



Número: **0800277-80.2018.8.15.0091**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Taperoá**

Última distribuição : **08/06/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA (AUTOR)		RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48525828	14/09/2021 13:58	<a href="#">Petição</a>	Petição
48525829	14/09/2021 13:58	<a href="#">2643527_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03</a>	Outros Documentos
48525833	14/09/2021 13:58	<a href="#">2643527_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
48525835	14/09/2021 13:58	<a href="#">2643527_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2018

Aos Cuidados de: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Nº Sinistro: 3180127943

Vítima: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 24/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180127943**.

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 12545846

Pag. 01875/01876 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020938



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Sinistro: 3180127943

Vítima: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 24/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

**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 **3180127943** 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](http://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. 00895/00896 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12574703



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12704900

A/C: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Nº Sinistro: 3180127943  
Vitima: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA  
Data do Acidente: 24/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

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: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Valor: **R\$ 4.725,00**  
Banco: **001**  
Agência: **000000991-1**  
Conta: **000010023120-9**  
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01835/01836 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030918



**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: 3180127943  
Nome do(a) Examinado(a): Egnalda Fausto dos Santos Lima  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Geronimo, S/N 1 Andar  
Centro Teixeira PB CEP: 58735-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 2870029  
Data local do acidente: [ 24/08/2017 ]  
Data local do exame: [ 11/04/2018 ] Patos [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES MAIS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/10/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES MAIS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E DE COTO DE AMPUTAÇÃO MAIS FIXAÇÃO DE FRATURA DOS OSSOS DO MÉDIO PÉ COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER 2.0 MM. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APOS UM PERÍODO DE 8 DIAS E REALIZADA A RETIRADA DOS FIOS APOS UM PERÍODO DE 70 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 5 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. Complicações: PACIENTE APRESENTA DOR CRÔNICA E CLAUDICAÇÃO DURANTE A FASE DE APOIO. Data da Alta: 25/10/2017**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PLANTAR DE APROXIMADAMENTE 10 CM, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO DO ANTE PÉ EM 10º, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II, DOR CRÔNICA, ALÉM DE CLAUDICAÇÃO DURANTE A FASE DE APOIO, OBSERVA-SE A INEXISTÊNCIA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO DO ANTE PÉ EM 10º  
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II  
INEXISTÊNCIA DO 1º PODODÁCTILO**  
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 (\*).
- ( ) "Vítima em tratamento" ( ) "Sem sequela permanente"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias* *(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):<br><b>PÉ - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><b>1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa <b>(X) 100% completo</b> |
| Região Corporal (Sequela):<br><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                 | Região Corporal (Sequela):<br><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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. Tiago Martins Formiga**  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE LIVRAMENTO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA REGIONAL LIVRAMENTO



Nº DE ORDEM: 005/2017

Em resposta ao Requerimento do Atendimento prestado pela equipe do SAMU 192 o Sr.(a): **EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS**, Inscrito(a) no RG: 28.700.29 SSP-PB, CPF: 059.549.644-08, nascido em 04/03/1983, passamos a informar o que segue:

**ID da Ocorrência: 144**

Equipe Plantonista	Central de Regulação Médica: Médico Regulador: Dr. Marciel Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM): Jaciele e Evania Rádio Operador (RO): Paulo.	
	USB- 05 Enfermeiro: Maria Aparecida Téc. De Enfermagem: Gesildo Conductor Socorrista: Cendecias	Tempo Resposta: 05 min. Saída da Base: 10h37min. Chegada no local: 10h42min. Chegada no Hospital: 13h30min.

**TRAUMA DE CAMPINA GRANDE**

Data: 24/08/2017	Hora: 10h37min	Idade: 34 anos	Sexo: F ( X ) M ( )	Nº de Vítimas no local: DUAS
Local da Ocorrência:				
Centro		Cidade: Livramento	Apoio no Local: Não	

\*TEMPO RESPOSTA: 05 minutos.

**Tipo de Agravo (Natureza da Ocorrência)**

Trauma ( X ) Clínico ( ) Gineco-Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )	Outro:
--	--------

**Resumo da ocorrência:**

Paciente consciente, orientado, vítima de colisão moto/carro, SSVV PA: 120x90mmhg, SPO<sub>2</sub> 98%, FC 67bpm, HGT 115dl, apresentando fratura exposta com amputação do MIE (dedão completo), Após regulação foram administradas as seguintes medicações: ( Dipirona, Tenoxicam, Nausebron, Tramau + 1500 de Soro Ringer) com acesso calibroso de jelco 14, feito compressivo, paciente com Glasgow 15 encaminhado direto para o Trauma.

