



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
<b>HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA (AUTOR)</b>	<b>JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35620 172	19/10/2020 12:30	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
35620 181	19/10/2020 12:30	<a href="#"><u>2662196_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
35620 185	19/10/2020 12:30	<a href="#"><u>2662196_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 12:30:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101912301259900000034024739>  
Número do documento: 20101912301259900000034024739

Num. 35620172 - Pág. 1

---

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta n°: 11587312

A/C: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

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

Pag. 00905/0906 - carta\_03

00070453  


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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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](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. 00647/00648 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12127392



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

Num. 35620181 - Pág. 2

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





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, HELCIO LARDEL DE MEDONOS E SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.949.332

EXPEDIDO POR SS05103

EM 25/03/11

CPF 21484848470 /CNPJ 00000000000000000000, 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 Heclio Larrel de medonos 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 aparecem 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas 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](http://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/beneficiário.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, 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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0732 Nº 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-FIM, 04 de AGOSTO de 2017  
LOCAL E DATA

Heclio Larrel de medonos 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.dpvalsegurodotransito.com.br](http://www.dpvalsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





SEGURO DE VIDA CAIXA - 500 MIL REAIS - NÚMERO 302



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

Num. 35620181 - Pág. 5



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE**

A standard linear barcode is positioned at the bottom right of the page.

Eu, HELIO FANDOGL OG MEDEIROS E SILVA, portador da carteira de identidade nº 3.949.332 SSOS 163 e inscrito no CPF/MF sob o nº 714.848.484-70, residente e domiciliado na Rua JOSÉ ANQUICINO DE FARIAS, 223, CENTRO, VISTA SENA - 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:

- (X) 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e 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 Sarote, de medioraz e Silva

**Assinatura do declarante**

**conforme documento de identificação**

VISTA SENNARIA - - 03, 04 de AGOSTO de 2017.



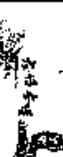


# PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

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

SAMU  
**192**

## FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO



### IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE/USUÁRIO	IDADE	SEXO
23-09-16	032	Fábio Ribeiro medeiros	30	MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>
LÓCAL DA OCORRÊNCIA		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
BZ Vila Juana		BR	Jardim	

APOIO NO LOCAL:	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS	<input type="checkbox"/> RESGATE PRF	<input type="checkbox"/> CPTTRAN	<input type="checkbox"/> SITTRANS	<input type="checkbox"/> OUTRO:
-----------------	-----------------------------	--	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

OTA:  SOCORRIDO POR TERCEIROS  RECUSOU ATENDIMENTO  SOCORRIDO PELO BOMBEIRO  LOCAL NÃO ENCONTRADO  OUTRO:

### TIPO DE AGRADO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIATRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> Queda MÉTROS
<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"/> GINÉCO-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 CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

### DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP RESPONSÁVEL: Bruno Ribeiro de Faria FUNÇÃO: Agente

### MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO  SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE  OUTRO:

### TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

### EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Coluna moto x moto - Fratura exposta pm ferido = e mao

### DADOS VITAIS:

VVA:  Livre  OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO:  >30 rpm  <30 rpm / PULSO RADIAL:  Presente  Ausente / PAS:  >90mm Hg  <90mm Hg

P.A.: 120 x 90 FC: FR: 42 TEMP: °C GLICEMIA: mg/dl E. Com a: SpO2s/O2: 98% SpO2c/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 VVA  Distefaxia Autônoma  Dor Aguda  Hipotermia  Hipotermia  Integridade da Pele Prejudicada  Integridade Tissular Prejudicada  Medo  Intolerância à Alimentação  Mucosa Oral Prejudicada  Padrão Respiratório Ineficaz  Período Tissular Carebral Ineficaz  Perfusionamento Cardiopulmonar Ineficaz  Perfusionamento Gastrointestinal Ineficaz  Perfusionamento Renal Ineficaz  Termoregulação Ineficaz  Troca de Gases Prejudicada  Ventilação Espontânea Prejudicada  Volume de Líquidos Deficientes  Volume Excessivo de Líquidos  Náusea  Rotura Urinária  Percepção Sensorial Perturbada  Interção Social Prejudicada  Incontinência Intestinal  Eliminação Urinária Prejudicada  Constipação  Outros:

### INTERVENÇÕES:

Serviço Imobilizado de membro + imobilizado em joelho, articulação + dor de cintura cervical + dor no abdômen HRP.

### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente rapido id USB 03 id vítima de colisão moto moto, contuso, suspeita, apresentando óstium exposto em joelho e mao e mao e mao. Resposta imobilizado de membro rapido, uso de cinto cervical e imobilizado em joelho (segurando joelhos) e amarrado ao HRP.

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

- 23 Saco cecais 17 mm - Marca
- Contrações
- Hardos
- Suas

**E.C.G.:**

NORMAL  ALTERADO  NÃO REALIZADO

**EXAME NEUROLOGICO:**

AGITAÇÃO  SONOLENCIA  COMA  CONVULSAO  OTORRAGIA  RIGIDEZ  MIDRIASE

**EXAME GINECOOBSTETRICO:**

ABORTAMENTO  HEMORRAGIA VAGINAL  NORMAL  SEMANAS  TRABALHO DE PARTO

OUTROS

**DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:****DIAGNÓSTICOS:**

*Poliurato urinário. Fístula exposta do recto  
e fístula vnginal*

**PROCEDIMENTOS:**

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS  INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL  CÂNULA OROFARINGEA  CRICOTIREIDOSTOMIA  
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU")  RESPIRADOR  INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O<sub>2</sub>)  DRENAGEM TORÁCICA  
 MASSAGEM CARDIACA/EXTERNA  DESFIBRILAÇÃO/DÍARDIOVERSÃO  CONTROLE DE HEMORRAGIA  CURATIVO  
 PUNÇÃO VENOSA  SONDA GÁSTRICA  SONDA VESICAL  SEDAÇÃO  IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS  COLAR CERVICAL  
 TALAS/TRAÇÃO  OROTRAQUEAL  OUTROS

**TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):****EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):**

*Kat. Molde, alvo vnti-senin. Oxa*

**ENCAMINHAMENTO:**

LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO  RECUZA O ATENDIMENTO  ÓBITO NO LOCAL  ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

**POSIÇÃO DE TRANSPORTE:**

DECÚBITO DÓRSAL  DECÚBITO LATERAL  DECÚBITO VENTRAL  SENTADO  ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

**RECUZA:**

NOME:

R.G.:

ASSINATURA:

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:**

MÉDICO:

*CRM/PR 10470*

CRM:

MAT.:

ENFERMEIRO(A):

*Julianna Tizazé*

COREN: 279.772

MAT.:

AYX, TÉCNICO DE ENFERM.

COREN:

MAT.:

DUTOR:

*Betônio*

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



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

Num. 35620181 - Pág. 10

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Protocolado em 04/08/2017 - 00161

Eu, HELIO ZARDEL DE MEDEIROS E SILVA

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

CPF nº 714.848.484-70, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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 ARQUICINO DE FARIAS</u>
Número	<u>223</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>VISTA SENNA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.710-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 981488766, (83) 999796322</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VISTA SENNA - PB, 04.08.2017

Assinatura do Declarante: Helio Zardel de medeiros e Silva

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



## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo.  
Documento não é segundário da conta  
Data de emissão: 28/07/2017 - Código de Conta: 001401325



ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Pr. 250, Km 25 - Crato Andrade - João Pessoa / PB • CEP 50071-480  
CNPJ 09.085.183 / 0001-46 - Inscrição 18.015.822-0

### DADOS DO CLIENTE

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

(mãe)

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1073391-3

#### REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUL/2017

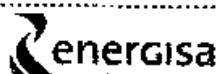
28/07/2017

16

04/08/2017

R\$ 18,66

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



MARIA DE FATIMA GOMES DE MEDEIROS

Roteiro: 16-128-785-2900  
83650000000-2 18660054000-6 10733912017-5 07001280018-2



