



11/12/2020

Número: **0811026-12.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
KELLIANY LIMA GOMES (AUTOR)	GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
DOUGLAS MICHALANE PIRES TEIXEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37729001	11/12/2020 11:23	Petição	Petição
37729002	11/12/2020 11:23	2691276_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03	Outros Documentos
37729003	11/12/2020 11:23	2691276_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
37729004	11/12/2020 11:23	2691276_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190625521

Vítima: KELLIANY LIMA GOMES

Data do Acidente: 18/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KELLIANY LIMA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15074847





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

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190625521

Vítima: KELLIANY LIMA GOMES

Data do Acidente: 18/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KELLIANY LIMA GOMES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: **KELLIANY LIMA GOMES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000008757**

Conta: **0000037125-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01083/01084 - carta_15R - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0389543/19 3 - CPF da vítima: 064.213.874-54 4 - Nome completo da vítima: KELLIANY LIMA GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: KELLIANY LIMA GOMES 6 - CPF: 064.213.874-54

7 - Profissão: PROFESSORA 8 - Endereço: RUA EMÍLIA MENDONÇA GOMES 9 - Número: 3273 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: VALENTINA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58063-500

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83.98651-8167

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 8757 CONTA: 371250 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valores)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se alfabetizado)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:23:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111233021800000035992131

Número do documento: 2012111233021800000035992131

Num. 37729002 - Pág. 3



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12815.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12815.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:25 horas do dia 05 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Kelliany Lima Gomes**, CPF nº 064.213.874-54, RG nº 2969419 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professora, filho(a) de Cleonice Ferreira Lima Gomes e Antonio Valentim Gomes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/04/1986 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Inspetora Emília Mendonça Gomes, Nº 1273, complemento Casa, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Em Frente Ao 5º Batalhão, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98895-3603.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Imobiliária Hema, João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/04/18 08:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

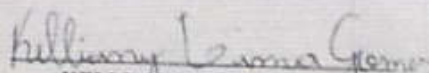
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a motocicleta, SHINERAY/ XY 50 Q ano/mod. 2014/2015, Cor: PRETA, placa QFN5818/PB - Chassi: LXYXCBL00F0350507- que está no nome de Cleonice Ferreira Lima Gomes - CPF: 885.899.604-63 mais pertence a noticiante, na Av. João Mauricio - bairro: Manaíra, quando foi surpreendida por outro veículo, VW/VOYAGE, Cor: Branca, que efetuou uma manobra bruscamente pela esquerda fechando indevidamente o lado direito, vindo a colidir no lado esquerdo do veículo SHINERAY que a noticiante conduzia, e com o impacto a noticiante caiu ao solo, onde logo após, foi conduzida pelo SAMU até o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde foi atendida e diagnosticada com FRATURA E LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO - CID: 10 S 52 0 e S 53 1 conforme LAUDO MEDICO emitido pela Dra. Rosângela M. Escorel Almeida - Medica da Vigilância à Saúde - CRM-PB 3883.

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

João Pessoa/PB, 05 de novembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


KELLIANY LIMA GOMES
Noticiante

Procedimento Policial: 12815.01.2019.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0389543/19 3 - CPF da vítima: 064.213.874-54 4 - Nome completo da vítima: KELLIANY LIMA GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: KELLIANY LIMA GOMES 6 - CPF: 064.213.874-54

7 - Profissão: PROFESSORA 8 - Endereço: RUA EMÍLIA MENDONÇA GOMES 9 - Número: 3273 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: VALENTINA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58063-500

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83.98651-8167

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 8757 CONTA: 371250 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valores)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, João Pessoa 06/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-401
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
R. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 804/101, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2045818, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MELLIANY LIMA GOMES** idade 32 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 18/04/2018, na Av. Joao Mauricio, Bairro: Manaíra - João Pessoa - aproximadamente às 08:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Para ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 30 de Abril de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Escriturário
CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KELLIANY LIMA GOMES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08757

CONTA: 000000037125-0

Autenticação:

4CFAF0BE4495A617B813C570EC8687366FF52804EB53A01DF905C5CC643A2DA6



Ag. de Cobrança
0036-1

Sit. Especial

N. Contrato
8003600024979

Data de Vencimento
11/09/2019

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTG RECIFE PE PL7 DATA DE POSTAGEM: 22/08/2019

ANTONIO VALENTIM GOMES
R EMILIA MENDONÇA GOMES, 1273
VALENTINA
58063-500 JOAO PESSOA PB



7211307021512653208697124830220819



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CLEONICE FERREIRA LIMA GOMES,
RG nº 423.668, Data de Expedição: 10/04/2013, Órgão: SSP,
Portador do CPF nº 885.899.609-63, com domicílio na cidade de
João Pessoa, no Estado de PARAIBA,
onde resido na (Rua/Av./Est.) Rua INSPECTORA L. M. GOMES,
nº 1243, complemento: CASA, declaro, sob as penas da Lei,
que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima HELLIANY LIMA GOMES,
cujo o condutor era HELLIANY LIMA GOMES.

Veículo: CICLOMOTO
Modelo: XY 50 Q
Ano: 2014/2015
Placa: QFN 5818
Chassi: LX YXCBL 00F0350507
Data do Acidente: 18/04/18

Local e Data: João Pessoa, 12/09/2019

Cleonice Ferreira Lima Gomes **CARTÓRIO**
Assinatura do Declarante **VIEIRA BATISTA**

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

CARTÓRIO
1º OFÍCIO DE NOTAS
RUA DAS PÊLOAS, 40 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA - PB
CEP: 58004-010 - Fone: (31) 3234-0013 / 3234-0014

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-041689
Reconheço por autenticidade a firma de:
CLEONICE FERREIRA LIMA

Dou fe, em testemunho da verdade, João Pessoa, PB, 12/09/2019, 09:12:14
EMOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,98 FARPEN: R\$ 0,29 IAS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AJC23976-0189
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus>

JOSELIO ALVES BATISTA - ESCRIVENTE AUTORIZADO

NOTARIAL
Ofício Notarial
Rua das Pêloas, 40 - Mangabeira
João Pessoa - PB
VIEIRA BATISTA

Scanned by CamScanner









LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Kelliany Lima Gomes</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 32	SEXO F	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 21/11/2018		DATA DE ALTA 21/11/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA 01 dia	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura consolidada de olecrano</i>				CID <i>S52.0</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de cotovelo</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de olecrano direito consolidada, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de retirada de material de síntese. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e/ou antibiótica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "Inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

DATA

Mounib Arruda Felinto
ASS. MÉDICO / C.R.M.