  
Maria Damiana Marques da Nóbrega  
Enfermeira  
COORDENADORA DO SAMU DE LIVRAMENTO

20 MAR. 2018

Assinatura do Recebedor: \_\_\_\_\_



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00991-1

CONTA: 000010023120-9

---

---

Nr. da Autenticação 99635D34389BD74A





RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA  
RUA JOSE GUERINHO DA FANGAR - CENTRO  
CEP 5873000 - TERNERIA / PB (AG. 133)



Clt/Sec: 12-0133-080-373 Referência: FEV/2018  
Medidor: 0000953981 Emissão: 19/02/2018

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
S - Centro Histórico - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.085.183/0001-60 INSC EST 16.019.523-6

Nova Fiscal/Conta de Energia Energia Nº 002.441.202  
Código para Débito Automático: 00017135252

Acreditação do Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima fatura CPM/ CNPJ/ RARF  
FEV/2018 20/02/2018 21/03/2018 6784535430

UC (Unidade Consumidora): 5/1713525-2

#### Canal de contato

- Ligar ou ligar no chamado? Para o cliente em situação de emergência, não hesite e ligue imediatamente. O seu contato é importante.  
- Cliente em situação e sempre a equipe de atendimento ao cliente estará disponível para ajudar, seja a qualquer hora, seja a qualquer lugar.  
- Serviço 24 horas.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	ETAS
Data: 19/01/18 Leitura: 6571	Data: 20/02/18 Leitura: 6577	6	146	32

Demonstrativo									
CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83
002 Consumo em kWh									
003 Consumo em kWh									
004 Consumo em kWh									
005 Consumo em kWh									
006 Consumo em kWh									
007 Consumo em kWh									
008 Consumo em kWh									
009 Consumo em kWh									
010 Consumo em kWh									
011 Consumo em kWh									
012 Consumo em kWh									
013 Consumo em kWh									
014 Consumo em kWh									
015 Consumo em kWh									
016 Consumo em kWh									
017 Consumo em kWh									
018 Consumo em kWh									
019 Consumo em kWh									
020 Consumo em kWh									
021 Consumo em kWh									
022 Consumo em kWh									
023 Consumo em kWh									
024 Consumo em kWh									
025 Consumo em kWh									
026 Consumo em kWh									
027 Consumo em kWh									
028 Consumo em kWh									
029 Consumo em kWh									
030 Consumo em kWh									
031 Consumo em kWh									
032 Consumo em kWh									
033 Consumo em kWh									
034 Consumo em kWh									
035 Consumo em kWh									
036 Consumo em kWh									
037 Consumo em kWh									
038 Consumo em kWh									
039 Consumo em kWh									
040 Consumo em kWh									
041 Consumo em kWh									
042 Consumo em kWh									
043 Consumo em kWh									
044 Consumo em kWh									
045 Consumo em kWh									
046 Consumo em kWh									
047 Consumo em kWh									
048 Consumo em kWh									
049 Consumo em kWh									
050 Consumo em kWh									
051 Consumo em kWh									
052 Consumo em kWh									
053 Consumo em kWh									
054 Consumo em kWh									
055 Consumo em kWh									
056 Consumo em kWh									
057 Consumo em kWh									
058 Consumo em kWh									
059 Consumo em kWh									
060 Consumo em kWh									
061 Consumo em kWh									
062 Consumo em kWh									
063 Consumo em kWh									
064 Consumo em kWh									
065 Consumo em kWh									
066 Consumo em kWh									
067 Consumo em kWh									
068 Consumo em kWh									
069 Consumo em kWh									
070 Consumo em kWh									
071 Consumo em kWh									
072 Consumo em kWh									
073 Consumo em kWh									
074 Consumo em kWh									
075 Consumo em kWh									
076 Consumo em kWh									
077 Consumo em kWh									
078 Consumo em kWh									
079 Consumo em kWh									
080 Consumo em kWh									
081 Consumo em kWh									
082 Consumo em kWh									
083 Consumo em kWh									
084 Consumo em kWh									
085 Consumo em kWh									
086 Consumo em kWh									
087 Consumo em kWh									
088 Consumo em kWh									
089 Consumo em kWh									
090 Consumo em kWh									
091 Consumo em kWh									
092 Consumo em kWh									
093 Consumo em kWh									
094 Consumo em kWh									
095 Consumo em kWh									
096 Consumo em kWh									
097 Consumo em kWh									
098 Consumo em kWh									
099 Consumo em kWh									
100 Consumo em kWh									

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001 Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29,34	146,30	1,20	5,83

CD	Descrição	Quantidade	Valor Total Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
001	Consumo em kWh	146	2,74 (0,00)	146,30	146,30	27	29			



