



Número: **0800248-05.2017.8.15.0531**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA (AUTOR)		JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35620172	19/10/2020 12:30	Petição	Petição
35620181	19/10/2020 12:30	2662196_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
35620185	19/10/2020 12:30	2662196_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11587312

A/C: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170469905 ASL-0333120/17

Vítima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Data Acidente: 23/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00905/00906 - carta_03



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA**

Sinistro: **3170469905**

Vítima: **HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA**

Data do Acidente: **23/09/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

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 3170469905** 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. 00647/00648 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12127392



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12194800

A/C: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Nº Sinistro: 3170469905
Vitima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA
Data do Acidente: 23/09/2016
Cobertura: INVALIDEZ

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: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000037200-7

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 membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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. 01461/01462 - carta_15R - INVALIDEZ

00020731





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, HELIO TARDIEL DE MEDeiros e SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.949.332

EXPEDIDO POR

SSDPVATEM 25/03/17 ECPF 714848484-70 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA HELIO TARDIEL DE MEDeiros e SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colado, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0732 N° da CONTA (com dígito, se existir) 37800-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

VISTA SEMANA-03, 04 de AGOSTO de 2017

LOCAL E DATA

Helio Tardiel de medeiros e Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 12:30:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101912301586600000034024748>

Número do documento: 20101912301586600000034024748



SEGURODEVIDA LIDER OPUNT 5 E 21/09/2017 09:25 - 00000213622





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 36/2017

Aos **TRES (03) dias** do mês de **MAIO** do ano de **DOIS MIL E DEZESSETE (2017)**, nesta cidade de Malta/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, na presença da Autoridade Policial, **BEL JOSÉ EDSON PEDROZA MONTEIRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, e na ausência de Escrivão de Polícia, ao final assinado. Ai, por volta das 10h:30min, compareceu: **HÉLIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA**, brasileiro, natural de Patos-PB, nascido aos 20/07/1995, com 21 anos de idade, solteiro, agricultor, filho de Hélio Gomes da Silva e Maria de Fátima Gomes de Medeiros, residente na Rua José Arquilino de Farias, 223, Centro, Vista Serrana/PB, RG. Nº 3.949.332 - SSP/PB, fone: 98116-6627. A fim de prestar a seguinte queixa: **Que, na noite do dia 23/09/2016 o declarante vinha da cidade de Malta para Vista Serrana e ao passar pelo sítio São Francisco conduzindo uma motocicleta Honda CB 600 F HORNET, cor amarela, ano 2009, placa BWX-8256, chassi 9C2PC42009R000651, renavam 00147244099, e na garupa da moto vinha a pessoa de LUANA GOMES DE ARAÚJO; QUE, ao chegar na Serra na altura do açude do curtume, se encandeou com o farol de Neon de uma outra moto que vinha no sentido contrário, bateram de frente e com o impacto em que perdeu o controle da moto e veio a cair na pista de rolamento; QUE, foram socorridos pela ambulância do SAMU para o Hospital Regional de Patos-PB, onde foi feita cirurgia no joelho, fêmur e mão esquerda; QUE, na outra moto trafegava a pessoa conhecida por JOSENILDO DO NASCIMENTO; QUE, a mulher de nome LUANA GOMES DE ARAÚJO, brasileira, natural de Patos-PB, nascido aos 25/09/1990, com 26 anos de idade, solteira, filha de Carlos Antonio de Araújo Noberto e Marilêide Gomes de Medeiros, residente na Rua por trás do Forum de Malta/PB, RG. Nº 3.772.420 - SSP/PB, sofreu fratura no joelho e fêmur esquerdo e que ela e o notificante passaram cerca de 25 dias internados; QUE, no hospital JOSINALDO que sofreu fratura no osso de fêmur e pé esquerdo ficou na mesma enfermaria do notificante; QUE, notificante não possui CNH e a moto que trafegava estar licenciada em nome LÁZARO RODRIGUES DE SOUZA. E nada mais havendo a constar encerro o presente Boletim que, lido e achado, conforme, vai devidamente datada e assinado por este agente de investigação, pela ausência de escrivão, que o digitei. O Referido é verdade. Dou fé.**

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Hélio Jardel de Medeiros e Silva

OBS: A presente CERTIDÃO não substitui o(s) documento(s) original (is), tem como finalidade apenas a obtenção da 2ª via do(s) documento(s) junto ao(s) órgão(s) competente(s), com validade de 30 dias