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











[illegible]

AV. ORESTES LEBAR, 90 - PEDRO GONDIM - CNEB: 123312 - Tel: 8932166700

සමස්ත ගුණාංගය: ආරක්ෂාව

TECHNOLOGY TRENDS & TIPS



**GOVERNO
DA PARÁIBA**

<http://www.doi.gov/papers/papers.cfm?id=1717>

NOTES 1. 4

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:23:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111233021800000035992131>

Número do documento: 20121111233021800000035992131

Num. 37729002 - Pág. 17



18/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=266060&pesquisa=S&pe...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente KELLIANY LIMA GOMES		BAE 1076505	Data/Hora Entrada 18/04/2018 10:18:00	Data Saída						
Data de nascimento 22/04/1986	Idade 31a 11m 27d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 967155169						
Mãe CLEONICE FERREIRA LIMA GOMES		Prontuário								
Endereço INSPECTORA EMÍLIA MENDONÇA GOMES, 1273		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB						
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS		Nº Cons. Regional 9603						
Data/Hora Classificação 18/04/2018 10:19:00		Data/Hora Prescrição 18/04/2018 14:00:30								
Anamnese topedia# Fratura/luxação do cotovelo direito, com indicação de internação para redução sob anestesia e imobilização. CD.: redução de fratura/luxação do cotovelo D. Encaminhamento ao Hospital de Trauma de Mangabeira conforme pactuação. Orientado por Dr Romulo.										
CID10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S52.0</td> <td>Fratura da extremidade superior do cúbito (ulna)</td> </tr> <tr> <td>S53.1</td> <td>Luxação do cotovelo, não especificada</td> </tr> </tbody> </table>					Código	Descrição	S52.0	Fratura da extremidade superior do cúbito (ulna)	S53.1	Luxação do cotovelo, não especificada
Código	Descrição									
S52.0	Fratura da extremidade superior do cúbito (ulna)									
S53.1	Luxação do cotovelo, não especificada									
Conduta Internar Paciente										

KELLIANY LIMA GOMES

Dr. Francinelo de Sousa Freitas
CRM: 9603
FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
CNS (CRM: 9603)

Boleim registrado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 18/04/2018 10:19:54

1.0.6:8080/cvb/booes/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=266060&pesquisa=S&perform=imprimirPres:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:23:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111233021800000035992131

Número do documento: 2012111233021800000035992131

Num. 37729002 - Pág. 18

18/04/2018

172.16.0.6:8080/cvts/pages/prosc...ao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=265879&pesquisa=S&pe...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOA PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente KELLIANY LIMA GOMES	BAE 1076505	Data/Hora Entrada 18/04/2018 10:19:00	Data Baixa				
Data de nascimento 22/04/1988	Idade 34a 11m 27d	Sexo Feminino	CNS				
Mão CLEONICE FERREIRA LIMA GOMES			Telefone de Contato (83) 987155169				
Endereço INSPECTORA EMÍLIA MENDONÇA GOMES, 1273			Prontuário				
Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO		Município JOAO PESSOA	UF PB				
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO URQUIISA LEITE	Nº Cons. Regional 7428/PB				
Data/Hora Classificação 18/04/2018 10:19:00	Data/Hora Prescrição 18/04/2018 10:38:08						
anamnese Paciente vítima de colisão moto-carro em uso de capacete, sem relato de TCE, desmalo ou vômitos. Ao exame: ABCD, cervical, torax e abdome sem alterações ao exame primário. Apresenta deformidade em úmero e cotovelo direitos, e dor em quadril direito sem déficit funcional. cd: RX + Alta d cir. geral + à ortopedia.							
MEDICAÇÃO SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA I AGORA, 0,0 (MGTSM) Diluir CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML							
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO RADIOGRAFIA DE BACIA							
ID10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T14.9</td> <td>Traumatismo não especificado</td> </tr> </tbody> </table>				Código	Descrição	T14.9	Traumatismo não especificado
Código	Descrição						
T14.9	Traumatismo não especificado						
Conduta Em observação							

KELLIANY LIMA GOMES

Dr. Gustavo Urquiza Leite
Clínica Geral
CRM-PB 7428

GUSTAVO URQUIISA LEITE
(CRM: 7428/PB)

Boletim registrado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 18/04/2018 10:19:54

2 15 0 6 2 8 0 8 0 / cvts / pages / prosc...ao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=265879&pesquisa=S&perform=imprimirPres



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:23:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111233021800000035992131

Número do documento: 2012111233021800000035992131

Num. 37729002 - Pág. 19



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente: KELLIANY LIMA GOMES		BAE 1075505	Data/Hora Entrada 18/04/2018 10:19:00	Data Baixa
Data de nascimento 22/04/1986	Idade 31a 11m 27d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 987155169
Mãe CLEONICE FERREIRA LIMA GOMES	Endereço INSPETORA EMÍLIA MENDONÇA GOMES, 1273	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente VEÍCULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MOURIBE ARRUDA FELINTO	Nº Cons. Regional 7522/PB	
Data/Hora Classificação 18/04/2018 10:19:00		Data/Hora Prescrição 18/04/2018 12:00:30		

Anamnese

Intopédia

- >> Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando dor e deformidade em cotovelo direito
- >> Ao exame dor local, edema importante, pulso e perfusão distais presentes e normais
- >> Radiografia evidenciando fratura/luxação de cotovelo direito

CD: Ao BC para redução inconflua sob anestesia

Conduta

Em observação

Mouribe Arruda Felinto
 RNMED-107 0702099755/MD
 CRM-PB 7522 / CRM-PE 21194

KELLIANY LIMA GOMES

MOURIBE ARRUDA FELINTO
 (CRM: 7522/PB)

ado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 18/04/2018 10:19:54

svb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&performa=imprimir...



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em DDA sob anestesia geral

Incisão:

Achados:

2. Fratura / luxação do cotovelo D.

Conduta:

3. Redução da fratura e luxação do cotovelo D sob auxílio da cirurgia.

Fechamento:

4. Sutura do músculo
5. Tala axila-furto

Observação:

AX

Médico/CRM:

Dr. Faicimélio Freitas
Médico
CRM-PE 9609
CNS 334267-1-37800

João Pessoa, 18/04/18

F(NG).ASCIR.009-1



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 121345 Atd: Nao Regul
Data: 18/04/2018
Hora: 23:19:09
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: KELLIANY LIMA GOMES

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.04.002728

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2969419 Fone: 32373640

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/04/1986 Id: 32 ano(s)

End.: EXPETORA EMILIA M. GOMES, 1273CONT 87155169

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: CLEONICE FERREIRA LIMA GOMES

Pai: ANTONIO VALENTIM GOMES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PROFESSOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

P edencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X KOTO

Vitima de violência por: EM TAMBAU/COND.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Caixa Principal

Observacao

IA EM MSD

PACIENTE ENCAMINHADA DO HEETSHL, CONFORME
PACTUACAO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente com motocicleta há 14 h
CS. 21 com fratura - lesão de potencial aberto, tendo
sido submetido a redução de fratura.