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Germano Lino M. Almeida inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.845.354, 30 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EGNALOA FAUSTO DOS SANTOS LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.549.644, 08 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGNALOA FAUSTO DOS SANTOS LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.549.644, 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA Renda: RECUSA e apresento os documentos comprobatórios: RECUSA

☒ 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 José Geronimo</u>		Número <u>23</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>TERESIA</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>58735-000</u>
Email <u>RECUSA</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99958-2737</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99958-2737</u>	

TERESIA-PA, 26 de FEVEREIRO de 2018  
Local e Data

20 MAR. 2018

Germano Lino M. Almeida  
Assinatura do Declarante

DL0RL-001 V001/2017





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EGNALDO FAUSTO,  
RG nº 2870 003, data de expedição 06 / 04 / 2003,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 062.584.054-28, com  
domicílio na cidade de LIVRAMENTO, no Estado de  
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA RAIMUNDO GAUDINO DE SOUSA, nº S/N,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA, cujo o condutor era  
EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 350 TITAN K3

Ano: 2005

Placa: MMY 0302/PB

Chassi: 9C2K0C08A0SR088317

Data do Acidente: 24.08.2017

Local e Data: Teixeira - PB, 16 de Fevereiro de 2018

FIRMA

Assinatura do Declarante

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

**AVASTI ROCHA**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de:  
EGNALDO FAUSTO  
Em test. da verdade, Teixeira-PB 16/02/2018, 11:49:05  
Mayana Maria Nunes Torres - Escrevente  
(2018-000594)EML:RS-X9-48 FAPCH:RS-0-20 FERTY:1-10  
SELO DIGITAL: AGL00129-0024  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



DOCUMENTO ORIGINAL

20 MAR. 2018





ESTADO DA PARAÍBA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TEIXEIRA**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Sr.(a) Atestado médico.

Atesto para os devidos  
fins que a Sr<sup>a</sup> Equilda  
Francis dos Santos Lima,  
agricultora, 34 anos, vítima  
de acidente de moto, a  
menor apontou sequelas  
fraturas do tornozelo exp<sup>to</sup>  
e amputação de dedo  
da perna E. CID 10 S-99+  
N826.

Teixeira, 26-02  
2018

Maria da Salete de Lucena Batista  
CRM-PB 2129 - CPF 137.081.894-91  
SUS 732404518065322

MÉDICO - CRM



20 MAR. 2018







Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Egualdo Fausto dos Santos Lima			Idade:	34
Convênio:	SUS			DN:	09-03-1983
Procedimento:	Fratura exposta do pé + amputação de D.D.			Data:	24/08/17
Cirurgião:	Dr. Eudimam + Auxiliar Dr. Otávio			Anestesista:	Dr. Wanderley
Início:	16:30			Término:	17:35
				Anestesia	Raque

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Condição
14:35	110 x 75	65	95%	Lucineide	+	Conhecida
18:00	145 x 107	105	95%	Madalene	+	Conhecida
20:00	110 x 68	106	99%	Laise Albuquerque de Almeida	+	Conhecida
21:00	125 x 69	88	99%	ENFERMEIRA	+	Conhecida
23:00	136 x 66	86 bpm	97%	COREN-PA 306.355	+	Conhecida
01:00	129 x 75	100	96%	(Assinatura)	+	Conhecida
03:45	131 x 76	102	95%	(Assinatura)	+	Conhecida
3h.25	121 x 75	97	98%	Salvina	+	Conhecida
05h	150 x 76	91	99%	Madalene	+	Conhecida
07:50	116 x 65 cm x	100 bpm	99%	Anne Karine de Almeida	+	Conhecida
				ENFERMEIRA		
				COREN/PA 303.727		

[illegible]

**Observações:**

- Despiques de 750 ml de dióxido de carbono.

- Administração das medicações de rotina.

07:50 - Paciente consciente, orientado, eupneico. em O<sub>2</sub> ambiente, apresentando sinais vitais normais. Permeiações perfeitas em H.S.D. em Anestesia, com oximetria em N.I. E (pe) local da cirurgia, limpo. Segue nos cuidados da equipe.

- Realizado novo vaso perfurado - N.S.F.

