



Número: **0860457-55.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BERGUISON LAMACK FERNANDES (AUTOR)		MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO) ANYELLE CIRNE ARAGAO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38405340	14/01/2021 15:53	Petição	Petição
38405343	14/01/2021 15:53	2570296_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38405344	14/01/2021 15:53	2570296_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_02	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **BERGUISON LAMACK FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180022593**

Vítima: **BERGUISON LAMACK FERNANDES**

Data do Acidente: **18/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180022593**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12232097

Pag. 00631/00632 - carta_01 - INVALIDEZ



00020316



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **BERGUISON LAMACK FERNANDES**

Sinistro: **3180022593**
Vítima: **BERGUISON LAMACK FERNANDES**
Data do Acidente: **18/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180022593** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00697/00698 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12258523



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12319705

A/C: BERGUISON LAMACK FERNANDES

Nº Sinistro: 3180022593
Vitima: BERGUISON LAMACK FERNANDES
Data do Acidente: 18/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: BERGUISON LAMACK FERNANDES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000023181-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01179/01180 - carta_15R - INVALIDEZ





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem a emissão de crédito e o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada. **COMPREV** **COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A** 05 JAN. 2018

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 e 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisa assinar no formulário no campo 2 "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

105 148.404-98

Nome completo da vítima

Berquison Lameck Fernandes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Berquison Lameck Fernandes	CPF titular da conta	105 148.404-98	Profissão	Recebe-se
Endereço	Rua Francisco Redondo e Silva,	Número	360	Complemento	
Cidade	Recemame	Estado	PB	CEP	56667-047
Telefone (DDD)					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Autorização de pagamento



Faixa de Renda Mensal e Dados Bancários

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POLIPANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)			
☒ CADA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
3467	00023181		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 18 de Dezembro de 2017

Local e Data

Berquison Lameck Fernandes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 JAN 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180022593 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERGUISON LAMACK FERNANDES **Data do acidente:** 18/05/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E POSTERIOR E LESÃO OSTEOCONDRA.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DÉFICIT DE MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO, GRAVE COM RIGIDEZ ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COM REDUÇÃO DA LUXAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES LIGAMENTARES EVOLUINDO COM DOR E DÉFICIT DE MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO, GRAVE COM RIGIDEZ ARTICULAR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL,
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
11ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00048.01.2017.1.02.011

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00048.01.2017.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:37 horas do dia 27 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélcio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Berguisson Lamack Fernandes**, CPF nº 105.148.404-98, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Supervisor, filho(a) de Norma Maria Fernandes e Pai Não Declarado, natural de Patos/PB, nascido(a) em 22/04/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Medeiros e Silva, Nº 350, complemento casa, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Parque Cow Boy, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99831-0520.

Dados do(s) Fatos:

Local: Outros, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/lócal de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/05/17 11:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 ES DE COR PRETA ANO 2011, DE PLACA MOM-8752-PB, CHASSI Nº 9C2JC4820RR012010, EM NOME DE ANTONIO MARCOS DA SILVA, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM PB 2516, DATADO DE 06/10/2017.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois da lida e achada conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 27 de novembro de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação

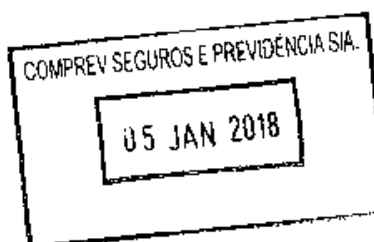
Berguisson Lamack Fernandes
BERGUISSON LAMACK FERNANDES
Noticiante



SELODIGITAL
SISTEMA DE REGISTRO E ASSINATURA
Eletrônica

1º Inst. JUDICIAL DE REGISTROS
Patos/PB, 27/11/2017 14:03:56
CPF: 105.148.404-98
CPF: 105.148.404-98

Autêntico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 29/11/2017 14:03:56
José Francisco da Silva - Escrevente
[2017-061644] EML:RS 2, 31 FAPEN:RS 0, 27 FEPJ:RS
SELO DIGITAL: AFZ16040-2017
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Procedimento Policial: 00048.01.2017.1.02.011





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 e 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Bernuison Lomack Fernandes

CPF da Vítima

105.148.404-98

Data do Acidente

18/05/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Declaração de Inexistência de IML



CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

E-mail

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPSEV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 JAN 2018

