



Número: **0809911-53.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **30/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.961,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
NAILSON CORDEIRO DA SILVA (AUTOR)	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36112 302	30/10/2020 11:21	<u>Petição</u>	Petição
36112 303	30/10/2020 11:21	<u>2693667_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
36112 304	30/10/2020 11:21	<u>2693667_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:21:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011214054700000034482606>
Número do documento: 20103011214054700000034482606

Num. 36112302 - Pág. 1



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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190510383 **Vítima: NAILSON CORDEIRO DA SILVA**

Data do Acidente: 16/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). NAILSON CORDEIRO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização

abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: NAILSON CORDEIRO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000735

Conta: 0000017384-1

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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, retorno 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





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, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190510383 Vítima: NAILSON CORDEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 16/05/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NAILSON CORDEIRO DA SILVA

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, contados 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 n° 14929806



230 00869/00870 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:21:40
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011214072000000034482607>
Número do documento: 20103011214072000000034482607

Núm. 36112303 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	038 011 504 - 29	Naílson Cendrino da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Enderéco:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:		Tel.(DDD):	

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0735** CONTA: **17384** **1**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deu ou nasceu (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs 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.

Local e Data,	João Pessoa 10-04-19
Name:	_____
CPF:	_____

(*) Assinatura de quem assina a RGDO

Naílson Cendrino da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA**

CPF: **02 SET. 2019**

2º | Nome: **PROTÓCULO**

CPF: **AG. 10ÃO PESSO**

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

SSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:21:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301121407200000034482607>
Número do documento: 2010301121407200000034482607

Num. 36112303 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	038 011 504 - 29	Noilson Cendrino da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Profissão:	Endereço:	CPF:
Noilson Cendrino da Silva	Reusor	Cananéia Geiomun	038011504-29
Bairro:	Cidade:	Estado:	Número: Complemento:
Poratiba	João Pessoa	PB	SIN Casa
E-mail:		CEP:	52062304
		Tel.(DDD):	(53) 9708-5728

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:
 REUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0735

CONTA: 17384 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deu ou nasceu (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs 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.

Local e Data,

João Pessoa 10-04-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Noilson Cendrino da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____ COMPROV. SEU RODO - TESTEMUNHA 1

Assinatura: 02 SET. 2019

2º | Nome: _____

CPF: _____ PROTOCOLO

Assinatura: AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

SSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:21:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301121407200000034482607>
Número do documento: 2010301121407200000034482607

Num. 36112303 - Pág. 6

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: 13/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAILSON CORDEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000017384-1

Nr. da Autenticação B05157056D3E158E



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:21:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301121407200000034482607>
Número do documento: 2010301121407200000034482607

Num. 36112303 - Pág. 7

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é segurança vila de conta.

Atenção para sempre pagar dentro da data fiscalizada da energisa máxime - Nº 030.368.879



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 3891-46 - Heic.Est. 16.015.823-8

DADOS DO CLIENTE

GERALDO DE ARAUJO CAVALCANTE
RUA CARANGUEJO GOIAMUN SIN Q 651 L 270
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1205207-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	29/08/2019	117	05/09/2019	R\$ 80,33

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 00356.129171 4 8003000008033				
Págador: GERALDO DE ARAUJO CAVALCANTE CNPJ/CPF: 273.212.404-44				
RUA CARANGUEJO GOIAMUN SIN Q 651 L 270 - PARATIBE - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000356129	000000000201908	05/09/2019	R\$ 80,33	09.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:21:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301121407200000034482607>
Número do documento: 2010301121407200000034482607

Num. 36112303 - Pág. 8



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Helio Cordeiro da Silva,
RG nº 1641.015 20 014, data de expedição 24/10/2012
Órgão SSDS, portador do CPF nº 739.552.804-20,
com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV- ALMIRANTE BARROSO, Centro, nº 600,
complemento Vila Empresarial, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Nailson Cordeiro da Silva, cujo o condutor era
Nailson Cordeiro da Silva.
Veículo: H0J0 Modelo: HONDA/CG 150 TITAN/150 Ano: 2015
Placa: Q-FN0159 Chassi: 9E2KCE1650FR214168
Data do Acidente: 16/05/19

Local e Data:

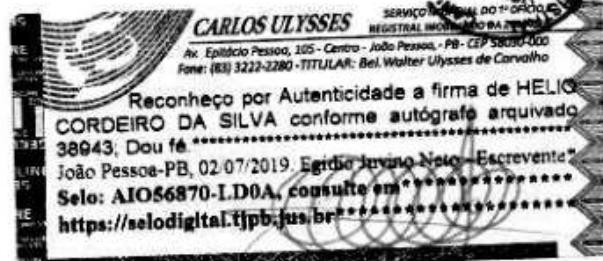
João Pessoa - PB 02/07/2019

CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

Assinatura do Declarante

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

COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
02 SET. 2019
PRÓTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	NAILSON CORDEIRO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	06/01/79
NOME DA MÃE	ANTONIA BERNARDO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	115.799
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.163.012
DATA DO ATENDIMENTO	16/05/19
HORA DO ATENDIMENTO	07:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE EXTREMIDADE PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO
CID 10	S42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor com deformidade em região do ombro direito. Consciente e orientado. Glasgow 15. Presença de fratura em 1/3 superior do úmero direito, com indicação de tratamento cirúrgico. Internação. Operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito
RX de bacia
RX de torax
RX de braço direito
RX de antebraço direito
RX de mão esquerda

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de extremidade proximal de úmero direito

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de extremidade superior de úmero direito.