08:30 Acta SRA

Assinatura Anestesiologista

Laise Albuquerque de Almeida  
ENFERMEIRA  
COREN-PA 303.355

### Relatório de Operação

MOD. 103





Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) $\leq 3$ segundos; ( ) $>3$ segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	Precordialgia ( )
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:	Data da punção: 28/08/77
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	11/22
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> JVO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora:	Data: / /
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros:	Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica	Turgor da pele: ( ) Preservado
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas	Manifestações de sede: ( )
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: 11/22	Curativo em: 28/08/77
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: ( ) Estágio:	Local: Descrição: Curativo: / /
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória	Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória.
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	Deambula C/ apoio.
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: Católica	<input checked="" type="checkbox"/> Praticante ( ) Não praticante. Observações:
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Paciente atendida aguardando exames e sem queixas no momento, segue sob cuidados da equipe.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 20 MAR. 2018	
Renete Silva Luciano Enfermeiro COHEN-PB 337480	DATA: 29/08/77 HORA: 8:00 h

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Colaboração por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Samuel Augusto dos Santos Registro: 31000 Leito: 2-4 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 38,9 °C; P: 72 bpm; FR: 12 irpm; PA: 120/70 mmHg; FC: 79 bpm; SPO2: 97 %

HGT: 1,70 m; Peso: 70 Kg; Altura: 1,70 cm Dor: ( ) Local: 0 Obs.: 0

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia): 0

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: 0

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs: 0

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % 21 l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº 0 Comissura labial nº 0 FIO2 % 21 PEEP cmH2O 0

(X) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros: 0

Ausculata pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros: 0

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto: 0

Aspiração: Quantidade e aspecto: 0 Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água: 0

Data da inserção do dreno 20/03/2018 / 14 / 14 Aspecto da drenagem torácica: 0

Gasometria arterial: PH 7,38 PCO2 30 PO2 100 HCO3 20 EB 0 SpO2 97 Data: 20 / 03 / 2018 Hora: 14

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação: 0

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observação: 0

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

20 MAR. 2018





**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

Assinatura do anestesista

20 MAR. 2018



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECC</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <u>Ernaldo Fauto do S. Lima</u>			IDADE	SEXO <u>F</u> COR
DATA <u>24-08-17</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSÕES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____
LÍQUIDOS						MANUTENÇÃO
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						
POSIÇÃO						
AGENTES	<u>Nisid-10mg + Dumaz-10mg + Propofol-20mg + Talot-20mg + Difen-20mg</u>					
TÉCNICA	<u>Rapido</u>					CÂNULAS
OPERAÇÃO						
CIRURGIÕES	<u>E. Indimar</u>					
ANESTESISTAS	<u>Wanderley - Du</u>					
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA	

MOD. 066

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Ednaldo Fauto dos Santos</b> 34-03-1983					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAIBA
			34	1492502	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CIRURGIA: <b>Fratura exposta do pé 1. Aputação do Dedo 2. Debridamento</b>			CIRURGIÃO: <b>Du Wanda</b>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
ANESTESIA: <b>Raqui</b>			ANESTESIA: <b>Du Wanda</b>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
		24-08-17	16:30	17:30	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Calel. p/ Órg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Medicina 02% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Pavulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protóxido l/m		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Thionembutal ml		H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	05	Mononylon 2.0 ..
	Tracrium amp.		Intracath Adulto		Mononylon
			Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
02	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
01	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix
02	Flebotomida amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Glicose amp.		Luvas 8.5		
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio l/m		
	Haemacel ml.		Poliflix		
	Heparema ml.		PVPI Degemante ml		
	Kanaxion amp.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Lasix amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Medrotinazol.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Prolamina		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml	08	SG F 500 ml para muna
	Stuplanon amp.		Sonda		
	Cefalotina 1g		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
			Sonda Nasogátrica		02 Fio de lenda 2.0
			Sonda Uretral nº		
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 12		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Latese		
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha p/ raque nº 25				
01	Alcool de Enfermagem 40%				
	Alcool Iodado ml				
04	Ataduras de Crepon 15				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso	(X) Fio Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxímetro
(X) Fio Frontal fixo	(X) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
 Vanda Luc...  
 TÊC. DE EN...  
 COREN - PE 103.72

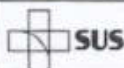
20 MAR. 2018











Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO 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 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

20 MAR. 2018

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DE SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS

( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DE SOLICITAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS

( ) CPF

MOD. 017





**RESUMO DE ALTA**  
**( REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA )**

NOME:	DN:	PRONT. Nº:
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO:	ALTA:	

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

2. Resultado dos principais exames

3. Evolução e complicações

4. Terapêutica realizada

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

20 MAR. 2018

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Responsável pelo resumo

MOD. 034





21-08-14 12:30 14:30 17:30  
 Dr. Wanderley  
 (Advogado) - (Advogado) - (Advogado)  
 31-11-2017  
 21-08-14 12:30 14:30 17:30

01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10.  
 01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10.  
 01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10.  
 01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10.

20 MAR. 2018


08 f. 08 f. 08 f.  
 08 f. 08 f. 08 f.

01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10.  
 01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10.

01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10.  
 01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10.