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
04/08/2017	R\$ 18,66	1073391-2017-07-0

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



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

Num. 35620181 - Pág. 12



## **Declaração do Proprietário do Veículo**

Eu, LAZARO RODRIGUES DE SOUZA, RG nº 3313556, data de expedição 03/08/2012, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 396.469.328-60, com domicílio na cidade de Itapevi, no Estado de São Paulo, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Carmem Silva de Almeida, nº 369, JD. Da Elvira, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA, cujo o condutor era HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA.

**Veículo: MOTO**

Modelo: HONDA/CB 600F HORNET

Ano: 2009

Cor: AMARELA

Placa: BWX 8256

Chassi: 9C2PC42009R000651

Data do Acidente: 23/09/2016

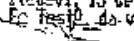
13 NOV 2017

Local e Data: Itapevi - SP, 13 / 11 /2017

Lázaro R. da Silva  Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR ALIENCIOSIDADE)

\* Túlio Zoroll di Andrade é Silva  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**ABERTURA DE  
MAPEAMENTO**  
Ricardo Gómez - Instituto de Artes  
e Ofícios  
Av. Presidente Vargas, 222 - Centro  
CEP: 20031-000  
Tel.: (21) 2252-1222  
Fax: (21) 2252-1223  
E-mail: [rgomez@iaf.ufrj.br](mailto:rgomez@iaf.ufrj.br)

Declaro que o(a) autor(a) da Ficha CNE (01) LARANJO  
MUNICÍPIO DE SOROCABA, Lote 204, nº 26.  
Fone(s): 1 Atos/M-239875  
Itapevi, 13 de novembro de 2017.  
É falso o que consta na Ficha CNE (01) LARANJO  
MUNICÍPIO DE SOROCABA, Lote 204, nº 26.  
Fone(s): 1 Atos/M-239875  
Data: 13/11/2017  
Assinatura:   
Ricardo Gómez - Instituto de Artes e Ofícios  
Av. Presidente Vargas, 222 - Centro  
CEP: 20031-000  
Tel.: (21) 2252-1222  
Fax: (21) 2252-1223  
E-mail: [rgomez@iaf.ufrj.br](mailto:rgomez@iaf.ufrj.br)





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO  
RUA HORACIO NORREGA, S/N  
PATOS PARAIBA - (83)3423-2741



Prontuario:  
Ocorrência:  
Servidor do Dr.:

81086  
ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

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

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 N.: 34  
Bairro: CENTRO  
Naturalidade:  
Fone:

Documentos  
CNS:  
Identidade:  
CPF:  
Reg. Nas.:  
\_\_\_\_\_

Informações adicionais  
Nascimento: 19/7/1995  
Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Profissão:

Responsável: Amilas Gomes mto

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

Itération de barra, com dor + desordem + lentidão  
fusos e fimbriu oxia (E) + mās (E)

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

Ef. Normal em MIG e MSE

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: Infra estrutura do joelho direito (E) + 5º membro (E)

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saíu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em. 18, 10, 16

Recepção: Elma

Lote: 070840 Código: AF48-B 000  
Pino Intra-médula Ossosa - R = C x 4,5 x  
200 A T  
Fabric.: 16/04/2016 VM: 04/2021  
Registro ANVISA N° 30036360026  
Material: Aço Inox

Luis Guilherme Baroni & Chaita - EPP  
CNPJ: 04.481.630/0001-07 - Rio Claro - SP  
Tel: (19) 3828-7400 - info@guilhermebaroni.com.br

LEIA 070761 Página 2 de 9  
Sistema de Processo Operacional - Leme  
Luis Guilherme Baroni & Chaita - EPP  
CNPJ: 04.481.630/0001-07 - Rio Claro - SP  
Fabric.: 19/04/2018 Validade: 20/01/2021  
Registro ANVISA N° 30036360026  
Material: Aço Inox Alumínio  
Lote: 070761 Código: AF48-B 000  
Pino Intra-médula Ossosa - R = C x 4,5 x  
200 A T  
Fabric.: 16/04/2016 VM: 04/2021  
Registro ANVISA N° 30036360026  
Material: Aço Inox