Malta-PB, 03 de maio de 2017

APC - ÂNGELO GUEDES PALMEIRA GOMES
VAT 137.328-5

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Tit: JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Sub: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA

A presente fotocópia, conferida com o original exibido nestas Notas. Dou fé.
POMBAL-Paraíba, 03/05/2017

Selo Digital de Verificação Tipo Normal C-AFD33342-ET4F
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
[EAB-2.77][FA 0.27][SS 0.14][TT 3.04]

Joana D'arc E. de Queiroga
Tabeliã Pública
CPF: 675.687.694-53

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL
MALTA - PB
03/05/2017 09:26 - 00000213804



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE



Eu, HELIO GARDOL DE MEDEIROS E SILVA, portador da carteira de identidade nº 3.949.332 SSOS 1.003 e inscrito no CPF/MF sob o nº 714.848.484-70, residente e domiciliado na Rua JOSE AQUILINO DE FARIAS, 223 CENTRO, VISTA SERRANA - PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido 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 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 aferição 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Helio Gardol de medeiros e Silva

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

VISTA SERRANA - PB, 04 de AGOSTO de 20 17.

SEGURADORA LÍDER DPVAT 5 & 21/08/2017 09:25 - 180002131816



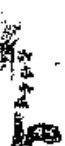


PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAM

SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VITAL



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA: 23/09/16	OCORRÊNCIA Nº: 0321	PACIENTE / USUÁRIO: Fidel, Riles, medeiros	IDADE: 44	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 153 - Juazeiro	Bairro: BR	MÉDICO REGULADOR: Jairo		
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
OTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/ISOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUECA: _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input checked="" type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP RESPONSÁVEL: Bruno Nogueira Farias FUNÇÃO: Cirurgião

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES ☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Lesões moto x moto. Ferimento exposto em Joelho 15 e mão 15.

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
P.A.: 120 x 90 FC: 93 TEMP: _____ °C GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 98% SpO2u/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☒ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Distúrbio Autonômico ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☒ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Mado ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Rotação Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

SMM Imobilização de membro + imobilização em prancha rígida + uso de colar cervical + remessa ao HRP.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Após exame do USBCS a vítima de acidente moto x moto, 44 anos, (homem) 15, supino, apresentando ferimento exposto em Joelho 15 e mão 15. Realizada imobilização de membro afetado, uso de colar cervical e imobilização em prancha rígida (colonne motorizada) e remessa ao HRP.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

- Os elos *cruciais* *M* *monitores*
- *Compressas*
- *(Alduron)*
- *Pinos*

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☒ INCONTINÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO/OBSTÉTRICO:

☐ ABORTAMENTO ☒ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL ☐ SEMANAS: ☐ TRABALHO DE PARTO

OUTROS:

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

Politraumatizado. Fratura exposta do fêmur.

PROCEDIMENTOS:

- ☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
- ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
- ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
- ☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL
- ☐ TALASSIOTRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS:

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

1.º. Avaliar com vitalidade.

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
- ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

- ☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA:

IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPE

MÉDICO: *Camila M. Carneiro* CRM: *10470* MAT: _____

ENFERMEIRO(A): *Feliana Frazão* COREN: *279.772* MAT: _____

AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT: _____

DUTOR: *Betinho* MAT: _____



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000037200-7

Nr. da Autenticação 9B8DE40DDD18F1F2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Documento: 35620181-100001870

Eu, HELIO FARDEL DE MEDEIROS E SILVA

RG nº 3.949.332, data de expedição 25/03/11, Órgão SSPS 180

CPF nº 714.848.484-70, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOSE ARQUILINO DE FARIAS</u>
Número	<u>223</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>VISTA SENNAIA</u>
Estado	<u>PANAIBA</u>
CEP	<u>58.710-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)981488766 (83)999746322</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VISTA SENNAIA - PB, 04.08.2017

Assinatura do Declarante: Helio Fardel de Medeiros e Silva

SECRETARIA LÍDER DEPART 3 & 21/08/2017 09:25 - 000001870



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é responsável de conta

Outra informação importante: esta é uma nota fiscal de energia elétrica. Nº 001 401.325



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 250, Km 25 - Crista Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-680
CNPJ 08.285.189 / 0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA GOMES DE MEDEIROS
RUA JOSE ARQUILINO DE FARIAS 223
VISTA SERRANA