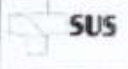


Data de internação: 24/08/2017 Hora: 13:57:07

 <b>Sistema Único da Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				<b>2 - CNES</b>	
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				<b>4 - CNES</b> 2362856	
<b>Identificação do Paciente</b>					
<b>6 - NOME DO PACIENTE</b> EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA				<b>5 - Nº DO PRONTUÁRIO</b> 1492530	
<b>7 - CARTÃO DO SUS</b> 709802072971994		<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b> 04/03/1983		<b>9 - SEXO</b> Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b> ESPEDITA JOANA FAUSTA				<b>11 - TELEFONE DE CONTATO DO</b> 83	
<b>12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</b> CECILIA GENEBRA, 0, SANTA TEREZINHA					
<b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b> Livramento		<b>14 - CÓDIGO MUNICIPAL</b> 250850		<b>15 - UF</b> PB	
				<b>16 - CEP</b> 58690000	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
<b>7 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> AC MOTO Grande lesão na perna (E)					
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> Trauma					
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b> Não					
<b>20 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b> fratura		<b>21 - CID 10 PRINCIPAL</b>		<b>22 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>	
				<b>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> fratura				<b>25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	
<b>26 - CLÍNICA</b> 02		<b>27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b> 02		<b>28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF</b> 980016282270869	
<b>29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> ELDIMAN SOARES DE ARAUJO		<b>30 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b> 24/08/2017		<b>31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>					
<b>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>		<b>36 - CNPJ DA SEGURADORA</b>		<b>37 - Nº DO BILHETE</b>	
<b>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>				<b>38 - SÉRIE</b>	
<b>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>		<b>39 - CNPJ EMPRESA</b>		<b>40 - CATEGORIA DA EMPRESA</b>	
				<b>41 - CBO</b>	
<b>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b> ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
<b>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>44 - COD. ORGÃO EMISSOR</b>		<b>45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>46 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF</b>		<b>47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>			
<b>48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b> 20 MAR 2018		<b>49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>			



Data de Emissão: 24/08/2017 Hora: 13:57:07

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE EGINALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1492530	
7 - CARTÃO DO SUS 709802072971994		8 - DATA DE NASCIMENTO 04/03/1983	
9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ESPEDITA JOANA FAUSTA		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº 16 TELEFONE 83	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) CECILIA GENEBRA, 0, SANTA TEREZINHA			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Livramento		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250850	15 - UF PB
		16 - CEP 58690000	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b> 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Ac 1492530 Gripe (SND) p. 10			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Hto (SND)			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exa			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Exa			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 26 - CLÍNICA 27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02			
28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF 980016282270869		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016282270869	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ELDIMAN SOARES DE ARAUJO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/08/2017	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b> 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNPJ DA EMPRESA 41 - CBOR 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APSCENTADO ( ) NÃO SEGUADO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b> 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ORGÃO EMISSOR 45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 20 MAR. 2018 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			







**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <b>IGNACIO TAUSTO DOS SANTOS LIMA</b>		Nº Prontuário	
Data da Operação <b>24/08/12</b>	Enf.	Leito	
Operador <b>DR. STÁVIO FERREIRA</b>		1º Auxiliar <b>DR. ELIO MARIN</b>	
2º Auxiliar <b>---</b>	3º Auxiliar <b>---</b>	Instrumentador <b>---</b>	
Anestesia <b>DR. WANDERLEY</b>	Tipo de Anestesia <b>NGU</b>		
Diagnóstico Pré-Operatório <b>TUM. EXCIST. DE GL (E)</b>			
Tipo de Operação <b>LNC + DESBENEFICIAMENTO + FIMOS COM F.O (H) +</b>			
Diagnóstico Pós-Operatório <b>NEOPLASIA DO COTO DE AMPUTAÇÃO</b>			
Relatório Imediato da Patologia <b>2. TUM. EXCIST. DE OSSO DO GL (E)</b>			
Exame Radiológico no Ato <b>SIM</b>			
Acidente Durante a Operação <b>NÃO</b>			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral
1. Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral
2. Primeira cirurgia - e sutura
3. Colocação dos Campos Cirúrgicos
4. LNC excisional com 2/0 e 3/0
5. Neoplasia do Coto de Amputação do Halux (E)
6. Flap de pele + pele com 2/0 e 3/0 de sutura de 2/3 = 1/3 = MTT (E)
7. Nova LNC
8. Sutura por planos
9. Curativos estéril.
20 MAR. 2018
Dr. Stávio Ferreira Jr. CRM-PB 1003