GOVERNO DA PARAÍBA  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO  
SECRETARIA DE SAÚDE

	Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA	Name <i>Helio Jardel Soá Medeiros</i>			
Data <i>23/09/16</i>	P. Pressão Arterial Pulso <i>120 x 80</i>	Respiração <i>16</i>	Temperatura <i>37</i>	Idade <i>50</i>
H.P. Sanguíneo	Hemat. <i>14.5</i>	Glucose <i>100</i>	Urina <i>neg</i>	Sexo <i>M</i>
				Cor <i>Clara</i>
VER PRONTUARIO				
Ap. Respiratório			Asteia <i>neg</i>	Bronquite <i>neg</i>
Ap. Circulatório NDN			Eletrocardiograma <i>regular</i>	
Ap. Digestivo JEJUM OK	Dentes <i>neg</i>	Pescoco <i>neg</i>	Ap. Urticário <i>neg</i>	
Estado Mental CONSCIENTE	Alterações <i>neg</i>	Corticosteroides <i>neg</i>	Alergia <i>neg</i>	Ritmadores <i>neg</i>
Diagnóstico Pré-Operatório <i>frat exps ferme (E) e frat Mart (E)</i>			Estado Físico <i>regular</i>	Risco <i>1</i>
Anestesia Anteriores				
Medicação Pré-Anestésica MIDAZOLAM 5 MG	Aplicador <i>exp</i>		Efeito <i>neg</i>	
V V				
Agente Anestésico <i>02</i>	INDUÇÃO			
Líquido	(SF) (SF) (SF) <i>(SF) (SF)</i>	Sadist <i>neg</i>	Excit. <i>neg</i>	Tosse <i>neg</i>
PV. ARTERIAL PULSO - RESPIRAÇÃO V.Z. ANESTÉSICA: OPERAÇÃO	280 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	Laringo Espasmo <i>neg</i>	Lenta <i>neg</i>	
Símbolos e Anotações	<i>100 100</i> <i>RS</i> SPO2 98%	Náuseas <i>neg</i>	Vômitos <i>neg</i>	Outros <i>neg</i>
Posição		MANUTENÇÃO		
Agentes NEOCAINA 0,5% PESADA 12 mg + DIMORF 80 mcg		Tetrazolina 2g	Dexamet. 8mg	
Técnica RAQUIANESTESIA: Puncão lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR s/ Alterações		Efortil 10mg	Tenoxicam 20mg	
Operação <i>Ho ag (fr exps ferme (E) + Mart (E))</i>		Dipirona 2g	Ondasetrona 8mg	
Cirurgião <i>Dr. Felipe</i>		Anestesia Sadist. Sim <i>neg</i> Não <i>neg</i> Não, porquê? <i>neg</i>		
Anestesiologista <i>DR. TÁVIO LEAL</i>		DESPERTAR		
Observações		Reflexos da SO	Obstr. CO2	Excit.
Outras no verso, as complicações Pré-operatórias e Pos-operatórias		Náuseas <i>neg</i>	Vômitos <i>neg</i>	Outros <i>neg</i>
		Congrânuo	pela o leito sim <i>neg</i> não <i>neg</i>	
		CONDICÕES		
		<i>lidocaina, R. Gout (Bla) (neg)</i>		
		<i>(E)</i>		
		<i>Dr. Távio Leal Januário</i>		
		Anestesiologista		
		CRM-PB 5774		