(mãe)

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1073391-3

REFERÊNCIA

JUL/2017

APRESENTAÇÃO

28/07/2017

CONSUMO

16

VENCIMENTO

04/08/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 18,66

Acesse: www.energisa.com.br



LISTA DE ENDEREÇOS

MARIA DE FATIMA GOMES DE MEDEIROS

Roteiro: 18-128-785-2900

83650000000-2 18650054000-6 10733912017-5 07001280018-2

VENCIMENTO

04/08/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 18,66

MATRÍCULA

1073391-2017-07-0



SE GUARDAR LIGAR PARA S & 21/08/2017 09:26 - 00000213025



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 12:30:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101912301586600000034024748>

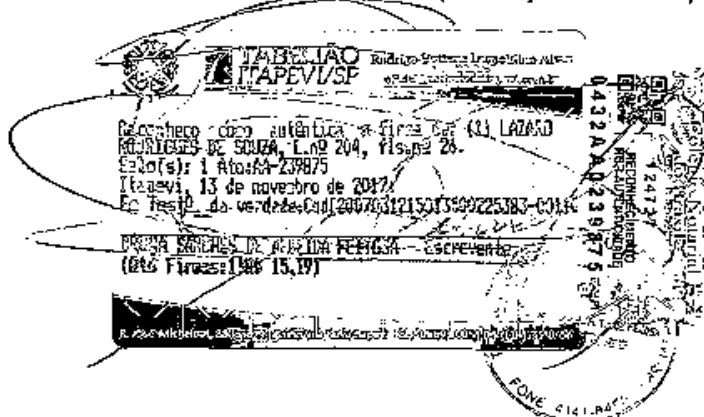
Número do documento: 20101912301586600000034024748

100-443887-1

STANDARD FORM NO. 64-7087-12-10 - GPO

**TABELÃO DE NOTAS E
PROTESTO DE ITAPEVI - SP**

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





HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741



Prontuario: 81086

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 23/9/2016 21:32:51

Servidor do Dr.:

Paciente: HELIO JARDEL SILVA MEDEIROS

Idade: 21 Sexo: M

Filiação:

Pai:

HELIO GOMES DA SILVA

Mãe:

MARIA DE FATIMA MEDEIROS

Tel:

Endereço:

Cidade:

VISTA SERRANA - PB - 58710-000 - 2505501

Endereço:

JOAO FRANCISCO FILHO

Bairro:

CENTRO

N.: 34

Naturalidade:

Fone:

Documentos:

CNS:

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

ascimento: 19/7/1995

Cor:

PARDA

Estado Civil:

SOLTEIRO(A)

Profissão:

Responsável:

Amilias Gomes Silva

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Lesão de trauma, com dor + deformidade + limitação
função e tumefecção em coxa (E) + mão (E)

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

EF. NV normal em MIE e MSE

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Intoxicação do fígado crônica (E) + 5º. membro

Motivo da Alta:

Resultado: () Saneado

() Melhorado

() Falecido

() Transferido

Em, 18/10/16

Recepcionista: Elma

Lote: 070848 Cadig: AFM 6 880
Pne Inflamador Oseco - R x C x 4,5 x
200 x 1
Fabric: 18/04/2016 Val: 04/2021
Registro ANVISA Nº: 80083650026
Material: Aço Inox
Lote: 070848 Cadig: AFM 6 880
Pne Inflamador Oseco - R x C x 4,5 x
200 x 1
Fabric: 18/04/2016 Val: 04/2021
Registro ANVISA Nº: 80083650026
Material: Aço Inox
Lote: 070848 Cadig: AFM 6 880
Pne Inflamador Oseco - R x C x 4,5 x
200 x 1
Fabric: 18/04/2016 Val: 04/2021
Registro ANVISA Nº: 80083650026
Material: Aço Inox