Porto Alegre, 18 de Dezembro de 2017

Local e Data

Bernuison Lomack Fernandes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

000001/0001/2017





VISTO EM: 30/05/17

Comandante do BAPH
Rafael Sabino do Nascimento Silva
TEN CEL 521.200-4

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

(ATO DECLARATÓRIO)

João Pessoa-PB, 30 de Maio de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 189/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 18/05/2017, conforme requerimento nº 180/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 11h25min da Sr(a) **BERGUISON LAMACK FERNANDES** CPF: 105.148.404-98, vítima de (colisão(carro x moto)) ocorrido na Rua do Jarro, Paratibe - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46 tendo como chefe o/a **SARGENTO BM JOSENILDO SOARES DE OLIVEIRA**, Matrícula: 518.109-7. Verificou no local que vítima era o condutor da motocicleta, consciente e orientado, possível fratura na patela. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu, **André Vieira de Souza**, SD BM Mai 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH digital a presente certidão que vai assinada por mim e pela (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Chefe da 3ª Seção

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JAN 2018



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-6751 / (83) 3216-7979 (FAX) • E-mail: caphbpb@bombeiros.pb.gov.br





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 [exclusivo para pessoas com deficiência auditiva]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernando Luis Nascimento Ribeiro inscrito (a) no CPF 813408104, 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Berfusun Lomack Fernandometen inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.148.404, 98, do sinistro de DPVAT cobertura Integridade da Vítima Berfusun Lomack Fernandometen, inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.148.404, 98, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e AT _____ Declaração Circular SUSEP 445/12

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Odineir Corrêas Pereira de Melo</u>		Número: <u>154</u>	Complemento: <u>Ap 105</u>
Bairro: <u>Jd. Oceânico</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58037-562</u>
Email: <u>fernandoribeiro1980@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD): <u>(83)998131333</u>	Telefone celular(DDD): <u>(83)981995008</u>

João Pessoa de 10 de Dezembro de 2017

Local e Data

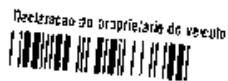
Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JAN 2018

DL0RL001 V001/2017

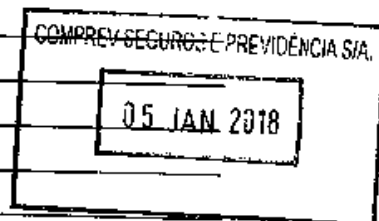




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Marcos da Silva,
RG nº 2395312, data de expedição 14/01/97,
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 032 702 724-05,
com Domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado
de P.B., onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Pedro Nolasco de Almeida
filho nº 68, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
Berquízem Damasceno Fernandes, cujo o condutor
era Berquízem Damasceno Fernandes

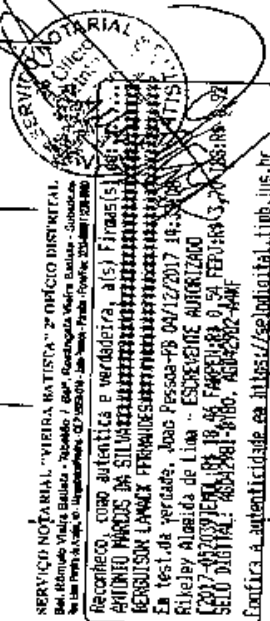
Veículo..... Motocicleta
Ano..... 2011 - 2011
Modelo..... Honda/B12 125 ES
Placa..... MOM 8752/PPB
Chassi..... 9CZJC4820BR 012010
Data do acidente.: 02-06-2017



Local e data: João Pessoa P.B. 04-12-2017

x Antônio Marcos da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

x Berquízem Damasceno Fernandes
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Documentação médica - hospitalar



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE BERGUISON LAMACK FERNANDES

DADOS DE NASCIMENTO 22/04/94

NOME DA MÃE NORMA MARIA FERNANDES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1 001.359

Nº PRONTUÁRIO 102.087

DATA DO ATENDIMENTO 18/05/17

HORA DO ATENDIMENTO 12:24

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO DO JOELHO D + TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DA PERNA + (JOELHO) + LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR

CID 10 S 83.1 + S 89.9 + M 23.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma no joelho E. com dor e deformidade e suspeita de fratura no membro inferior E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX Da coxa E - AP e P

RX do joelho E - AP e P

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JAN 2018

TRATAMENTO:

Luxação do joelho E + traumatismo do ligamento cruzado posterior ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Matheus Enomoto no 1º tempo e pelo Dr. Rafael Lara e Dr. Carlos Alberto Vieira no 2º tempo.