Mod. 018

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
27/08	9:00				138/80		foi realizado os cuidados de enfermagem e realizado o curativo e tirando a foto <u>up</u>	
27/08	22:00						Paciente acordou e iniciou a medicação oral prescrita, medicação de que não queixa no momento por estar dormindo e a equipe de enfermagem	

20 MAR. 2018







GOVERNO  
DA PARAÍBA

20 MAR 2018

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

## Ficha de Acolhimento

Nome:	Esmalda Fount dos Santos Lima		
End:	Rua Genesio		
Data de Nascimento:	04.03.83	Documento de Identificação:	Bairro: STS Teixeira
Queixa:	doe mto	Data do Atend: 24.08.17	Hora: 12:55 Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim ( ) Não		

## Classificação de Risco

Nível de consciência:	( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	( ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação:	( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca		

## Estratificação

*linhas*  
☒ Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional



20 MAR. 2018

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
13 109 1 2017  
ASS. SUELIO MOREIRA TORRES.



20 MAR. 2018

Núcleo de Segurança do Paciente  
TRAUMA - CC

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶ *Sueli da Paqueta do Santo Lima* IDADE: *34*

PRONTUÁRIO: *1492502*

ENTRADA

PAUSA CIRÚRGICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA SAÍDA

☒ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍMIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍMIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☒ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

☒ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

*NÃO*

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

*NÃO*

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL  
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML  
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

*NÃO*

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PROTETES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

*SIM*

NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

*SIM*

NÃO SE APLICA

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO *NÃO*

☒ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

☐ BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE *NÃO*

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

*Wanda Lúcia R. Medeiros*  
TÉC. DE ENFERMAGEM  
COREN-PA 703.722

*+ Sueli da Paqueta*







# Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex. Exp. q. Angustia Intensiva  
de Natureza (E)  
Ex. MT (E)

Paciente	Camila Farias dos Santos	Alojamento	8	Leito	4	Convênio	
----------	--------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/3	1) Dente LVR		
	2) SC 0.75 + 1500 ml EV p/ 24h		206, 206, 206. 20 MAR 2018
	3) Leptinopona 1g + ASG EV 12/12h		700: Boa evolução
	4) Gafar 240 ml + ASG EV 12/12h		col: Vm + ASG com
	5) Digipura 1g + ASG EV 6/6h		Aquele disponível
	6) Paracetamol 1g + 100 ml SC EV 6/6h		pt alta
	7) Paracetamol 1g + ASG EV 6/6h		
	8) Amoxicilina 1g		
	9) Siver 1000		

SUELIO MOREIRA TORRES  
14/09/2021 13:58:34  
CNPJ 07.093.828/0001-90

SUELIO MOREIRA TORRES  
14/09/2021 13:58:34  
CNPJ 07.093.828/0001-90



GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

## Diagnóstico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

Fernando - 15.4.2018

Arp. Hóster @  
1x por dia @

### Prescrição Médica

### Horário

### Evolução Médica

21

Dieta 300, 2160 a. d. v. c.

20

3450, 3450 a. d. v. c.

Suplemento 14:14 6.14.14

Suplemento 14:14 6.14.14

Suplemento 14:14 6.14.14

Suplemento 14:14 6.14.14

Suplemento 14:14 6.14.14

Suplemento 14:14 6.14.14

20 MAR 2018

0102 MAR 02

Dr. Danilo Ferreira  
Médico

Reg. com volume  
1.500 a. d. v. c.

24/09/2017

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo

Exatidão com o exame

Exame de p.c.

Exame de p.c.

Exame de p.c.

Exame

Exame de p.c.

Exame de p.c.

1. Exatidão 29 em exame  
2. 3 em exame  
3. Exatidão  
4. 00 em exame

DESTINO DO PACIENTE / / / as : / / hs.

( ) Centro cirúrgico

( ) Internação (setor)

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CEO

IDADE

20 MAR. 2018





OK

Evento	Ampliação hex. + part.
Evolução Médica	

CRM-PS 95

Data: 28.08.2017 Hora PA: 08:00 120x80

Receinte: 20 MAR 2018

Receinte: 20 MAR 2018

Ana Rita Ricardo da Silva  
Téc. Enfermagem  
COREN-PA 432.154

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2021 13:58:34

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2021 13:58:34

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2021 13:58:34

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2021 13:58:34

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2021 13:58:34

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2021 13:58:34

Data Hora PA: Paciente Suelio exiente orientado  
26.08.17 08:00 140x80. Medigado curativo M.S.E. e M.C.P.O.