Diagnostico

Conduta

Fratura - lesão de potencial aberto

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Francisco Lucas Lima Lacerda
Ortopedia Pediátrica
CRM-PB 3913



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Kelbriany Guim Gomes</u>		Data da Admissão: <u>18/10/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____	
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: ____/____/____		
QPD: <u>Por um estudo D. de diagnóstico em laboratório</u>			
HDA: <u>excluída para vários exames. Foi detectada a presença de resíduos de alimentos no estômago e intestino. A mãe possui 6 filhos: 15-18-22-25-28-31-34-37-40-43-46-49-52-55-58-61-64-67-70-73-76-79-82-85-88-91-94-97-100-103-106-109-112-115-118-121-124-127-130-133-136-139-142-145-148-151-154-157-160-163-166-169-172-175-178-181-184-187-190-193-196-199-202-205-208-211-214-217-220-223-226-229-232-235-238-241-244-247-250-253-256-259-262-265-268-271-274-277-280-283-286-289-292-295-298-301-304-307-310-313-316-319-322-325-328-331-334-337-340-343-346-349-352-355-358-361-364-367-370-373-376-379-382-385-388-391-394-397-400-403-406-409-412-415-418-421-424-427-430-433-436-439-442-445-448-451-454-457-460-463-466-469-472-475-478-481-484-487-490-493-496-499-502-505-508-511-514-517-520-523-526-529-532-535-538-541-544-547-550-553-556-559-562-565-568-571-574-577-580-583-586-589-592-595-598-601-604-607-610-613-616-619-622-625-628-631-634-637-640-643-646-649-652-655-658-661-664-667-670-673-676-679-682-685-688-691-694-697-700-703-706-709-712-715-718-721-724-727-730-733-736-739-742-745-748-751-754-757-760-763-766-769-772-775-778-781-784-787-790-793-796-799-802-805-808-811-814-817-820-823-826-829-832-835-838-841-844-847-850-853-856-859-862-865-868-871-874-877-880-883-886-889-892-895-898-901-904-907-910-913-916-919-922-925-928-931-934-937-940-943-946-949-952-955-958-961-964-967-970-973-976-979-982-985-988-991-994-997-1000-1003-1006-1009-1012-1015-1018-1021-1024-1027-1030-1033-1036-1039-1042-1045-1048-1051-1054-1057-1060-1063-1066-1069-1072-1075-1078-1081-1084-1087-1090-1093-1096-1099-1102-1105-1108-1111-1114-1117-1120-1123-1126-1129-1132-1135-1138-1141-1144-1147-1150-1153-1156-1159-1162-1165-1168-1171-1174-1177-1180-1183-1186-1189-1192-1195-1198-1201-1204-1207-1210-1213-1216-1219-1222-1225-1228-1231-1234-1237-1240-1243-1246-1249-1252-1255-1258-1261-1264-1267-1270-1273-1276-1279-1282-1285-1288-1291-1294-1297-1300-1303-1306-1309-1312-1315-1318-1321-1324-1327-1330-1333-1336-1339-1342-1345-1348-1351-1354-1357-1360-1363-1366-1369-1372-1375-1378-1381-1384-1387-1390-1393-1396-1399-1402-1405-1408-1411-1414-1417-1420-1423-1426-1429-1432-1435-1438-1441-1444-1447-1450-1453-1456-1459-1462-1465-1468-1471-1474-1477-1480-1483-1486-1489-1492-1495-1498-1501-1504-1507-1510-1513-1516-1519-1522-1525-1528-1531-1534-1537-1540-1543-1546-1549-1552-1555-1558-1561-1564-1567-1570-1573-1576-1579-1582-1585-1588-1591-1594-1597-1600-1603-1606-1609-1612-1615-1618-1621-1624-1627-1630-1633-1636-1639-1642-1645-1648-1651-1654-1657-1660-1663-1666-1669-1672-1675-1678-1681-1684-1687-1690-1693-1696-1699-1702-1705-1708-1711-1714-1717-1720-1723-1726-1729-1732-1735-1738-1741-1744-1747-1750-1753-1756-1759-1762-1765-1768-1771-1774-1777-1780-1783-1786-1789-1792-1795-1798-1801-1804-1807-1810-1813-1816-1819-1822-1825-1828-1831-1834-1837-1840-1843-1846-1849-1852-1855-1858-1861-1864-1867-1870-1873-1876-1879-1882-1885-1888-1891-1894-1897-1900-1903-1906-1909-1912-1915-1918-1921-1924-1927-1930-1933-1936-1939-1942-1945-1948-1951-1954-1957-1960-1963-1966-1969-1972-1975-1978-1981-1984-1987-1990-1993-1996-1999-2002-2005-2008-2011-2014-2017-2020-2023-2026-2029-2032-2035-2038-2041-2044-2047-2050-2053-2056-2059-2062-2065-2068-2071-2074-2077-2080-2083-2086-2089-2092-2095-2098-2101-2104-2107-2110-2113-2116-2119-2122-2125-2128-2131-2134-2137-2140-2143-2146-2149-2152-2155-2158-2161-2164-2167-2170-2173-2176-2179-2182-2185-2188-2191-2194-2197-2200-2203-2206-2209-2212-2215-2218-2221-2224-2227-2230-2233-2236-2239-2242-2245-2248-2251-2254-2257-2260-2263-2266-2269-2272-2275-2278-2281-2284-2287-2290-2293-2296-2299-2302-2305-2308-2311-2314-2317-2320-2323-2326-2329-2332-2335-2338-2341-2344-2347-2350-2353-2356-2359-2362-2365-2368-2371-2374-2377-2380-2383-2386-2389-2392-2395-2398-2401-2404-2407-2410-2413-2416-2419-2422-2425-2428-2431-2434-2437-2440-2443-2446-2449-2452-2455-2458-2461-2464-2467-2470-2473-2476-2479-2482-2485-2488-2491-2494-2497-2500-2503-2506-2509-2512-2515-2518-2521-2524-2527-2530-2533-2536-2539-2542-2545-2548-2551-2554-2557-2560-2563-2566-2569-2572-2575-2578-2581-2584-2587-2590-2593-2596-2599-2602-2605-2608-2611-2614-2617-2620-2623-2626-2629-2632-2635-2638-2641-2644-2647-2650-2653-2656-2659-2662-2665-2668-2671-2674-2677-2680-2683-2686-2689-2692-2695-2698-2701-2704-2707-2710-2713-2716-2719-2722-2725-2728-2731-2734-2737-2740-2743-2746-2749-2752-2755-2758-2761-2764-2767-2770-2773-2776-2779-2782-2785-2788-2791-2794-2797-2800-2803-2806-2809-2812-2815-2818-2821-2824-2827-2830-2833-2836-2839-2842-2845-2848-2851-2854-2857-2860-2863-2866-2869-2872-2875-2878-2881-2884-2887-2890-2893-2896-2899-2902-2905-2908-2911-2914-2917-2920-2923-2926-2929-2932-2935-2938-2941-2944-2947-2950-2953-2956-2959-2962-2965-2968-2971-2974-2977-2980-2983-2986-2989-2992-2995-2998-3001-3004-3007-3010-3013-3016-3019-3022-3025-3028-3031-3034-3037-3040-3043-3046-3049-3052-3055-3058-3061-3064-3067-3070-3073-3076-3079-3082-3085-3088-3091-3094-3097-3100-3103-3106-3109-3112-3115-3118-3121-3124-3127-3130-3133-3136-3139-3142-3145-3148-3151-3154-3157-3160-3163-3166-3169-3172-3175-3178-3181-3184-3187-3190-3193-3196-3199-3202-3205-3208-3211-3214-3217-3220-3223-3226-3229-3232-3235-3238-3241-3244-3247-3250-3253-3256-3259-3262-3265-3268-3271-3274-3277-3280-3283-3286-3289-3292-3295-3298-3301-3304-3307-3310-3313-3316-3319-3322-3325-3328-3331-3334-3337-3340-3343-3346-3349-3352-3355-3358-3361-3364-3367-3370-3373-3376-3379-3382-3385-3388-3391-3394-3397-3400-3403-3406-3409-3412-3415-3418-3421-3424-3427-3430-3433-3436-3439-3442-3445-3448-3451-3454-3457-3460-3463-3466-3469-3472-3475-3478-3481-3484-3487-3490-3493-3496-3499-3502-3505-3508-3511-3514-3517-3520-3523-3526-3529-3532-3535-3538-3541-3544-3547-3550-3553-3556-3559-3562-3565-3568-3571-3574-3577-3580-3583-3586-3589-3592-3595-3598-3601-3604-3607-3610