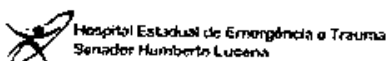
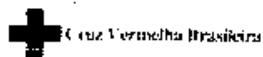
ALTA HOSPITALAR: 01/06/17

DATA DA EMISSÃO: 06/10/17

Dr. Ewerlon Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para OMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





ACOLHIMENTO, SH - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 1001359



Identificação do paciente			
ID 1171844	Nome BERGUISON LAMACK FERNANDES	Sexo Masculino	
Data de nascimento 22/04/1994	Idade 23 anos 28 dias	Estado civil Solteiro	Religião Protestante
Mãe NORMA MARIA FERNANDES	Pat NÃO DECLARADO	Responsável (Parentesco) MANOEL LEITE DE ANDRADE - TIO (A)	
Endereço	DDD Móvel 83	Fone Móvel 988346676	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3835852	Nº Cas	
Local de residência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade PATOS	CBO/R	
Endereço			
CEP 58067047	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro FRANCISCO MEDEIROS E SILVA (LOT PRO SOL)
Número 360	Complemento	Bairro GRAMAME	
Admissão			
Data e Hora 18/05/2017 12:24:16	Número da pulseira 100004681983	Convênio SUS	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 5 JAN 2018
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	Origem do paciente RUA	
Classificação de risco		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Dados clínicos	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Acid. de urato (sic). GCS: 15			
Diagnóstico Traumático ac. fechado			
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA			
Imprimir			





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAVERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente BERGUISON LAMACK FERNANDES		BAE 1001359	Data/Hora Entrada 18/05/2017 12:24:16	Data Saída
Data de nascimento 22/04/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS	Telefone da Contato (83) 986345575
Nome NORMA MARIA FERNANDES			Prontuário	
Endereço FRANCISCO MEDEIROS E SILVA (LOT PRQ SOL), 360		Bairro GRAMAME	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VINICIUS NUNES ANDRADE	Nº Cons. Regional 4661/PB	
Data/Hora Classificação 18/05/2017 12:24:16		Data/Hora Prescrição 18/05/2017 12:45:10		

Anamnese

Paciente vítima de acidente de moto, socorrido pelos BM, apresentando edema, dor e deformidade em joelho esquerdo. ABOOME, TORAX E CERVICAL SEM QUEIXAS. GCS 15.

CUIDADOS

1- ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: AVALIAÇÃO DA ORTOPEdia.)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO.)

CID10

Código	Descrição
S80.9	Traumatismo superficial não especificado da pele

Conduta

Em observação

Vinicius N. Andrade
Médico - Ortopedia
VINICIUS NUNES ANDRADE
(4661/PB)

BERGUISON LAMACK FERNANDES

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JAN 2018



SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTSN) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

CID10

Código	Descrição
S83.1	Luxação do joelho

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

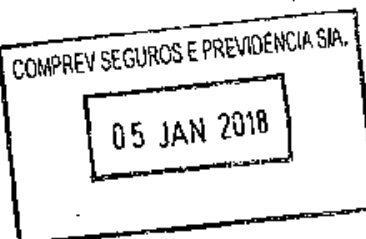
Conduta

Internar Paciente

Dr. Matheus Enomoto
CRM-PB 16204

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(10204/PB)

BERGUISON LAMACK FERNANDES





RELATÓRIO DE CIRURGIA

8

8

Nome: Berguison Laurence Farias BE/Prontuário: 1001359

Idade: Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: Data: 18/05/17

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: LR:

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de Luxação de Joelho (E)

Cirurgião: Dr. Thales 1º Assistente: Dr. Muelher (MR1)

2º Assistente: 3º Assistente:

Instrumentador: Anestesista:

Tipo de Anestesia: Peridural Horário: Início Término

Diluentes Pós-Operatório	CID
<u>0 Luxação de Joelho</u>	
<u>0 Lesão de LCP</u>	
<u>0 Causa post-traumática</u>	
<u>0 Causa post-traumática</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>0 Redução Imediata de Luxação</u>	
<u>de Joelho</u>	
<u>de Joelho com Fixação Transcutânea</u>	
<u>de Joelho com Fixação Externa</u>	