SEGURO SAÚDE PJEP 5 21/08/2017 00:16 - 000002887



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



### RELÁTÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Felipe Jardel S. Melo</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>29/09/16</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>Dr Felipe Guedes</i>	1º Auxiliar	
Anestesista <i>Dr. Thálio</i>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Trun capít do fêm (L) + Fr. retorco (R)</i>		
Type de Cirurgia <i>ML + fixado extra + fundo em fio K</i>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
1) Pcto abdome l/2 Ampla tempo esticis
2) Laringe son lopix 3) Abdome l/2 eu copa
3) Pedras de fém 4) Fim extra fradular
5) Ruptura peritoneal apí medior
6) Fim em fio de K cir. Pachys
7) duros em nifor + const. 70

Dr. Felipe Guedes  
Médico Especialista  
CRM-PB 7051  
CRM-PE 21025

OBS - Boa de edura en rô (sobr. Rx)



Dr. Fabio de Moura Sp  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 6149

01/06/2019 com o Dr. Fabio de Moura Sp  
SOLICITADO 30/06/2019

01/06/2019

Dr. Fabio de Moura Sp  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 6149

⑤ na evolução da lesão

Dr. Fabio de Moura Sp  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 6149

do fêmur + fratura do sacro + luxação do lumbopelviano

luxações fáscia extraclavicular

⑥ luxação da articulação sacroiliaca + luxação da clavícula

do sacro + luxação da articulação sacroiliaca

00:10

chocoflex

DATA HORA

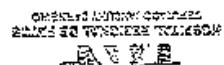
REG.

LEITO:

PACIENTE:

HOSPITAL REGIONAL "DR. JANDUZY CARNEIRO"

ENFERMARIA  
EVOLUÇÃO CLÍNICA  
PATOS-PARÁ



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE					
<u>Helio gadel Silva Nicleius</u>					
DT.	LEITO	CONVENIO	DEPE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
-	-	SUS	24	81096	
CIRURGIA			CIRURGICO		
Dr. Cirurg. Fnt. Exporta de Femur (②)			Dr. Felipe Guedes		
ANESTESIA			ANESTETICO		
Raque + Fcoz de dor			m. Tavio		
INSTRUMENTACAO			DATA		
			24/09/16		
SERÇÃO			INICIO		
			00:00		
HOSPITAL REGIONAL DR. JANOUARY CARNEIRO					

Material

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX de Instrumentador		Edupe preto e branco
	TX Cefalógrafo		Scotip
	TX Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX Aplicação de Sangue		Lâmina de Blunt N° 24
	TX Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX de Laser		Coletor de Urina
X	TX de Curativo		Seringa 1 ml
	TX de Instalação G. Veicular		Seringa 3 ml
X	TX Sais		Seringa 5 ml
	TX Elétrico Elétrico		Seringa 10 ml
	TX Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX Oxímetro de Pulso		Eletrodo des.
	Neocain a Pura		Atadura de Crepon 15cm
	Halcato		Atadura de Crepon 20cm
	Thiopentábutal		Atadura Bezzetta 10cm
	Quinalan		Sonda Uretral 5 e 0,9% 5cm
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminal		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,005mg		Dreno Penrose
	Kitsutsein a 5%		Dreno Swoozie
	Inovel		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Espiradrapo
	Etoclimidaate		Kilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Prilocaina 0,5%	X	FVR Natura
	Cidex	X	Gases
	Laxaxit 0,5ml		Algodão Hidratado
	Narcan		Algodão Ortópticos
	Forane		Gider cateter p/ox
	Sufentan		Vasolina Estéril
	Diazepam		Aguia desarmável
	Água destilada 1ml		Pequine de Forno
	Prostigmine		Fio Cromado 0cf agulha
	Atropina		Fio Cromado 0cf agulha
	Adrenalinha		Fio Cromado 1cf agulha
			Fio Cromado 1cf agulha
			Fio Cromado 2-0 cf agulha
			Fio Cromado 2-0 cf agulha
			Cat-gut simples 2cf agulha
			Cat-gut simples 3cf agulha
			Cat-gut simples 3-0 cf agulha
			Cat-gut simples 5-0 cf agulha
			Cat-gut 2-0 cf amigdectomia
			Cat-gut simples 5-0 cf agulha
			Cat-gut simples 5-0 cf agulha
			Polyjet 0cf agulha
			Polyjet 2-0 cf agulha
			Polyjet 3-0 cf agulha
			Prolana 2-0 cf agulha
			N. 1100 - 100