Ana Rita Ricardo da Silva  
Téc. Enfermagem  
COREN-PB 432.154

20 MAR. 2018





## DIAGNÓSTICO

6/11/16 p. 2. 5777 del 5.2-105

Leito	7
-------	---

### Convênio

44

[illegible]

20 MAR. 2019





GOVERNO  
DA PARÁ

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

Diagnóstico

ORTOPE 1A.2  
LEITE 2-4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente **EGNATDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA, 34**

Alojamento **2**

Leito **4**

Convênio

FX HÁLUX + MTT E  
Exposita

LEITO 2-4

Prescrição Médica

Data **21/03**

1 DIETA LIVRE  
2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H  
3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H  
4 GENTAMICINA 80MG + SF EV 8/8H  
5 DIFENIDRAMINA 10MG + ABD EV 6/6H  
6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN  
7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM  
8 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN  
9 CLEXANE 40MG SC 1x/DIA  
10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H  
11 CURATIVO 1x/DIA  
12 SSV+CCGG  
13  
14  
15

Horário

3º DIA

Evolução Médica

BEG, AS DAVEL, SI QUAXA.

divul (+) vac (+).

cd. vpry

op4

20 MAR 2018

Yamile Nelly Gonçalves  
Sec. de Emergência e Trauma  
CRM-PA 10807





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

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITORIOS NACIONAIS

1280588760

NOME  
EDSON CASSIO MAIA OLIVEIRA

DOC. IDENTIFIC. - DATA EMISSAO DE  
3199470 227 PB

CNPJ  
067.845.354-30 DATA NASCIMENTO  
04/03/1984

FUNCAO  
JOSE DO EGITO OLIVEIRA  
APARECIDA  
MARIA ELIENE SANTOS  
MAIA

FUNCAO  
RACIA  
COR  
PILHA

1º REGISTRO  
01763659169

VALIDADE  
21/03/2021

2º REGISTRO  
09/01/2006

1280588760

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
FATOS, PB

DATA EXPIRACAO  
07/04/2016

68652678102  
7903222178

DETRAN - RJ (PARTE B)

20 MAR 2018



20 MAR 2018

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>	
<b>DETRAN - PB</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO</b> VIA - COD RENAVAM: 20112400004355-2 EXERCÍCIO: 2011	<b>Nº 9167845644</b> <b>3346653145</b> <b>PKT 20112400004355-2</b> VIA - COD RENAVAM: 20112400004355-2 EXERCÍCIO: 2011
<b>EGNALDO FAUSTO</b> SITIO CATOLE DA PISTA SN 58735000 TEIXEIRA-PB	<b>EGNALDO FAUSTO</b> SITIO CATOLE DA PISTA SN 58735000 TEIXEIRA-PB
<b>06258405428</b> OFICINA	<b>06258405428</b> OFICINA
<b>FLAVIO BRAGA PONCE</b> PLACA ANTERIOR	<b>FLAVIO BRAGA PONCE</b> PLACA ANTERIOR
<b>NOVO</b> PLACA ANTERIOR	<b>NOVO</b> PLACA ANTERIOR
<b>PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC</b> MARCA/MODELO	<b>PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC</b> MARCA/MODELO
<b>HONDA/CG 150 TITAN KS</b> CAP/MOT/CIL	<b>HONDA/CG 150 TITAN KS</b> CAP/MOT/CIL
<b>2 P/149 /CI</b> CATEGORIA	<b>2 P/149 /CI</b> CATEGORIA
<b>SEM RESERVA DE DOMINIO</b> OBSERVAÇÕES	<b>SEM RESERVA DE DOMINIO</b> OBSERVAÇÕES
<b>DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA</b> N. Motor : KC08E15088317	<b>DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA</b> N. Motor : KC08E15088317
<b>TEIXEIRA PB</b> LOCAL	<b>TEIXEIRA PB</b> LOCAL
<b>40886</b> DATA	<b>40886</b> DATA
<b>16/09/2011</b> DATA	<b>16/09/2011</b> DATA
<b>31054</b> DATA	<b>31054</b> DATA

