nº 23		Simplex 3 cf ag		PVPI tintura			
Ketamina		Dolosal		Liga Clip		Simplex 4 cf ag		PVPI tópico			
L. Inexal/Flumazenil		Dormonid 5mg		Lixa de polidiamante		Monocryl 3-0 c/agulha		PVPI degermante			
Lidax		Dormonid 15mg	01	Lixa de polidiamante		Monocryl 4-0 c/agulha		Éter sulfônico			
Narcan		Pentani	01	Lixa estéril nº 4.5		Nylon 0 cf ag		Formol 10%			
Propofol	01	Gardanal	01	Lixa estéril nº 7.0	01	Nylon 2 cf ag	02	Vaselina líquida			
Nitroglicerina pomada		Propofol	04	Lixa estéril nº 7.5	01	Nylon 3 cf ag	01				
Nitroglicerina 0.5% pesada		Rapifen/Alienta		Lixa estéril nº 8.0	01	Nylon 4 cf ag	06				
Nitroglicerina 0.5%		Sevorane 100ml		Lixa estéril nº 8.5	01	Nylon 5 cf ag	01				
Numbum		Ultiva		Máscara desc	01	Nylon 6 cf ag	01				
				Sap. Proce (quar)	08	Prolene 0 cf ag					
						Prolene 2 cf ag					

João Pessoa, 14 de 10 de 19

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2023 10:38:31



STIMUPLIX A
Agulha para anestesia de plexo

B. BRAUN
Lohmann & Rauscher S.A.
Rua General Góes, 100 - Jd. São João - Curitiba - PR - 81200-000

15° **LIFESAVER PLUS - 45 ARTROSCOPIA**

Valido por 2 anos após a data de fabricação

LP45

1949-18-1002314650151

Produzido por **LIFETEX INDUSTRIA E COMERCIO LTDA**
Resp. Tec: Thiago Ribeiro de Oliveira CRBIO 31062/102
Número do Registro ANVISA: 810278/790026
Não utilizar caso a embalagem esteja violada
Código: 10.267154

Industria Brasileira
DATA DE FAB.: 28/06/2019

OTIS Substitut osseux / Bone substitute
Vnr. n. 802238 / 123-84-4

CE
H8
SBM

A UTILISER AVEC UNE OSTEOSYNTHESE
TO BE USED WITH AN OSTEOSYNTHESIS

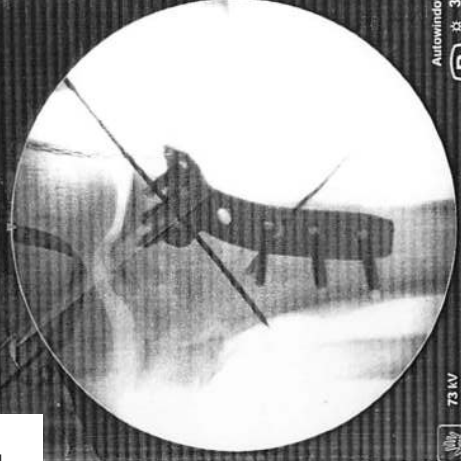
OTIS Substitut osseux / Bone substitute
Matériau: BIOCOR® (100% polyéthylène haute pureté)

H8
SBM

P822365226
161055
2021-03

CE
0459

SBM



Autowindow
R 37
O 35

Hospital Joao Paulo
Dr. Aran

Eduardo Campos da Silva, -
069716600
22.05.1981

10/10
14.10.2019
21:31:28

73 kV
7.56 mA
16.60 mGy/cm²
173.52 µGy



Autowindow
R 38
O 32

Hospital Joao Paulo
Dr. Aran

Eduardo Campos da Silva, -
069716600
22.05.1981

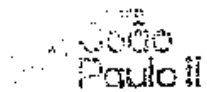
32/32
14.10.2019
23:23:06

77 kV
2.84 mA
24.80 mGy/cm²
224.72 µGy



EVOLUÇÃO

14/10/2019 21:44:32



HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA
 Data: 14/10/2019
 Paciente: 0071232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 Convênio: SMILE SAUDE
 Sexo: Masculino Idade: 38

Setor: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM
 Internamento: 0260232-19
 Cód. Convênio: 062716600
 Dt. nasc: 22/05/1981
 Data Int: 14/10/2019 11:58:00