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: 35 JAN 2018

Biopsia de Congelamento: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Muelher
Médico
CRM: 1001359

João Pessoa, 18/05/17

F(NQ) ASCIR.009-1

10

Nota de Sala Cirúrgica

DE 100 1359

[illegible][illegible]



CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS

CRAZ/TERCELA
EX. 001/018

RECIBO

Período Pré-Operatório

1.1 Dados de Identificação

Nome: Burguiera Osmack Fernandes
Idade: 2300 Sexo: M BE/Prontuário: 1001359
Data da visita Pré-Operatória: 18/05/18 Hora: 15:30 Enfermaria: _____ leito: _____
Alergias: () sim () não () não sabe Quais: _____
Dor: () presente () ausente Local: _____
Sítio Cirúrgico - Passado Cirúrgico: _____
Antecedentes familiares: _____
Checar exames pré-operatório (hemograma, glicemia, SSVV, ECG e risco cirúrgico)
OBS: _____
Chegar documentos: visita pré-cirúrgica () visita pré-anestésica () Termo de autorização para procedimento cirúrgico () OBS: _____
Utilização () sim () não
Orientações: _____
() Retirar prótese e adornos
() Jejum informado
() Orientação sobre banho com clorexidina deg-1-2 horas antes da cirurgia mais higiene oral criteriosa, confortar o paciente explicando o procedimento e funcionamento do centro cirúrgico
() Realizar tricotomia
Enfermeiro/Corén(a): [Assinatura] 001/018

Período Transoperatório

Procedimento: Pro Ec de Fnat Exposta Luxação de fêmur

1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

(☒) Identidade
(☒) Sítio demarcado
(☒) Procedimento cirúrgico
(☒) Verificação de segurança anestésica
> O PACIENTE POSSUI:
Via aérea difícil/ risco de aspiração?
(☒) Não () Sim e equipamento/Aspiração disponível

concluída/avaliação pré-anestésica
(☒) Consentimento informado

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.

05 JAN. 2018

Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)?

(☒) Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos
() Reserva Hemocomponentes

> Checagem equipamentos

(☒) Monitorização (☒ Bisturi elétrico (placa + cabo) (☒ Suporte de oxigênio
(☒ Aspirador (☒ Carro de anestesia + alarmes + oxigênio e agentes inalatórios
(☒ OPME () não se aplica (☒ Realização de desinfecção na sala Nº 05
(☒ Conferir esterilização das embalagens

> ACESSO VENOSO

(☒ Periférico () ACV

1.3 Antes da incisão cirúrgica (Confirmação -Pausa Cirúrgica)

> CONFIRMAR SE A EQUIPE ESTÁ COMPLETA

(☒ Cirurgião (☒ Anestesiologista (☒ Auxiliar cirurgia
() Instrumentador/Firma (☒ Tec. RX

F(NG).ASCIR.015-1

13



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 15:53:40

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011415533771600000036624872

Número do documento: 21011415533771600000036624872

Num. 38405343 - Pág. 20



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Anestesia profunda
2. Pente e um - DDM sob anestesia
3. Amputação e Anestesia
4. Colocação de campos estéril

Incisão:

5. Redução crista da bacia
6. com auxílio de escopas
7. Fixação de fôssos
8. com + trabecula externa
9. + tração articular com a guarnição de shang
10. Sutura e em 1 hora
11. e e em 1 hora
12. e e em 1 hora

Achados:

13. com auxílio de escopas
14. curatela
15. B de controle

Conduta:

Fechamento:

Observação:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 JAN 2018

Médico/CRM:

João Pessoa,

18,05,17

F(NG).ASCIR.009-1





HET/2018

NOME DO PACIENTE: BERGUISON L. FERNANDES		DATA: 20/5/17		BE/PRONTUÁRIO: 1001359	
ESPECIALIDADE: ORTOPEdia		SETOR: HTOP POSTO 1		ENFERMARIA: 16	
PESO: 70 kg		ALERGIA: () Medicamento () Alimentar, Qual:		LEITO: 2	
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar diluente + volume + velocidade de infusão.					
MEDICAMENTO					
1	SRL 1000ML EV EM 24H	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
2	DIPIRONA 2 ML EV DE 6/6H	17	23	05	ATT
3	TILATIL 20 VO 12/12H	23	11		
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H S/N	S/N			
5	MAUSEDRONAMG + AD EV 8/8H S/N	S/N			
6	OMEPRAZOL 20MG EV 12/12H	23	05		
7	CLEXANE 400MG SC 1X DIA (21/05/17)	ATT			
8	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	17	23	05	
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)					
EVOLUÇÃO MÉDICA					
CONDIÇÃO DIÁRIA					
Assinatura do Médico Responsável Carimbo e CRM		Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF		Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF	