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>	
<b>DETRAN - PB</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b> VIA - COD RENAVAM: 20112400004355-2 EXERCÍCIO: 2011	<b>Nº 9167845644</b> <b>3346653145</b> <b>PKT 20112400004355-2</b> VIA - COD RENAVAM: 20112400004355-2 EXERCÍCIO: 2011
<b>EGNALDO FAUSTO</b> SITIO CATOLE DA PISTA SN 58735000 TEIXEIRA-PB	<b>EGNALDO FAUSTO</b> SITIO CATOLE DA PISTA SN 58735000 TEIXEIRA-PB
<b>06258405428</b> OFICINA	<b>06258405428</b> OFICINA
<b>FLAVIO BRAGA PONCE</b> PLACA ANTERIOR	<b>FLAVIO BRAGA PONCE</b> PLACA ANTERIOR
<b>NOVO</b> PLACA ANTERIOR	<b>NOVO</b> PLACA ANTERIOR
<b>PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC</b> MARCA/MODELO	<b>PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC</b> MARCA/MODELO
<b>HONDA/CG 150 TITAN KS</b> CAP/MOT/CIL	<b>HONDA/CG 150 TITAN KS</b> CAP/MOT/CIL
<b>2 P/149 /CI</b> CATEGORIA	<b>2 P/149 /CI</b> CATEGORIA
<b>SEM RESERVA DE DOMINIO</b> OBSERVAÇÕES	<b>SEM RESERVA DE DOMINIO</b> OBSERVAÇÕES
<b>DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA</b> N. Motor : KC08E15088317	<b>DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA</b> N. Motor : KC08E15088317
<b>TEIXEIRA PB</b> LOCAL	<b>TEIXEIRA PB</b> LOCAL
<b>40886</b> DATA	<b>40886</b> DATA
<b>16/09/2011</b> DATA	<b>16/09/2011</b> DATA
<b>31054</b> DATA	<b>31054</b> DATA





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2021 13:58:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091413583309200000046061220>

Número do documento: 21091413583309200000046061220

Num. 48525829 - Pág. 41

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>		DETRAN - PB N° 9167845644 3346653145
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO PKT 20112400004355-2		
V/A 1	CDD RELIQUA 84689887-0	RNTIC 00/00000000
EGNALDO FAUSTO SITIO CATOLE DA PISTA SN 58735000 TELXEIRA-PB		
CDD/CMU 06258405428	PLACA MMY0802/PB	
FLAVIO BRAGA PONE NOME ANTERIOR		
PLACA ANT/UF NOVO PB	GRASSI 9C2KC08105R088317	COMBUSTIVEL GASOLINA
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS	ANO FAB-1 2005
CAP/POZ OIL 2 P/149 /CI	CATEGORIA PARTIC	CCR PREDOMINANTE VERMELHA
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBSERVAÇÕES		
DO-OMNIO VALIDO-OMNIO DATA TRANSFERENCIA N.Motor : KC08E15088317 0		
TELXEIRA PB 40886	LOCAL 	DATA 16/09/2011

DETRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 9167845644

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD RENAVEN - 20112400004355 - EXERCÍCIO

1	84689887-0	00/00000000	2011
---	------------	-------------	------

NOME

EGNALDO FAUSTO

06258405428	PLACA	MMYQ802/PB
-------------	-------	------------

NOVO	PB	9C2KC08105R088317
------	----	-------------------

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 TITAN KS

2 P/149 /CI	CATEGORIA	PARTIC
-------------	-----------	--------

COTA ÚNICA

1º 10/08/2011

2º

3º

PREMIO TARIÁRIO (R\$) - 10% (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

30/08/2011

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE FORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

DATA

16/09/2011

PLACA

40886

31054



**PARECER DE PERÍCIA MÉDICA****DADOS DO SINISTRO**

**Número:** 3180127943 **Cidade:** Livramento **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/08/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON  
LIMA SEGUROS E PREV. S/A

**PARECER**

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES MAIS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PLANTAR DE APROXIMADAMENTE 10 CM, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO DO ANTE PÉ EM 10º, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II, DOR CRÔNICA, ALÉM DE CLAUDICAÇÃO DURANTE A FASE DE APOIO, OBSERVA-SE A INEXISTÊNCIA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/10/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES MAIS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E DE COTO DE AMPUTAÇÃO MAIS FIXAÇÃO DE FRATURA DOS OSSOS DO MÉDIO PÉ COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER 2.0 MM, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 8 DIAS E REALIZADA A RETIRADA DOS FIOS APÓS UM PERÍODO DE 70 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 5 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM PÉ ESQUERDO E DE FORMA COMPLETA EM 1 PODODÁCTILO ESQUERDO. COMPLICAÇÕES: PACIENTE APRESENTA DOR CRÔNICA E CLAUDICAÇÃO DURANTE A FASE DE APOIO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA TOTAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO. LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Tiago Martins Formiga

**CRM do médico:** 8085

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180127943 **Cidade:** Livramento **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/08/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON  
LIMA SEGUROS E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 27/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PE ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DO HALUX

**Sequelas permanentes:** AMPUTAÇÃO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** HÁLUX 100% PERDA ANATÔMICA

**Documentos complementares:**

**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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/04/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

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

CLIENTE: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00991-1

CONTA: 000010023120-9

---

---

Nr. da Autenticação 99635D34389BD74A





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

Processo n.º 08002778020188150091

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, 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,

TAPEROA, 10 de setembro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2021 13:58:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091413583535200000046061725>  
Número do documento: 21091413583535200000046061725