SECRETARIA INTERNA DE ENFERMAGEM 5 e 21/08/2017 09:26 - 0000021806

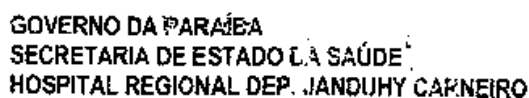
Dr. Felipe Guedes
CRM-PB 21093



Hospital		Enfermaria		Leito		Nº Prontuário													
FOLHA DE ANESTESIA		Nome Helio Jordeal Silva Medeiros		Idade		Sexo													
Data 23/09/16	Pressão Arterial Pulso 120 x 60 / 100	Respiração		Temperatura	Peso	Altura													
Hemograma	Hemoglobina		Glicemia	Uréia	Creatinina														
VER PRONTUÁRIO																			
Ap. Respiratório				Aasma		Bronquite													
Ap. Circulatório NDN				Eletrocardiograma															
Ap. Digestivo JEJUM OK				Dentes		Pescoço													
Estado Mental CONSCIENTE				Alterações		Corticóides													
Diagnóstico Pré-Operatório				Alergia		Hipotensão													
Anestesia Anteriores				Estado Físico		Risco 1													
Medicação Pré-Anestésica MIDAZOLAM 5 mg				Efeito															
<div style="float: right;">INDUÇÃO</div> <table border="1"> <tr><td>Satisf.</td><td>Exat.</td><td>Tosse</td></tr> <tr><td>Laringe Espasmo</td><td>Lenta</td><td></td></tr> <tr><td>Náuseas</td><td>Vômitos</td><td></td></tr> <tr><td colspan="3">Outros</td></tr> </table>								Satisf.	Exat.	Tosse	Laringe Espasmo	Lenta		Náuseas	Vômitos		Outros		
Satisf.	Exat.	Tosse																	
Laringe Espasmo	Lenta																		
Náuseas	Vômitos																		
Outros																			
<div style="float: right;">MANUTENÇÃO</div> <p>Cetazolina 2g Dexame. 8mg Efertil 10mg Tenoxicam 20mg Dipirona 2g Ondasetrona 8mg</p>																			
<div style="float: right;">DESPERTAR</div> <p>Reflexos da SG Osteo. CO2 Exat. Náuseas Vômitos Outros</p>																			
<div style="float: right;">CONDIÇÕES</div> <p>Com cânula para o leito sim não</p>																			
<div style="float: left; width: 60%;"> <p>Simbolos e Anotações</p> <p>Posição RS</p> <p>Agentes NEOCAINA 0,5% PESADA 12mg + DIMORF 80 mcg / Lidocaina 1% 4ml</p> <p>Técnica RAQUIANESTESIA: Punção lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR s/ Alterações</p> <p>Operação Hto ag (hs exta) de ft exposto para E + Melhores resultados</p> <p>Cirurgias Dr. Felipe</p> <p>Anestesistas DR. TÁVIO LEAL</p> <p>Observações</p> </div> <div style="float: right; width: 35%; text-align: center;"> <p>(Blq)</p> <p>(E)</p> <p>Dr. Távio Leal Junior</p> <p>Anestesiologista</p> <p>CRM 5774</p> </div>																			
<p>Anotar na verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias</p>																			

SEATTLE POLICE DEPT 5 & 21 APR 2017 09:26 - 000000021384





Nome: <u>Helio Jodel dos Melunoy</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>20/09/16</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Dr Felipe Guedes</u>	1º Auxiliar	
Anestesiista <u>Dr Mauro</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		
<u>Intus expulso do fêmur (E) + F. vertebro (E)</u>		
Tipo de Cirurgia		
<u>hml + fixação externa + fixação com fio K</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

1) Peto abdominal (1/2) Ampla + sempre estéril
2) Ligar com fio 3) Debridamento em casa
3) Redução da ferida 4) Fio extra trançado
5) Puntos puxados após redução
2) Fio em fio de K ou PDS
5) Sutura com nylon + certidão

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia
CRM 7051
SAM 21025

025- Jærdø edum er π (schub R)



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAUDE	
Helio gordel Sifon Uedeius					
DT	LEITO	COVENDO	CADE	REGISTRO	
-	-	SOS	24	81096	
CURSUA			CURSUAO		
TIC. Clinica: Pat. exposta de femur (C)			Dr. Felipe Guedes		
+ F. solo deca			AV. S. S. S.		
Raque			M. Távio		
EXTRUSSEMENTO		DATA	INICIO	FIM	
Surgião		24.09.16	00:00		
HOSPITAL REGIONAL DE JACUHY CARNEIRO					