SEGUNDA LINEA 36 21/03/2017 09:28 - 0000012359





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



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Helio jordão		
DA CLÍNICA	Ortop	ENFERMARIA	7-
A CLÍNICA	Condutor	LEITO	09
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
PARECER:			
<p>31 anos Rei-op fratura M16 DUR: NON MED: NON ALEDIS: 0 AVW: 25 ECG: Turgor cardíaco normal. SOP: normal CONCLUS: Boa/saúde 02/10/26</p>			
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

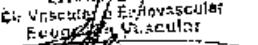
SEGUIMENTO LIDER PRT 5 21/08/2017 02:26 - 000001730





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

## **REQUISIÇÃO DE PARECER**

NOME:	Heira Tarcila de Moraes	ENFERMARIA	7
DA CLÍNICA	Ortop	LEITO	04
A CLÍNICA	Curva Vassoura		
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
Dias	Port vitioso no oriente do fêmur H6 e L6 Presente Gato MI (C)	João H. Suassuna Laureano Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 7417	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE		
PARECER:	<p>Pb o edema ornitídeo L11/E, 4      porcel de trave e enjugo estreitado      Seu uso no período atípico p/</p> <p>REV      NO- TUP!      cd. Apolo Vassoura p/ separar degredo      Alexia 00/01 SC II no dia.</p> <p>Dr. Jairio Flotim      CRM-PE 6198      Cl. Vascular e Endovenosas      Endovenosas e Gláscular</p> 		
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		

支票明細 11 號 日期 5 月 21 日 /2017 03:16 - 0000001383





HOSPITAL REGIONAL "DÉP. JANDUHY CARNEIRO"  
PATOS - PARAÍBA  
EVOLUÇÃO CLÍNICA  
ENFERMARIA

PACIENTE:

LEITO:

REG.:

DATA HORA

Antônio [ilí] 18/10/16

f. Port abr. s/ dorores no tórax  
f. o lado (c) c/ dor

(c) dor lombar (c) dor

alto abdômen + dor lombar

Jônatas  
Assessoria  
de Segurança do Trabalho  
100-100-0000-0000  
100-100-0000-0000

SEGURODA 1108 PART 5 21/10/2017 00:21 - DIRETORIA

## **NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL				
PACIENTE Fábio Jandu Silveira				
CPF	870	CONVENIO	SUS	DATA
				21
				REGISTRO
				81096
CIRURGIA	CIRURGIA			
re eurug folt fémur distal e	Dr Fábio			
ANESTESIA	ANESTESISTA			
Raque	Dr Lúcio			
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIN	
	14.10.16	10:00		

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador SF 097.	1	Equipo p/ coro e sangue
	TX-Gasmógrafo		Scalp
	TX. Bomba de infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cártilo-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletores 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	Necocain	1	Atadura de Crepon 10cm
1	Holotano ucrana PVP		Atadura de Crepon 20cm
	Thionembutal		Atadura Geocada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
1	Dorminal		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penetras
	Xiletesin a 2%		Dreno Succção
1	Amoxi Efedrina		Dreno de Tórax
	Kilocalina a 2%	1	Espadrado
	Etidimida	1	Kilocalina Gel
1	ester esfalteína 16g	1	Álcool 70%
	Publicovalva 0,5%	1	PVP Tintura
1	Dimorf	1	Gases
	Lenoxat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
1	YXATIL 20mg		Algodão Ortopédico
	Forane		Gidex NYLON 2-0
	Sufente		Vaseline Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Decadren		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Cixta		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plastil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Ciplrona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Eparin 5000 UI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Biletil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 600mg		Cat-gut 2-0 p/ emigdalectomia
1	Aguilha de Rague Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 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
	Polivac 3-0 s/ agulha		Perclorato de Ámido