-3613-3616-3619-3622-3625-3628-3631-3634-3637-3640-3643-3646-3649-3652-3655-3658-3661-3664-3667-3670-3673-3676-3679-3682-3685-3688-3691-3694-3697-3700-3703-3706-3709-3712-3715-3718-3721-3724-3727-3730-3733-3736-3739-3742-3745-3748-3751-3754-3757-3760-3763-3766-3769-3772-3775-3778-3781-3784-3787-3790-3793-3796-3799-3802-3805-3808-3811-3814-3817-3820-3823-3826-3829-3832-3835-3838-3841-3844-3847-3850-3853-3856-3859-3862-3865-3868-3871-3874-3877-3880-3883-3886-3889-3892-3895-3898-3901-3904-3907-3910-3913-3916-3919-3922-3925-3928-3931-3934-3937-3940-3943-3946-3949-3952-3955-3958-3961-3964-3967-3970-3973-3976-3979-3982-3985-3988-3991-3994-3997-4000-4003-4006-4009-4012-4015-4018-4021-4024-4027-4030-4033-4036-4039-4042-4045-4048-4051-4054-4057-4060-4063-4066-4069-4072-4075-4078-4081-4084-4087-4090-4093-4096-4099-4102-4105-4108-4111-4114-4117-4120-4123-4126-4129-4132-4135-4138-4141-4144-4147-4150-4153-4156-4159-4162-4165-4168-4171-4174-4177-4180-4183-4186-4189-4192-4195-4198-4201-4204-4207-4210-4213-4216-4219-4222-4225-4228-4231-4234-4237-4240-4243-4246-4249-4252-4255-4258-4261-4264-4267-4270-4273-4276-4279-4282-4285-4288-4291-4294-4297-4300-4303-4306-4309-4312-4315-4318-4321-4324-4327-4330-4333-4336-4339-4342-4345-4348-4351-4354-4357-4360-4363-4366-4369-4372-4375-4378-4381-4384-4387-4390-4393-4396-4399-4402-4405-4408-4411-4414-4417-4420-4423-4426-4429-4432-4435-4438-4441-4444-4447-4450-4453-4456-4459-4462-4465-4468-4471-4474-4477-4480-4483-4486-4489-4492-4495-4498-4501-4504-4507-4510-4513-4516-4519-4522-4525-4528-4531-4534-4537-4540-4543-4546-4549-4552-4555-4558-4561-4564-4567-4570-4573-4576-4579-4582-4585-4588-4591-4594-4597-4600-4603-4606-4609-4612-4615-4618-4621-4624-4627-4630-4633-4636-4639-4642-4645-4648-4651-4654-4657-4660-4663-4666-4669-4672-4675-4678-4681-4684-4687-4690-4693-4696-4699-4702-4705-4708-4711-4714-4717-4720-4723-4726-4729-4732-4735-4738-4741-4744-4747-4750-4753-4756-4759-4762-4765-4768-4771-4774-4777-4780-4783-4786-4789-4792-4795-4798-4801-4804-4807-4810-4813-4816-4819-4822-4825-4828-4831-4834-4837-4840-4843-4846-4849-4852-4855-4858-4861-4864-4867-4870-4873-4876-4879-4882-4885-4888-4891-4894-4897-4900-4903-4906-4909-4912-4915-4918-4921-4924-4927-4930-4933-4936-4939-4942-4945-4948-4951-4954-4957-4960-4963-4966-4969-4972-4975-4978-4981-4984-4987-4990-4993-4996-5000-5003-5006-5009-5012-5015-5018-5021-5024-5027-5030-5033-5036-5039-5042-5045-5048-5051-5054-5057-5060-5063-5066-5069-5072-5075-5078-5081-5084-5087-5090-5093-5096-5099-5102-5105-5108-5111-5114-5117-5120-5123-5126-5129-5132-5135-5138-5141-5144-5147-5150-5153-5156-5159-5162-5165-5168-5171-5174-5177-5180-5183-5186-5189-5192-5195-5198-5201-5204-5207-5210-5213-5216-5219-5222-5225-5228-5231-5234-5237-5240-5243-5246-5249-5252-5255-5258-5261-5264-5267-5270-5273-5276-5279-5282-5285-5288-5291-5294-5297-5300-5303-5306-5309-5312-5315-5318-5321-5324-5327-5330-5333-5336-5339-5342-5345-5348-5351-5354-5357-5360-5363-5366-5369-5372-5375-5378-5381-5384-5387-5390-5393-5396-5399-5402-5405-5408-5411-5414-5417-5420-5423-5426-5429-5432-5435-5438-5441-5444-5447-5450-5453-5456-5459-5462-5465-5468-5471-5474-5477-5480-5483-5486-5489-5492-5495-5498-5501-5504-5507-5510-5513-5516-5519-5522-5525-5528-5531-5534-5537-5540-5543-5546-5549-5552-5555-5558-5561-5564-5567-5570-5573-5576-5579-5582-5585-5588-5591-5594-5597-5600-5603-5606-5609-5612-5615-5618-5621-5624-5627-5630-5633-5636-5639-5642-5645-5648-5651-5654-5657-5660-5663-5666-5669-5672-5675-5678-5681-5684-5687-5690-5693-5696-5699-5702-5705-5708-5711-5714-5717-5720-5723-5726-5729-5732-5735-5738-5741-5744-5747-5750-5753-5756-5759-5762-5765-5768-5771-5774-5777-5780-5783-5786-5789-5792-5795-5798-5801-5804-5807-5810-5813-5816-5819-5822-5825-5828-5831-5834-5837-5840-5843-5846-5849-5852-5855-5858-5861-5864-5867-5870-5873-5876-5879-5882-5885-5888-5891-5894-5897-5900-5903-5906-5909-5912-5915-5918-5921-5924-5927-5930-5933-5936-5939-5942-5945-5948-5951-5954-5957-5960-5963-5966-5969-5972-5975-5978-5981-5984-5987-5990-5993-5996-6000-6003-6006-6009-6012-6015-6018-6021-6024-6027-6030-6033-6036-6039-6042-6045-6048-6051-6054-6057-6060-6063-6066-6069-6072-6075-6078-6081-6084-6087-6090-6093-6096-6099-6102-6105-6108-6111-6114-6117-6120-6123-6126-6129-6132-6135-6138-6141-6144-6147-6150-6153-6156-6159-6162-6165-6168-6171-6174-6177-6180-6183-6186-6189-6192-6195-6198-6201-6204-6207-6210-6213-6216-6219-6222-6225-6228-6231-6234-6237-6240-6243-6246-6249-6252-6255-6258-6261-6264-6267-6270-6273-6276-6279-6282-6285-6288-6291-6294-6297-6300-6303-6306-6309-6312-6315-6318-6321-6324-6327-6330-6333-6336-6339-6342-6345-6348-6351-6354-6357-6360-6363-6366-6369-6372-6375-6378-6381-6384-6387-6390-6393-6396-6399-6402-6405-6408-6411-6414-6417-6420-6423-6426-6429-6432-6435-6438-6441-6444-6447-6450-6453-6456-6459-6462-6465-6468-6471-6474-6477-6480-6483-6486-6489-6492-6495-6498-6501-6504-6507-6510-6513-6516-6519-6522-6525-6528-6531-6534-6537-6540-6543-6546-6549-6552-6555-6558-6561-6564-6567-6570-6573-6576-6579-6582-6585-6588-6591-6594-6597-6600-6603-6606-6609-6612-6615-6618-6621-6624-6627-6630-6633-6636-6639-6642-6645-6648-6651-6654-6657-6660-6663-6666-6669-6672-6675-6678-6681-6684-6687-6690-6693-6696-6699-6702-6705-6708-6711-6714-6717-6720-6723-6726-6729-6732-6735-6738-6741-6744-6747-6750-6753-6756-6759-6762-6765-6768-6771-6774-6777-6780-6783-6786-6789-6792-6795-6798-6801-6804-6807-6810-6813-6816-6819-6822-6825-6828-6831-6834-6837-6840-6843-6846-6849-6852-6855-6858-6861-6864-6867-6870-6873-6876-6879-6882-6885-6888-6891-6894-6897-6900-6903-6906-6909-6912-6915-6918-6921-6924-6927-6930-6933-6936-6939-6942-6945-6948-6951-6954-6957-6960-6963-6966-6969-6972-6975-6978-6981-6984-6987-6990-6993-6996-7000-7003-7006-7009-7012-7015-7018-7021-7024-7027-7030-7033-7036-7039-7042-7045-7048-7051-7054-7057-7060-7063-7066-7069-7072-7075-7078-7081-7084-7087-7090-7093-7096-7099-7102-7105-7108-7111-7114-7117-7120-7123-7126-7129-7132-7135-7138-7141-7144-7147-7150-7153-7156-7159-7162-7165-7168-7171-7174-7177-7180-7183-7186-7189-7192-7195-7198-7201-7204-7207-7210-7213-7216-7219-7222-7225-7228-7231-7234-7237-7240-7243-7246-7249-7252-7255-7258-7261-7264-7267-7270-7273-7276-7279-7282-7285-7288-7291-7294-7297-7300-7303-7306-7309-7312-7315-7318-7321-7324-7327-7330-7333-7336-7339-7342-7345-7348-7351-7354-735</u>			