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/O2 e sangue
	TX. Ocenógrafo		Scala
	TX. Bomba de Infusão	2	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Eletrodo W-24
	TX. Monitor Cardio-Respiratório		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação G. Ventral	1	Seringa 3 ml
2	TX. Sali	1	Seringa 5 ml
	TX. Eletrodo Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso	2	Eletrodo desc.
1	Neopain a Perda	1	Atadura de Crepom Max 15cm
	Naictano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionemutal		Atadura Gessada 10cm
	Qualidina	2	Sonda Urinal 5F0,9% 50cm 2
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
1	Dormind		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilocaína a 2%		Dreno Sussler
	Inovel		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	2	Esparadrapo
	Stodimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	2	Álcool 70%
	Policloaxina 2,5%	2	PVP: Tintura
1	Dimorf	2	Gases
	Laxaxat 0,5ml	2	Algodão Hidrófilo
	Narcen		Algodão Ortodélico
	Forane	1	Old cateter p/02
	Sufenta		Vaseline Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
2	Água destilada 10ml		Resina de Formol
	Procligmine		Fio Cromado 0 de agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 de agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 de agulha
1	Stent epidural		Fio Cromado 1 de agulha
1	Gelatina de cápsulas 1g		Fio Cromado 2-0 de agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 de agulha
1	Picel		Cat-gut simples 0 de agulha
1	Dipirone		Cat-gut simples 3 de agulha
1	Esperin 2000 VI		Cat-gut simples 2-0 de agulha
1	Tilati		Cat-gut simples 2-0 de agulha
	Amoxicilina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 2-0 de agulha
	Acroceta 20 e 22		Polycot 0 de agulha
	Polycot 0 de agulha		Polycot 2-0 de agulha
	Polycot 2-0 de agulha		Polycot 3-0 de agulha
	Polycot 3-0 de agulha		Prolens 2-0 de agulha
	Prolens 0 de agulha	1	Nylon 2-0

SEGLER/BUON 4.1058 BUON S & 21/05/2017 09:26 - 00000215374





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Helio Jondel</u>	
DA CLÍNICA <u>Ortop</u>	ENFERMARIA <u>72</u>
A CLÍNICA <u>Ortop</u>	LEITO <u>09</u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>21 anos</u> <u>Ri-op fracture MIE</u> <u>SMP: NON</u> <u>MED: NON</u> <u>ALERGIA: ⊖</u> <u>ACV: DER. 2T</u> <u>ECG: Taquicardia Sinusal.</u> <u>NOV</u> <u>Condus. Baixa nima</u> <u>02/10/26</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

SE QUERER LIDERAR PUN 5 A 21/08/2017 09:26 - 000001/2017





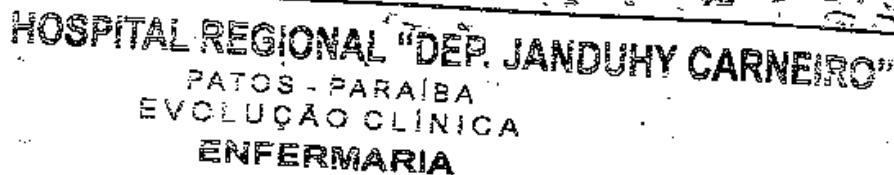
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDHUY CARNEIRO
PATOS - PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Heitor José de Medeiros</u>	
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA <u>72</u>
A CLÍNICA <u>Unidade Vascul</u>	LEITO <u>04</u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<p>Dist. Port. Vítima de acidente de trânsito Ht ± 1,80 Apresenta GOMES MIE</p> <p>11/10/16 DATA</p> <p>João H. Sussana Laureano Ortopedia e Traumatologia CRM 95 7417 ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE</p>	
PARECER:	
<p>Pb o exame ortopédico de MIE, e pontual de trauma e umgo ortopédico Sem sinais de problema ortopédico n/ TEV</p> <p>MD- TUP?</p> <p>cd. Apêndice Vásculo n/ separação ligam. Vásculo GOMES SC no Lado.</p> <p>Dr. Jairo Polim CRM 95 7417 Cl. Vascular e Endovascular Endovascular</p> <p>DATA ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA</p>	

SECRETARIA DE SAÚDE
LIVRO DE REGISTRO Nº 54 24/03/2017 09:26 - 00000210832





PACIENTE:


LEITO:

REG.:

John H. S. [Signature]
Ontario
[Signature]
[Signature]
[Signature]