Hospital de Emergência e Trauma Saneador Huasteco Lincea - HETSIH,
Av. Oreglio Lisboa, s/n - Conj. Pedro Cinthia - CEP: 58011-070 - João Pessoa - PB
Telefone: 2166-5

F(NC) APC 001-2

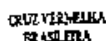


Num. 38405343 - Pág. 23

05 JAN 2018

SUS Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CDD, IBGE, MUNICÍPIO	
15 - UF				16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
IMPOL INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil 19/2018					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR					
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL					
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL					
22 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZOU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE					
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTILIZOU ☐ DIÁRIA DE UTILIZOU II ☐ DIÁRIA DE UTILIZOU III					
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
26 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
27 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
28 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
29 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
31 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
37 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
05 JAN 2018 fixador externo de femur C+ 3.5 Chato apico a broca 3.5					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO				42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
AUTORIZAÇÃO					
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
47 - DOCUMENTO				48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	





HETSH

~~COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A~~

~~5 JAN 2018~~

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8095 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TE 011 4890

João Pessoa, 30/08/17.

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





HFEETS

PRONTUÁRIO:

Associação de Médicos Paulo Ferreira do Rio
Anestesiologistas
1941-1942

[illegible]



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE		B. Esquivel e Fernandes Fernandes	
IDADE	23	PRONTUÁRIO	
CIRURGIA	Cirurgia de reparação de hernia inguinal e hérnia umbilical		
CIRURGIÃO	Dr. Rafael de Jesus		
ANESTESIA	Sedação		
ANESTESISTA	Dr. Karan		
INSTRUMENTADOR			
DATA	30/05/2019	ANESTESIA INÍCIO	5:08:00
INÍCIO DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	ASA 1 (1) ASA 2 (1) ASA 3 (1) ASA 4 (1)		
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMP (2) CONTAMINADA (3) DOCTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº12	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20	
BUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO Nº22	
CETAMINA		JELCO Nº24	
OKOPENDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	
FENTANILA	OK	PVPi DEGERMANTE	
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA	
ISOFLURANO		PVPi TÓPICO	
LEVOPUPVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	
LEVOPUPVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	
LIDOCÁINA C/ VASO		AGULHA 11x4,5	
LIDOCÁINA S/ VASO		AGULHA 25x07	
NDAZOLAN		AGULHA 25x08	
MORFINA		AGULHA 40x12	
NDABUTAM		AGULHA PERIDURAL Nº14	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº25G	
RAMFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G	
SEVOFLURANO		ALCOÓL ORTOPÉDICO	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CRISOM	
TIOPIENTAL		ATADURA GESSADA	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	
ADRENALINA		CÂNDULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	
CZFAZOLDIA		CATETER EPIDURAL Nº17	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18	
DOPRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO	
EPIEDRINA		COLET. URINA FECHADO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	
LIDOCÁINA GELÉIA		ELETRODOS	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	
PLASIL		EQUIPO TRANS. SANGUE	
PROSTOMINE		EQUIPO MICROGOTAS	
PROTAMBA		ESPONJA DE PVPi	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	
		GAZES	
		GAZES ALCOODASAS	
		JELCO Nº12	
		JELCO Nº18	
		JELCO Nº20	
		JELCO Nº22	
		JELCO Nº24	
		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	
		LÂMINA BISTURI Nº1	
		LÂMINA BISTURI Nº15	
		LÂMINA BISTURI Nº21	
		LÂMINA BISTURI Nº24	
		LÂMINA DE DERMATOLOGIA	
		LÂMINA DE EMERXERTO	
		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	
		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
		MÁSCARA CIRÚRGICA	
		MULTIPLAS	
		PERIFURADOR DE SORO	
		SCALP Nº19	
		SCALP Nº21	
		SERINGA 3ML	
		SERINGA 5ML	
		SERINGA 10ML	
		SERINGA 20ML	
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº7	
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
		SONDA NASOG. CURTA	
		SONDA NASOG. LONGA	
		SONDA URETRAL Nº	
		TORSEIRINHA	
		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
		TUBO SILICONE (LATEX)	
		PARAFUSOS CORTICAIS	
		PARAFUSOS CORTICAIS	
		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
		PARAFUSOS MALEOLAR	
		PARAFUSOS MALEOLAR	
		PLACA	
		PLACA	
		EQUIPAMENTOS	
		(1) ASPIRADOR	
		(1) BISTURI ELÉTRICO	
		(1) CAPNÓGRAFO	
		(1) CARDIOMONITOR	
		(1) DESFIBRILADOR	
		(1) FOCO AUXILIAR	
		(1) FOCO CENTRAL	
		(1) MICROSCÓPIO	
		(1) OXÍMETRO DE PULSO	
		(1) P.A. ENFIMETRO DIVASTA	
		(1) PERIFURADOR ELÉTRICO	
		(1) SERRA	
		CREDENCIADO	
		402/1002/250/100	
		98231	