Antecedentes Pessoais e Hábitos:Doenças Anteriores: NenhumaAlergias: Nenhuma

[] HTP

Cirurgias: Nenhuma

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: InterpretadosHipóteses Diagnósticas: fratura - lesão de estômago e intestinoConduta: internar

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, SN, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







pt Kellyanne Lima Gomes

Laudo Médico

Paciente vítima de trauma em cotovelo resultando em fratura do olecrânio direito, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.0

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9.128 SBO 9.603

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBO 9.603

02/05/2018

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1076505 e PRONTUÁRIO nº 108293

PACIENTE: KELLIANY LIMA GOMES

DATA DE NASCIMENTO: 22.04.86

Data e Hora do Atendimento: 18.04.18

Horário: 10:19h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de trânsito (colisão moto x carro) apresentando quadro de deformidade no úmero e cotovelo direito e dor no quadril direito. Atendido pelo Dr. Francinelio de Sousa Freitas CRM 9603, Dr. Gustavo Urquiza Leite CRM 7429, Dr. Mouribe Arruda Felinto CRM 7522.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA E LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO

CID 10 S 52 0 e S 53 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do braço direito AP e Perfil, Rx do antebraço direito AP e Perfil e tratamento no bloco cirúrgico com redução incruenta de fratura/luxação do cotovelo direito e colocação de tala axilo-palmar. Paciente encaminhado ao ORTOTRAUMA conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR: Em 18.04.18 às 14:42h encaminhado ao ORTOTRAUMA conforme pactuação.

Data da Emissão: 08.10.19

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





CERTIDÃO

Nº. 1326/2018

Atendendo solicitação de **KELLIANY LIMA GOMES** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº121345 e Prontuário de Nº2018.04.002728 pertencente a requerente que foi atendida dia 18/04/2018 às 23H19min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Retornou dia 02/05/2018 às 08h45min com ficha nº 124808 apresentando trauma em cotovelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 02/05/2018 com alta médica dia 02/05/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de setembro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





Nome: <i>Kellyane Lima Gomes</i>			Registro:		
Idade: <i>32 anos</i>	Sexo: <i>Fem</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatol</i>	EMP:	LR:
Data: <i>02/05/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Valdeban Carvalho (R1)</i>		
Anestesista: <i>Imbelloni</i>			Instrumentador: <i>Paloma</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do Olecrânio Direito</i>				<i>S52.0</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese do Cotovelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto de Barros



Documento de Alta

Nome: KELLIANY LIMA GOMES	
Data de alta: 22/04/1986	Sexo: Feminino
Data de internação: 18/04/2018 14:31:57	Data de alta: 18/04/2018 14:42:19
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR	
Condução: redução inconflua de fratura/luxação de cotovelo direito sob auxílio de intensificador de imagens e imobilização com tala axilo palmar.	
Resumo da internação: Paciente admitida com diagnóstico de fratura/luxação de cotovelo direito após acidente de moto.	
Resultado de Exames:	
Tratamento: Redução inconflua de luxação de cotovelo direito.	
Diagnóstico: S52.0 - Fratura da extremidade superior do cubito [ulna]	
Recomendações: Fracionada ao Ortopedia de Mangabeira conforme pacificação.	