SEBILPRODRA LINE PRAT 5 & 21/06/2017 05:26 - 000027233



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE Helio Jandiel Silva					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DR. JANDINY CARNEIRO
QTL	QTO	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	
		SUS	21	81096	
CIRURGEA Dr. Enur bat Lemus Avelar			CIRURGIÃO Dr. Fábio		
ANESTESIA Raque			ANESTESISTA Dr. Fábio		
INSTRUMENTAÇÃO		DATA	INICIO	FM	
		14.10.16	10:00		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador - SF 097	1	Equipo p/ (coro) sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
1	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
1	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain	1	Atadura de Crepom 10cm
1	Holsten	1	Atadura de Crepom 20cm
	Chlonembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelcín		Sonda Uretral
	Favilon		Sonda Nasogástrica
1	Dormind		Éter Sulfúrico
	Fontenil 0,05mg		Draino Fentosa
	Xilatesin a 5%		Draino Sucção
1	asol EFEDRINA		Draino de Tórax
	Xilocaina a 2%	1	Esparadrappo
	Etidimidade	1	Xilocaina Gel
1	asol efedrina 16g	1	Álcool 70%
	Publicovalina 0,6%	1	EVPI Tintura
1	Dimorf	1	Gases
	Canaxat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
1	asol TILATIL 20mg		Algodão Ortopédico
	Forane		Gelax NYLON 2-0
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	asol Decodron		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dital		Fio Cromado 3-0 c/ agulha
	Flasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha

RECEBIMOS EM 21/08/2017 09:26 - 00000213534



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 12:30:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101912301586600000034024748>

Número do documento: 20101912301586600000034024748



GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

7704

Hospital		Enfermaria		Leito		Nº Prontuário	
FOLHA DE ANESTESIA		Nome		Idade		Sexo	
19/10/2020		Helio Joubert de		21		M	
Pressão Arterial		Respiração		Temperatura		Peso	
120x80							
Hemética		Hemodinâmica		Glicemia		Ureia	
Ureia						Outras	
Ap. Respiratório				Asma			
Ap. Circulatório				Bronquite			
Ap. Digestivo				Eletrocardiograma			
JEJUM OK				RCH			
Dentes				Passagem			
Estado Mental				Ap. Urinário			
CONSCIENTE							
Ataxia				Corticoides			
Diagnóstico Pré-Operatório				Alergia			
Rt per de H (E)				Hipertensão			
Anestesia Anterior				Estado Físico			
				Risco			
Medicação Pré-Anestésica				Aplicada em			
MIDAZOLAM 5 mg				Efeito			
V				V			
Agente Anestésico		Líquido		INDUÇÃO			
G2		(SF) (SF) (SF)		Satur. Exch. Tosse			
				Laríngeo Espasmo Lenta			
				Náusea Vômitos			
				Outros			
CÓDIGO		P.V. ARTERIAL: PULSO: - RESPIRAÇÃO		MANUTENÇÃO			
		V. Z. ANESTESIA: OPERAÇÃO		Corazolina 2g Dexame. 8mg			
		280		Efertil 10mg Tenoxicam 20mg			
		240		Dipirona 2g Ondasetrona 8mg			
		220		Anestesia Satisf. Sim Não			
		200		Não, porque?			
		180		DESPERTAR			
		160		Reflexos na SO			
		140		Costr. CO2 Exch.			
		120		Náusea Vômitos			
		100		Outros			
		80		Com catula			
		60		para o leito sim não			
		40		CONDIÇÕES			
		20					
Sinais e Anotações		SPO2 98%		Catula			
Posição							
Agentes		NEOCAINA 0,5% PESADA mg + DIMORF 80 mcg					
Técnicas		RAQUIANESTESIA: Punção lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR s/ Alterações					
Operação		Tho ey pt per de H (E)					
Cirurgião		Dr. Fabio					
Anestesiologista		DR. TÁVIO LEAL					
Observações				Dr. Távio Leal Joubert			
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias				Anestesiologista			
				CRMPE 5774			

SECRETARIA DE SAÚDE - 21/08/2017 09:26 - 00000213035



PEDIDO DE VENDAS

Materials Médico Hospitalar EIRELI

Nº

NF N°

Prontuário

Hospital

Vendedor:

Paciente	Examen físico	Examen de laboratorio	Examen de imagen	Examen de diagnóstico
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

၇၀၁၁

പക്ഷേ

ក្រុង/ខេត្ត/ក្រុង/ខេត្ត

Convenio

Procedimento

[illegible]