COMPREV SEGUROS

05 JAN 2019





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Berguini L. Fomaster BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Interna EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Rafael Lima 1º Assistente: Dr. Carlos Alberto
2º Assistente: Dr. Tiago 3º Assistente: Dr. Spino Basso
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Raimundo
Tipo de Anestesia: Local Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Luxação do joelho direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução da luxação externa</u>	
<u>Manobra de joelho</u>	

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JAN 2018

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Tiago Martins Formiga
Osteopatia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24412 CRM-PE
TE 071144830

João Pessoa, 30/05/12

F(NQ).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

05 JAN 2018

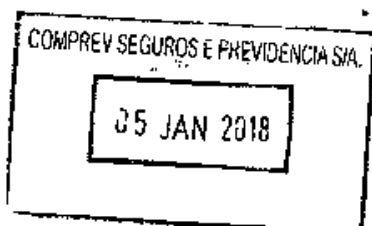


Nome: <u>BELOUSON LAMBECK FERNANDES</u>		Registro: <u>04707</u>	
Idade: <u>04/06/2017</u>	Sexo: <u>M</u>	Enf: <u>04/06/2017</u>	Letto: <u>04/06/2017</u>
Data de admissão: <u>04/06/2017</u>		Data da alta: <u>04/06/2017</u>	
Diagnóstico inicial: <u>LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO (E)</u>			
Diagnóstico final: <u>0 - LESÃO</u>			
Outros diagnósticos: <u>0 - LESÃO</u>			
Principais exames: <u>RAIO X JOELHO</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>04/06/2017 DR. PATRICK LIMA / DR. CARLOS ALBERTO</u>			
Terapia medicamentosa: <u>PARACETAMOL 500MG 3x1</u>			
Anatomia patológica: <u>JOELHO (E) 20/5/17</u>			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico: <u>X</u>			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>PRIMEIRA EVOLUÇÃO ESTÁVEL E SEM COMPLICAÇÃO</u>			
Orientações Pós Alta: <u>DR. PATRICK LIMA</u>			
Dieta: <u>Normal</u>			
Repouso: relativo em casa por <u>30</u> dias, retorno às atividades sem esforço físico em <u>60</u> dias e com maior em <u>90</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa: <u>PARACETAMOL 500MG 3x1</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em <u>06</u> de <u>12</u> para retirada de ponto em 30 dias para revisão <u>04/06/18</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS/EMPRESAS/ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



[illegible]

Documentus de ifon'itacac



Documentos de identificação



DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA DO ESTADO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome
FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES

Doc. Identific. Pessoal
14029763 SSP SP

CPF
613.407.107-49

Data Nascimento
17/03/1963

Filiação
WALDOMIRO LEITE
RODRIGUES
ZAYDE NASCIMENTO
RODRIGUES

Permissão
PERMISSÃO

Ass. em
ASS. EM

Carteira
AD

1º Registro
02493068258

Validade
03/11/2020

1ª Emissão
01/12/1984

OBSERVAÇÃO

Assinatura
ASSINATURA DO PORTADOR

Local
JOÃO PESSOA, PB

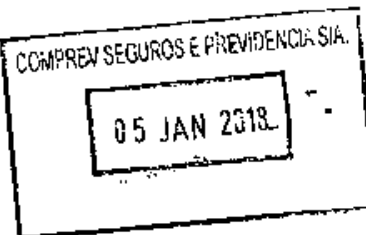
Data Emissão
04/11/2015

Assinatura do Emissor
65800953619
PB031571662

Assinatura do Emissor
ASSINATURA DO EMISSOR

VALIDA EM TODA
O TERRITÓRIO NACIONAL
1169687961

PERMISSÃO PLASTIFICADA
1169687961



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO

8210411994

VITIMA Besguison Lamart Fernando

DATA DO ACIDENTE 18/10/2017 CPF DA VITIMA 125.149.404-98

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR Frederico Medeiros e S. Lc.