Data: 18/04/2018

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
CRM: 9603



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente Kelliany Lima Gomes,
R.G. 2969419 Prontuário Médico de nº 2018.04.002728,
Residente R. Expetora Emilia Gomes nº 1279, Bairro Valentine,
Cidade / Estado João Pessoa, encontra-se interno (a) neste Hospital, na Enfermaria / Leito
Amarela 3, desde o dia 18 / 04 / 2018 até a presente data.
Nada mais a declarar.

João Pessoa - PB, 25 / 04 / 2018

Francisca Ivonete Alves
Assistente Social
CRESS 2734-13ª Reg. PB

Assistente Social - Plantonista



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.
RUA/ AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha: 124808 Atd: Nao Regulac
Data: 02/05/2018 08:45:57
Recepcionista: THAIS DE ALMEIDA FERNANDES
Clinica: AMBULATORIO
Atendimento: CONSULTA

FICHA DE AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Nome: KELLIANY LIMA GOMES

Mae: CLEONICE FERREIRA LIMA GOMES

Data Nasc.: 22/04/1986 Idade: 32 ano(s)

IDENTIDADE: 2969419

Ocupação: PROFESSOR SEM ESPECIFICACAO

End.: EXPETORA EMILIA M. GOMES, 1273, CONT 87155169

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Procedencia: RESIDENCIA

Resp.: KELLIANY LIMA GOMES

Num. de vezes atendido: 2

Prontuario: 2018.04.002728

Pai: ANTONIO VALENTIM GOMES

Sexo: F CNS: SEM CNS

Telefone: 32373640 Estado Civil: NAO INFO

Natural: JOAO PESSOA-PB

Profissional:

Tel.: 32373640

IDENTIDADE: 2969419

PR: NSULTA: PA: FC: FR: TEMP: GLICEMIA: SO2:

HDA:

ANTECEDENTES: *trauma em cotovelo por queda de n*
tacadeira em 18.04.2018. [ALERGIA []

MEDICAMENTOS EM USO:

EXAME FISICO:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

CC: TA:

CURATIVO: SIMPLES: []

COM PONTOS: []

TROCA DE SOND/

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 EBT 0603

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

KELLIANY LIMA GOMES
ASSINATURA DO PACIENTE

PROCEDIMENTO REALIZADO: (CONTAS MEDICAS)

ASSINATURA DO E CARIMBO DO M



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
Paciente em decúbito ventral sob anestesia
Realizado garroteamento de membro superior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:
Incisão em região posterior de cotovelo
Dissecção por planos até foco de fratura
Hemostasia com eletrocautério
Achados:
Visualização de fratura da extremidade superior da ulna
Conduta:
Realizada redução de fragmentos ósseos
Fixação de fragmentos com ósseos com 01 Placa 1/3 tubular modelada + 06 parafusos corticais
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%
Fechamento:
Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo
Retirada de garrote de membro superior
Observada boa perfusão periférica
Tala axilopalmar gessada
OBS:

Data: 02, 05, 18

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19428 SBO 9603

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





Nome: <i>Kellyane Lima Gomes</i>			Registro:		
Idade: <i>32 anos</i>	Sexo: <i>Fem</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatol.</i>	EMP:	LR:
Data: <i>02/05/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Valdeban Carvalho (R1)</i>		
Anestesista: <i>Imbelloni</i>			Instrumentador: <i>Paloma</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do Olecrânio Direito</i>					<i>S52.0</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese do Cotovelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa – PB





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Kellianny Lima Gomes BE/Prontuário: 1076509
Idade: 31a Sexo: () Masculino ☒ Feminino Cor: _____ Data: 28/04/18
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução intraumeral de fratura/luxação do cotovelo D.
Cirurgião: Dr. Rômulo 1º Assistente: Dr. Francinelly (R21)
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura/luxação de cotovelo D.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução intraumeral de fratura/luxação de cotovelo D.</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

o/CRM: _____

Dr. Francinelly Freitas
Médico
CRM-PE 5603
CNS 114047

João Pessoa, 28/04/18



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE		Kelliany Lima Gomes	
IDADE	31	PRONTUÁRIO	BS 636705
CIRURGIÃO		Tto. Cirurg. Redução Incompleta de Frat. de Vomer em contato D	
CIRURGIÃO		Dr. Romulo (aux. Fraxinelli) FAUS.	
ANESTESIA		geral	
ANESTESISTA		Dr. Sandro + Dr. Crisóvão	
INSTRUMENTADOR			
DATA	18-04-18	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO	18:20
FIN		CIRURGIÃO: INÍCIO 18:50	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)			
ASA 1 (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) ASA 5 (1)			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMP (2) CONTAMINADA (3) EFECTUADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAIS CONT. QTD.	
ALFENTANIL		JELCO Nº18	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22	FIO DE AÇO Nº
CETANINA		JELCO Nº24	FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº
FLUORIDATO		LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON Nº
PENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº20	FIO POLILACTINA Nº
PLUTAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLILACTINA Nº
RANO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLILACTINA Nº
ROPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº
ROPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO Nº
ROPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7.5	FIO POLIGLECAPRONE Nº
ROPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7.5	FIO SEDA Nº
ROPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº8.0	FIO SEDA Nº
ROPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº8.5	FITA CARDIACA
ROPIVACAÍNA S/ VASO		MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL QTD.
ROPIVACAÍNA S/ VASO		MULTIVIAS	CATETER DE PIC
ROPIVACAÍNA S/ VASO		PERFURADOR DE SONO	CIMENTO CIRÚRGICO
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SCALP Nº19	CLIP TITÂNIO LIGADURA
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SCALP Nº21	FIO DE KIRSCHNER Nº
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SERINGA 5ML	FIO STEINMAN Nº
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº8	HEMOST. ABSORVIVEL
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº10	KIT. DERIVA. VENTRICULAR
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº12	PRÓTESE VASCULAR
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT. PAM
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº16	FIXADOR EXTERNO
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SONDAS FOLEY 2VIAS Nº12	EMPRESA
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SONDAS FOLEY 2VIAS Nº14	PARAFUSOS CORTICAIS
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SONDAS NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SONDAS NASOG. LONGA	PARAFUSOS ESPONGIOSOS
ROPIVACAÍNA S/ VASO		SONDAS URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONGIOSOS
ROPIVACAÍNA S/ VASO		TORNEIRINHA	PARAFUSOS MALEOLAR
ROPIVACAÍNA S/ VASO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
ROPIVACAÍNA S/ VASO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
ROPIVACAÍNA S/ VASO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 3	PLACA
ROPIVACAÍNA S/ VASO		TUBO SILICONE (LATEX)	EQUIPAMENTOS
ROPIVACAÍNA S/ VASO		EQUIPO TRANSF. SANGUE	ASPIRADOR
ROPIVACAÍNA S/ VASO		EQUIPO MICROGOTAS	BISTURI ELÉTRICO
ROPIVACAÍNA S/ VASO		ESPONJA DE PVPI	CAPNOGRÁFO
ROPIVACAÍNA S/ VASO		ESPARADRAPO	CÁRDIO MONITOR
ROPIVACAÍNA S/ VASO		GAZES	DEFIBRILADOR
ROPIVACAÍNA S/ VASO		GAZES ALGODÃO DAS	FOCO AUXILIAR
ROPIVACAÍNA S/ VASO		GEL ELETROLÍTICO	FOCO CENTRAL
ROPIVACAÍNA S/ VASO		JELCO Nº14	MICROSCÓPIO
ROPIVACAÍNA S/ VASO		JELCO Nº16	OXÍMETRO DE PULSO
ROPIVACAÍNA S/ VASO			P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
ROPIVACAÍNA S/ VASO			PERFURADOR ELÉTRICO
ROPIVACAÍNA S/ VASO			SERRA, HARTMANN