SEARCHED, INDEXED, SERIALIZED & FILED - DECEMBER 30, 2017 09:25 AM



GOVERNO DA PARAÍBA  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO  
SECRETARIA DE SAÚDE

7/09

	Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA	Nome <i>Helio José da Silva</i>		Idade <i>31</i>	Sexo <i>M</i>
Vias:	Pulseira Arterial Pulsos <i>120x80</i>	Respiração	Temperatura	Peso
Tipo Sangüíneo	Hematócrito <i>40%</i>	Hematídeo <i>0,9%</i>	Glicemia	Altura
			Uréia	Outras
VER PRONTUÁRIO				
Ap. Respiratório			Asgm	Bronquite
Ap. Circulatório	NDN		Eletrocardiograma	<i>ECG</i>
Ap. Digestivo	JEJUM OK	Dentes:	Pescoco	Ap. Urinário
Estado Mental:	CONSCIENTE	Alucinatos	Corticoides	Alergias
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>ht fer de lf (E)</i>		Antidiáabeticos	Hipotensores
Anestésicos Ativadores			Estado Físico	Risco
Medicação Pré-Anestésica	MIDAZOLAM 5 Mg		Aplicação	Efeito
Agente Ativador	02	INDUÇÃO		
Líquido	(SF) (SF) (SF)	Satur.	Exch.	Tosse
P.V. ANTERIAL PULSO: RESPIRAÇÃO V.Z. - ANESTESIA: OPERAÇÃO	250	Laringo Espasmo	Lanta	
	240	Náuseas	Vômitos	
	220	Outros		
	200	MANUTENÇÃO		
	180	Corzolina 2g	Dexam.	8mg
	160	Efortil 10mg	Tenoxicam	20mg
	140	Dipirona 2g	Ondasetrona	8mg
	120	Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____		
	100	Não, porqué? _____		
	80	DESPERTAR		
	60	Reflexos na SO		
	40	Obstr.	CO2	Exch.
	20	Náuseas	Vômitos	
Sintomas e Anotações	SPO2 98%	Outras		
Posição		Com cânula		
Agentes	NEOCAINA 0,5% PESADA mg + DIMORF 80 mcg	para o leito sim	não	
Técnica	RAQUIANESTESIA: Punção lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR s/ Alterações			
Operador	<i>Thiago fer fer de lf (E)</i>			
Cirurgião	<i>Dr. Fabris</i>			
Anestesiologista	<b>DR. TÁVIO LEAL</b>			
Observações	<i>Dr. Távio Leal Januário</i>			
Assinar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias	Anestesiologista CRMPB 3774			

SECRETARIA DE SAÚDE - 2009/2010 - 000002185



# **C R O M U S**

Materiais Médico Hospitalar EIRELI

## PEDIDO DE VENDAS

Nº 744

#### **FORMA DE PAGAMENTO**

1014

Rua José Gólio da Silva, 21 - Bairro Timbi - Caraúbas/PE - CEP 54765-138  
**FONE:** (81) 3129-2456 / **E-mail:** cromuslida@gmail.com  
**CNPJ:** 14.784.339/0001-30 - **Insc. Estadual:** 0574749-07

CPF: 14.784.339/001-130 -

SEGMENTED LITERATURES - 2000





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



## RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome: 14600 SIRAC		Nº prontuário
Data da Cirurgia 19/10/16	Enf.	Leito
Cirurgião Dr. Fábio SPB	1º Auxiliar Dr. WAG PAB	
Anestesista Dr. TAÍS	Tipo de Anestesia MEGANOLICIA	
Diagnóstico Pré-Operatório FEMIN SUPRARRECTAL VAGA FEMIN		
GUTAMOS		
Tipo de Cirurgia OBTURATORIAL FEMIN DISTAL OSEODRM COM GUTAMOS ÓSSO AVULSA		
Diagnóstico Pós Operatório - DPO		
Relatório Imediato do Patologista NAO		
Exame Radiológico no Ato SIM		
Acidente Durante a Cirurgia NAO		