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Sídrio da Silva, 24 - Bairro Timbi - Caruaru/PE - CEP 54765-138

PHONE: (81) 3429-2456

E-mail: crampus140@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Inscrição Estadual 0574742-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial

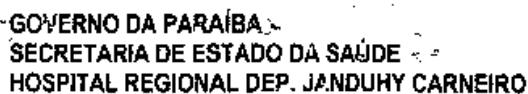


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 12:30:17

<http://pie.tibb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101912301586600000034024748>

Número do documento: 20101912301586600000034024748

Num. 35620181 - Pág. 24



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Helio Jardele de Medeiros e Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 3.949.332

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/03/2011

HÉLIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

FILIAÇÃO

HÉLIO GOMES DA SILVA

MARIA DE FÁTIMA GOMES DE MEDEIROS

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

20/07/1995

DOSS 2005-PB

NASC.N.1386 FLS.146 LIV.A03

CP CARTORIO VISTA SERRANA-PB

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

714.848.484-70

Nome

HÉLIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Nascimento

20/07/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

F259.96A1.2E81.FE4D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.recita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Às 09:06:44 do dia 16/01/2017 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

SECRETARIA LIDER ARQUIT 5 4 21/08/2017 09:25 - (00000100)



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170469905 **Cidade:** Malta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA **Data do acidente:** 23/09/2016 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 50° E DA EXTENSÃO EM 10°, APRESENTA TAMBÉM DEFORMIDADE EM VARO EM REGIÃO DO FÊMUR DISTAL ESQUERDO, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA EM 2,5 CM, SINAIS DE ALGO DISTROFIA, RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DISTAL DA COXA DE APROXIMADAMENTE 8 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO ESQUERDO GRAU II, ALÉM DE DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO EM 25°.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR. APÓS O PERÍODO DE 27 DIAS FOI RETIRADA O FIXADOR EXTERNO E REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA 4,5 MM MAIS PARAFUSOS BLOQUEADOS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS 48 HORAS E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EXAMES RADIOGRÁFICOS EVIDENCIAM ARTROSE INTENSA EM JOELHO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/12/2017

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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
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:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333120/17
Vítima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA
CPF: 714.848.484-70

Data do Acidente: 23/09/2016
CPF de: Próprio Titular do CPF: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
Outros

HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA : 714.848.484-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2017
Nome: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA
CPF/CNPJ: 714.848.484-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2017
Nome: Isabel Cristina dos Santos Figueiredo
CPF: 015.685.637-95

HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Isabel Cristina dos Santos Figueiredo



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA HELIO JANDIEL DE MEDEIROS G SILVA
 DATA DO ACIDENTE 23.09.2016 CPF DA VÍTIMA 714.848.484-70
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É HELIO JANDIEL DE MEDEIROS G SILVA
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOSE ANTONIO DE PAULAS
 Nº 223 COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENTRO
 CIDADE VISTA SENNAIA UF PB CEP 58.710-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 999746322

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ 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)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ 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)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ 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 (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O 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 FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 12:30:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101912301586600000034024748>

Número do documento: 20101912301586600000034024748

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333120/17

Vítima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

CPF: 714.848.484-70

Data do Acidente: 23/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/12/2017

Nome: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

CPF: 714.848.484-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/12/2017

Nome: Juliana Antunes Estigarribia

CPF: 079.808.657-23

HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Juliana Antunes Estigarribia



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170459905 - Resultado de consulta por beneficiário

VIVIANA HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER OPVAT - REGULAÇÃO

BENEFICIÁRIO HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

CPF/CNPJ: 71484848470

Posição em 24-11-2017 10:20:38

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	

ACESSIBILIDADE



) (/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)

[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)

PAGUE SEGURO

DOI: 10.1002/ps.1116

Consulte a [FedEx website](http://www.fedexpress.com/track/track.aspx) for more information.

Informazioni: info@infocentro.it - www.infocentro.it

figuradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=094126234028&sinistroConsultaPedi 1/2



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170469905 **Cidade:** Malta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA **Data do acidente:** 23/09/2016 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura exposta distal do fêmur esquerdo
Fratura do 5º metacarpo 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 insuscetíveis 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:





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PATOS/PB

Processo: 08002480520178150531

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 **HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, 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,

PATOS, 15 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