Nº 380 COMPLEMENTO _____

CIDADE João Pessoa UF PB BAIRRO Caracolme

CNPJ _____

TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO BOLSA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

(X) OUTROS _____

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INVALIDEZ PERMANENTE E D&MS (ID)

DOCUMENTOS BÁSICOS - D&MS

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE E, ANEXO, LAUDO AS LESÕES SOB O ROLAMENTO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

(X) NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS E LABORATÓRIOS DE RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - D&MS

(X) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 - MORTALIDADE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (D&MS) - REEMBOLSADO ATE R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 18/12/2017

IDENTIDADE 3.833.659

ASSINATURA Besguison Lamart Fernando

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180022593 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERGUISON LAMACK FERNANDES **Data do acidente:** 18/05/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Trauma em joelho esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhar à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180022593 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERGUISON LAMACK FERNANDES **Data do acidente:** 18/05/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E POSTERIOR E LESÃO OSTEOCONDRA.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DÉFICIT DE MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO, GRAVE COM RIGIDEZ ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COM REDUÇÃO DA LUXAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES LIGAMENTARES EVOLUINDO COM DOR E DÉFICIT DE MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO, GRAVE COM RIGIDEZ ARTICULAR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

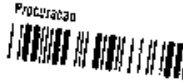
Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Benfuisson Lemack Fernandes
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Solteiro
PROFISSÃO: Supervisor **Nº DO RG:** 3833652
ORGÃO EMISSOR: SSDS/PB **DATA DE EMISSÃO:** 25/02/2010
Nº CPF: 105.194.404-98 **ENDEREÇO:** Rua Francisco Pedreira
c/ SNC, 360 - Grammaire - João Pessoa - PB

OUTORGADO: Fernando Luiz Nascimento Rodrigues
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Casado
PROFISSÃO: Corruptor **Nº DO RG:** 02493868258
ORGÃO EMISSOR: Defcom PB **DATA DE EMISSÃO:** 04/11/2015
Nº CPF: 1813402101-45 **ENDEREÇO:** Rua Ulisses Carneiro Rênc
de Melo 154 Ap101 JD. Oceanic - João Pessoa - PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Benfuisson Lemack Fernandes, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa - PB 04 de Dezembro de 20 17

Benfuisson Lemack Fernandes 
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Rua Rômulo Vieira Batista - Têxtil e Papel, Rod. Eng. Vieira Batista - Subúrbio
Baixa Vista de Lapa, 8 - Imagem/Vieira - CEP 54050-000 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 328-0881 / 328-4205

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de BENFUISSON LEMACK FERNANDES
Ea test. da verdade. João Pessoa - PB 04/12/2017 14:30:18
Rikaley Almeida de Lina - ESCRIVÃO AUTORIZADO
[2017-05/040]EML:R\$ 19,23 FAPEN:R\$ 0,27 FEPI:R\$ 1,85 ASS:R\$ 0,06
SELO DIGITAL: AGM2983-P&P
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



29



**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

Nome do(a) Examinado(a): **BERGUISON LAMACK FERNANDES** Sinistro: **3180022593** Data: **18/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Francisco Medeiros e Silva, 360 - Gramame - João Pessoa - PB - CEP 58067-047**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **3833652**

Data local do exame: [**22/01/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E POSTERIOR E LESÃO OSTEOCONDRA. A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DÉFICIT DE MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO, GRAVE COM RIGIDEZ ARTICULAR.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO COM REDUÇÃO DA LUXAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES LIGAMENTARES EVOLUINDO COM DOR E DÉFICIT DE MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO, GRAVE COM RIGIDEZ ARTICULAR.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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 (*).

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08604575520188152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **BERGUISON LAMACK FERNANDES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

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

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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

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

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



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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 21 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