SISTEMA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO - SARA - 00000000000000000000000000000000

~~Dr. Fábio SPB~~

Ortopedista / Ortopedista Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

- (1) POUQUIL GR PLCHBITO DORSAL MEN CIRURGIA (2) ASPECTO G ANTISCR  
 (3) CONCEP CAVAS CAVAGENS (4) VIT AO ACESSO VAGAL AS FEMIN DISTAL  
 GUTAMOS (5) OBEGRAIS GAVO FRATRUM SUPERRECTAL VAGA FEMIN GLOVO BGA  
 COM PESSA DIFER IMPRESA SUPRAFACIAL VAGA (6) RETROVAG CAVAGENS  
 G RETROVAG FEMIN SUPERRECTAL VAGA FEMIN GLOVO BGA  
 COM PESSA BLOCOVADA DO FEMIN DISTAL E PESSA CAVAGENS 4.5  
 G BLOCOVADA (7) VIT AO ACESSO A CAVAGENS DIFER (8) RETROVAG  
 GUTAMOS ÓSSO CAVAGENS (9) RETROVAG BI FEMIN COM SA  
 (10) CONCEP GUTAMOS ÓSSO CAVAGENS DIFER FEMIN DISTAL (11) FEMIN  
 PEL PESSA (12) CAVAGENS





MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita 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.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

As 09:05:44 do dia 16/01/2017 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00.

SEGUROU 1.118 APENAS 5 E 21/03/2017 09:23 - INQUÍRIO



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

Num. 35620181 - Pág. 26

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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 PÉRIODO 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 INTESA 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>



## 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:**



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

Num. 35620181 - Pág. 28

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333120/17

Vítima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA  
CPF: 714.848.484-70

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 23/09/2016

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

**HELIOS 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](http://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

HELIOS JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Isabel Cristina dos Santos Figueiredo



Seguradora Lider - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA	HELIO JANDOL OG MENEIROS G SILVA		
DATA DO ACIDENTE	23.09.2016	CPF DA VÍTIMA	714.848.484-70
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO			
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	( <input checked="" type="checkbox"/> ) VÍTIMA	( <input type="checkbox"/> ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É	HELIO JANDOL OG MENEIROS G SILVA
ENDEREÇO DO PORTADOR	AVA Jose Anquicimo de Paula		
Nº	223	COMPLEMENTO	BAIRRO CENTRO
CIDADE	VISTA SEMANA	UF	PR 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 IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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, TALIS 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 RECEITÁRIO 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, TALIS 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

- 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 ACCOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE 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

Num. 35620181 - Pág. 30

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333120/17

Vítima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA  
CPF: 714.848.484-70

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 23/09/2016  
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.dpvalseguro.com.br](http://www.dpvalseguro.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

HELIOS JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Juliana Antunes Estigarribia



24/11/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



SC

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

(Acessar o site)

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

VITIMA HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

COBERTURA Invalidez

POINTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - 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 - ACESSO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

### ACESSIBILIDADE

([/Pages/Acessibilidade.aspx](#)) ([/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx](#))

A A A Ø

### 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

Com o Pagamento ([/Pages/Pagamento-Seguro.aspx](#))

Consulta a Pagamento feito online ([/Pages/Consulta-a-Pagamento-e-Validacao.aspx](#))

Informações sobre o pagamento feito online ([/Pages/Consulta-Sobre-o-Pagamento.aspx](#))

[seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=09412623402&sinistroConsultaPedi...](#) 1/2



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

Num. 35620181 - Pág. 32

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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 predizer 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:



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

Num. 35620181 - Pág. 33



**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 Duto 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:

**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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 12:30:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101912301801300000034024752>  
Número do documento: 20101912301801300000034024752

Num. 35620185 - Pág. 1

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**

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 - 19/10/2020 12:30:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101912301801300000034024752>  
Número do documento: 20101912301801300000034024752

Num. 35620185 - Pág. 2