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:23:30
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111233021800000035992131
 Número do documento: 2012111233021800000035992131

HEE/SHL

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/04/18

PRONTUÁRIO: 676505

PACIENTE: KELIANY LIMA GOMES

SEXO: F

COR: B

IDADE: 31a

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL	(X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	(X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO			AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL	DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO					ESTADO FÍSICO (ASA)
DOSE / HORA					2
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
CIRURGIA REALIZADA Redução Invertida de Braço de Lâmbdo (D)					
CIRURGIÃO Raulo		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA 13:20h		TERMINO DA ANESTESIA 13:50h	DURAÇÃO DA ANESTESIA 30 min		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES RS		
ANESTESISTA George Fernandes		CPF 012.937.844-51	CRM-PB 7794		

ANESTESIA	13:20	13:50	14:00	14:10	14:20	14:30	14:40	14:50	15:00	15:10	15:20	15:30	15:40	15:50	16:00	16:10	16:20	16:30	16:40	16:50	17:00	17:10	17:20	17:30	17:40	17:50	18:00	18:10	18:20	18:30	18:40	18:50	19:00	19:10	19:20	19:30	19:40	19:50	20:00	20:10	20:20	20:30	20:40	20:50	21:00	21:10	21:20	21:30	21:40	21:50	22:00	22:10	22:20	22:30	22:40	22:50	23:00	23:10	23:20	23:30	23:40	23:50	00:00	00:10	00:20	00:30	00:40	00:50	01:00	01:10	01:20	01:30	01:40	01:50	02:00	02:10	02:20	02:30	02:40	02:50	03:00	03:10	03:20	03:30	03:40	03:50	04:00	04:10	04:20	04:30	04:40	04:50	05:00	05:10	05:20	05:30	05:40	05:50	06:00	06:10	06:20	06:30	06:40	06:50	07:00	07:10	07:20	07:30	07:40	07:50	08:00	08:10	08:20	08:30	08:40	08:50	09:00	09:10	09:20	09:30	09:40	09:50	10:00	10:10	10:20	10:30	10:40	10:50	11:00	11:10	11:20	11:30	11:40	11:50	12:00	12:10	12:20	12:30	12:40	12:50	13:00	13:10	13:20	13:30	13:40	13:50	14:00	14:10	14:20	14:30	14:40	14:50	15:00	15:10	15:20	15:30	15:40	15:50	16:00	16:10	16:20	16:30	16:40	16:50	17:00	17:10	17:20	17:30	17:40	17:50	18:00	18:10	18:20	18:30	18:40	18:50	19:00	19:10	19:20	19:30	19:40	19:50	20:00	20:10	20:20	20:30	20:40	20:50	21:00	21:10	21:20	21:30	21:40	21:50	22:00	22:10	22:20	22:30	22:40	22:50	23:00	23:10	23:20	23:30	23:40	23:50	00:00	00:10	00:20	00:30	00:40	00:50	01:00	01:10	01:20	01:30	01:40	01:50	02:00	02:10	02:20	02:30	02:40	02:50	03:00	03:10	03:20	03:30	03:40	03:50	04:00	04:10	04:20	04:30	04:40	04:50	05:00	05:10	05:20	05:30	05:40	05:50	06:00	06:10	06:20	06:30	06:40	06:50	07:00	07:10	07:20	07:30	07:40	07:50	08:00	08:10	08:20	08:30	08:40	08:50	09:00	09:10	09:20	09:30	09:40	09:50	10:00	10:10	10:20	10:30	10:40	10:50	11:00	11:10	11:20	11:30	11:40	11:50	12:00	12:10	12:20	12:30	12:40	12:50	13:00	13:10	13:20	13:30	13:40	13:50	14:00	14:10	14:20	14:30	14:40	14:50	15:00	15:10	15:20	15:30	15:40	15:50	16:00	16:10	16:20	16:30	16:40	16:50	17:00	17:10	17:20	17:30	17:40	17:50	18:00	18:10	18:20	18:30	18:40	18:50	19:00	19:10	19:20	19:30	19:40	19:50	20:00	20:10	20:20	20:30	20:40	20:50	21:00	21:10	21:20	21:30	21:40	21:50	22:00	22:10	22:20	22:30	22:40	22:50	23:00	23:10	23:20	23:30	23:40	23:50	00:00	00:10	00:20	00:30	00:40	00:50	01:00	01:10	01:20	01:30	01:40	01:50	02:00	02:10	02:20	02:30	02:40	02:50	03:00	03:10	03:20	03:30	03:40	03:50	04:00	04:10	04:20	04:30	04:40	04:50	05:00	05:10	05:20	05:30	05:40	05:50	06:00	06:10	06:20	06:30	06:40	06:50	07:00	07:10	07:20	07:30	07:40	07:50	08:00	08:10	08:20	08:30	08:40	08:50	09:00	09:10	09:20	09:30	09:40	09:50	10:00	10:10	10:20	10:30	10:40	10:50	11:00	11:10	11:20	11:30	11:40	11:50	12:00	12:10	12:20	12:30	12:40	12:50	13:00	13:10	13:20	13:30	13:40	13:50	14:00	14:10	14:20	14:30	14:40	14:50	15:00	15:10	15:20	15:30	15:40	15:50	16:00	16:10	16:20	16:30	16:40	16:50	17:00	17:10	17:20	17:30	17:40	17:50	18:00	18:10	18:20	18:30	18:40	18:50	19:00	19:10	19:20	19:30	19:40	19:50	20:00	20:10	20:20	20:30	20:40	20:50	21:00	21:10	21:20	21:30	21:40	21:50	22:00	22:10	22:20	22:30	22:40	22:50	23:00	23:10	23:20	23:30	23:40	23:50	00:00	00:10	00:20	00:30	00:40	00:50	01:00	01:10	01:20	01:30	01:40	01:50	02:00	02:10	02:20	02:30	02:40	02:50	03:00	03:10	03:20	03:30	03:40	03:50	04:00	04:10	04:20	04:30	04:40	04:50	05:00	05:10	05:20	05:30	05:40	05:50	06:00	06:10	06:20	06:30	06:40	06:50	07:00	07:10	07:20	07:30	07:40	07:50	08:00	08:10	08:20	08:30	08:40	08:50	09:00	09:10	09:20	09:30	09:40	09:50	10:00	10:10	10:20	10:30	10:40	10:50	11:00	11:10	11:20	11:30	11:40	11:50	12:00	12:10	12:20	12:30	12:40	12:50	13:00	13:10	13:20	13:30	13:40	13:50	14:00	14:10	14:20	14:30	14:40	14:50	15:00	15:10	15:20	15:30	15:40	15:50	16:00	16:10	16:20	16:30	16:40	16:50	17:00	17:10	17:20	17:30	17:40	17:50	18:00	18:10	