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB RAQUIANESTÉSIA E BLOQUEIO
 ANESTÉSIA + ANTISEPSIA
 RELEVANTAMENTO E PASSAGEM DE GABRIOTE ESTERIL
 INCISÃO POSTEROMEDIAL DO JOELHO DIREITO
 ARTROSCÓPIA DO JOELHO
 VISUALIZADO FRATURA POSTEROMEDIAL E POSTERIOR COM COMUNICAÇÃO E CISCALHAMENTO E LESÃO PARCIAL DE LIG. CRUZADO
 POSTERIOR
 REALIZADO REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO COM PLACA EM T E L BLOQUEADA ANTICISCALHANTE + PARAFUSO CORTICAL E
 BLOQUEADOS
 INCISÃO ANTEROLATERAL
 FRATURA COM GRANDE FRAGMENTAÇÃO ÓSSEA, APONDAMENTO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR E CISCALHAMENTO LATERAL
 VISUALIZADA LESÃO MENISCAL LATERAL, SENDO REALIZADO REPARO MENISCAL
 OSTOTOMIA DE PLATO LATERAL PARA VISUALIZAR APONDAMENTO POSTERIOR
 ELEVANTAMENTO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR E FIXAÇÃO COM FIOS DE KC 1,5, 2 E 2,5
 COLOCAÇÃO DE ENXERTO ÓSSEO ESTRUTURADO
 PLACA EM T E L BLOQUEADA + PARAFUSO CORTICAL E PARAFUSOS BLOQUEADOS DE T E L
 RELEVANTAMENTO DE IMAGENS
 GÊNEIO ADJUVANTE COM SFO,84
 MELHORA DE GABRIOTE E HEMOSTÁSE
 SUTURA VIO PLANO
 CURA E EXTENSÃO
 PACIENTE EM CONTROLE

ARAO S. DE ALENCAR
 CRM: 19311/RS
 RUA: 19311/RS
 19311/RS

14/10/2019 21:44:32 #5 Profissional: ARAO SANTOS DE ALENCAR

EDUARDO CAMPOS DA SILVA
 D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M
 Atend: 0260232-19 14/10/2019 11:58:00
 Conv: SMILE SAUDE Cód: 062716600
 Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
 OS TERRITORIOS NACIONAIS
 1169645281

NOME
 EDUARDO CAMPOS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR UF
 2498048 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
 040.611.384-05 22/05/1981

RENCAO
 ENOCK CAMPOS DA SILVA
 LENICE ANTONIA DA SILVA

RENCAO ACC CATEGORIA
 [] [] []

VIGENCIA 1ª EMISSAO
 [] 06/04/2006

OBSERVAÇÕES

Estado de origem do veículo
 REGISTRO DO VEICULO

DATA EMISSAO
 20/10/2015

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

02164163451
 PB031514979

DETRAN - PB (PARAIBA)

PROIBIDA PLASTIFICACAO
 1169645281



SALICIDADES DE VIA TERRESTRE COM PORÇÃO CANCELADA A PESSOA TRANSPORTADA QUANDO SEGURO DPVAT

PB Nº 0149370000001 - SEGURO DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU RESUMO DO SEGURO DPVAT PARA MAJORNACIONES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES REAIS DE COBERTURA

WWW.SeguradorAllianza.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EXERCÍCIO
2019 04/10/2019

1 130E3011450

RUA QEM4988/BB

01052621550 HONDA/NXR150 BROS ESDD

2016 9

9C2XID0810GR455314

PREMIO TARIFARIO

PMS (R\$) *****

DEBITIVA (R\$) *****

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

SEGURO

TOTAL SEM PMS SEGURO (R\$) P A G O

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUANTO 27/09/2019

SEGURODORA LÍBER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

733768-1301315-20191004

MAI-2019



DETTRAN - PB Nº 014957085621
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
 1 010945215 2019 00000000 2019
 JEFFERSON DE ARAUJO SILVA
 13053013450
 PLACA MT/UF EB PLACA 0P44958/PB
 NOVO EB 902KDD810GR459314
 E/MOTOCICLETA/NAO APLIC
 ONDA/MARCA/MODELO BROS ESDD 2016 2016
 2 P/162 /CI CATEGORIA COB PREDOMINANTE
 PARTIC VERMELHA
 COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º VENC./COTAS
 IPVA PAGO EM 00/00/0000 2º
 FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 3º
 0
 555000 P A G O 27/09/2019
 SEM RESERVA DE DOMINIO
 JURTEPRANG
 20196
 DATA 04/10/2019
 133768



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070870/20

Vítima: EDUARDO CAMPOS DA SILVA

CPF: 040.611.384-05

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 08/10/2019

Titular do CPF: EDUARDO CAMPOS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO CAMPOS DA SILVA : 040.611.384-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/02/2020
Nome: EDUARDO CAMPOS DA SILVA
CPF: 040.611.384-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

EDUARDO CAMPOS DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08037332020218152003

BRADESCO SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDUARDO CAMPOS DA SILVA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 18 de julho 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 - 20/07/2023 10:38:31
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23072010383146700000071931237>
Número do documento: 23072010383146700000071931237

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 - 20/07/2023 10:38:31
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23072010383146700000071931237>
Número do documento: 23072010383146700000071931237