18:20	18:30	18:40	18:50	19:00	19:10	19:20	19:30	19:40	19:50	20:00	20:10	20:20	20:30	20:40	20:50	21:00	21:10	21:20	21:30	21:40	21:50	22:00	22:10	22:20	22:30	22:40	22:50	23:00	23:10	23:20	23:30	23:40	23:50	00:00	00:10	00:20	00:30	00:40	00:50	01:00	01:10	01:20	01:30	01:40	01:50	02:00	02:10	02:20	02:30	02:40	02:50	03:00	03:10	03:20	03:30	03:40	03:50	04:00	04:10	04:20	04:30	04:40	04:50	05:00	05:10	05:20	05:30	05:40	05:50	06:00	06:10	06:20	06:30	06:40	06:50	07:00	07:10	07:20	07:30	07:40	07:50	08:00	08:10	08:20	08:30	08:40	08:50	09:00	09:10	09:20	09:30	09:40	09:50	10:00	10:10	10:20	10:30	10:40	10:50	11:00	11:10	11:20	11:30	11:40	11:50	12:00	12:10	12:20	12:30	12:40	12:50	13:00	13:10	13:20	13:30	13:40	13:50	14:00	14:10	14:20	14:30	14:40	14:50	15:00	15:10	15:20	15:30	15:40	15:50	16:00	16:10	16:20	16:30	16:40	16:50	17:00	17:10	17:20	17:30	17:40	17:50	18:00	18:10	18:20	18:30	18:40	18:50	19:00	19:10	19:20	19:30	19:40	19:50	20:00	20:10	20:20	20:30	20:40	20:50	21:00	21:10	21:20	21:30	21:40	21:50	22:00	22:10	22:20	22:30	22:40	22:50	23:00	23:10	23:20	23:30	23:40	23:50	00:00	00:10	00:20	00:30	00:40	00:50	01:00	01:10	01:20	01:30	01:40	01:50	02:00	02:10	02:20	02:30	02:40	02:50	03:00	03:10	03:20	03:30	03:40	03:50	04:00	04:10	04:20	04:30	04:40	04:50	05:00	05:10	05:20	05:30	05:40	05:50	06:00	06:10	06:20	06:30	06:40	06:50	07:00	07:10	07:20	07:30	07:40	07:50	08:00	08:10	08:20	08:30	08:40	08:50	09:00	09:10	09:20	09:30	09:40	09:50	10:00	10:10	10:20	10:30	10:40	10:50	11:00	11:10	11:20	11:30	11:40	11:50	12:00	12:10	12:20	12:30	12:40	12:50	13:00	13:10	13:20	13:30	13:40	13:50	14:00	14:10	14:20	14:30	14:40	14:50	15:00	15:10	15:20	15:30	15:40	15:50	16:00	16:10	16:20	16:30	16:40	16:50	17:00	17:10	17:20	17:30	17:40	17:50	18:00	18:10	18:20	18:30	18:40	18:50	19:00	19:10	19:20	19:30	19:40	19:50	20:00	20:10	20:20	20:30	20:40	20:50	21:00	21:10	21:20	21:30	21:40	21:50	22:00	22:10	22:20	22:30	22:40	22:50	23:00	23:10	23:20	23:30	23:40	23:50	00:00	00:10	00:20	00:30	00:40	00:50	01:00	01:10	01:20	01:30	01:40	01:50	02:00	02:10	02:20	02:30	02:40	02:50	03:00	03:10	03:20	03:30	03:40	03:50	04:00	04:10	04:20	04:30	04:40	04:50	05:00	05:10	05:20	05:30	05:40	05:50	06:00	06:10	06:20	06:30	06:40	06:50	07:00	07:10	07:20	07:30	07:40	07:50	08:00	08:10	08:20	08:30	08:40	08:50	09:00	09:10	09:20	09:30	09:40	09:50	10:00	10:10	10:20	10:30	10:40	10:50	11:00	11:10	11:20	11:30	11:40	11:50	12:00	12:10	12:20	12:30	12:40	12:50	13:00	13:10	13:20	13:30	13:40	13:50	14:00	14:10	14:20	14:30	14:40	14:50	15:00	15:10	15:20	15:30	15:40	15:50	16:00	16:10	16:20	16:30	16:40	16:50	17:00	17:10	17:20	17:30	17:40	17:50	18:00	18:
-----------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-----



00000000000000000000000000000000

30/08/2016
DATA
78444



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190625521 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELLIANY LIMA GOMES **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO. P.9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.12,17,21,29

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.3

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190625521 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELLIANY LIMA GOMES **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO. P.9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.12,17,21,29

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.3

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389841/19

Vítima: KELLIANY LIMA GOMES

CPF: 064.213.874-54

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLIANY LIMA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KELLIANY LIMA GOMES : 064.213.874-54

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2019
Nome: KELLIANY LIMA GOMES
CPF: 064.213.874-54

KELLIANY LIMA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190625521 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELLIANY LIMA GOMES **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO. P.9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.12,17,21,29

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.3

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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

Processo: 08110261220198152003

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 **KELLIANY LIMA GOMES**, 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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

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

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



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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 9 de dezembro 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