ALTA HOSPITALAR:	15/06/19
DATA DA EMISSÃO:	02/08/12

19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



Código	Descrição
M75.8 Outras lesões do ombro	

Conduta
Internar Paciente

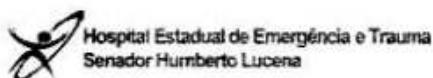
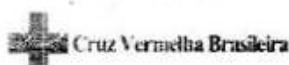
NAILSON CORDEIRO DA SILVA

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 16/05/2019 07:10:00

Dr. Jose Rogaciano
Medico
CRM-SP 185222
CRM-SP 185222





AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente NAILSON CORDEIRO DA SILVA	BAE 1163012	Data/Hora Entrada 16/05/2019 07:08:44	Data Baixa
Data de nascimento 06/01/1979	Idade 40a 4m 10d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986643706
Mãe ANTONIA BERNARDO DA SILVA			Prontuário
Endereço RAFAEL ANTÔNIO DOS SANTOS, SN - AP 202	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	Nº Cons. Regional 3359/PB
Data/Hora Classificação 16/05/2019 07:22:27		Data/Hora Prescrição 16/05/2019 08:01:16	

Anamnese

paciente sofreu acidente com motocicleta referindo dor no ombro d , perna d e mão esquerda. nega outras queixas. egr. pnfico. corado. glasgow 15 acv e ar: abdome: ndn extremidades: vide hda

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE Perna Direita

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO

RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

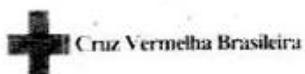
NAILSON CORDEIRO DA SILVA

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

CRM 3359
WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
3359/PB
GPE: 236.722.854-04

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 16/05/2019 07:10:00





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
NAILSON CORDEIRO DA SILVA	1163012	16/05/2019 07:08:44	
Data de nascimento	Idade		
06/01/1979	49a 4m 10d	CNS	Telefone de Contato
Mãe			(83) 986643706
ANTONIA BERNARDO DA SILVA			Prontuário
Endereço	Bairro		UF
RAFAEL ANTÔNIO DOS SANTOS, SN - AP 202	VALENTINA DE FIGUEIREDO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	185222/SP
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
16/05/2019 07:22:27		16/05/2019 09:04:44	

Anamnese

TOPEDIA DOR NO OMBRO DIREITO E MAO ESQUERDA APOS QUEDA DE MOTO HOJE AS 06 HORAS DA MANHA AINDA APRESENTA ORAÇÕES NAS MESMAS ESTRUTURAS SUPRACITADAS NEGA OUTROS TRAUMAS NEGA OUTRAS QUEIXAS ADM PREJUDICADO NEUROVASCULAR PRESERVADO HPP:NDN NEGA ALERGIAS EXP: ESCORIAÇÕES NA COTOVELO DIREITO ESCORIAÇÕES MAO ESQUERDA EDEMA MAO DIREITA 2/4 AUSÊNCIA DE LACERAÇÕES IMPORTANTES RX: FRACTURA DE UMERO DIREITO CDT: INTERNAÇÃO RX BACIA AP E TORAX PA STAFF DR REMO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V.. 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V. ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)

J. José
Moreira
TJPB
PB
9215
185222

CUIDADOS

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV - CCGG

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO

PROCEDIMENTO

EMI - J

LAVA (OBSERVAÇÕES: MAO ESQUERDA)



111

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓPTESSES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Kümmel: _____

Gardening for the Senses

Procedimento. *Actas*

No SUS (x)

卷之三

Data: 11 / 06 / 2013

Caixa Pronia: _____

卷之三

卷之三

卷之三

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENTERMAGEM - COREN

ASSINAIKURA EKOCENIC ECOLOGICAL SURVEY

F(NG),APC.013-2

2020-2021 Committee Chairpersons
563082

25

Num. 36112303 - Pág. 14



SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(A/S)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				14/06/2019		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE H.E.E.T.S.H.L				2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE H.E.E.T.S.H.L				4 - CNES		
Identificação do Paciente				5 - NOME DO PACIENTE Valdir Lordeiro da Silva		
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				7 - DATA DE NASCIMENTO		E - NÚMERO IDENTIFICATÓRIO 3363012
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				9 - SEXO		Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO		N.º DO TELEFONE 300
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				13 - COD. IBGE MUNICÍPIO		14 - UF
				15 - CEP		
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACÃO HOSPITALAR (AIH)						
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 18 - E CIMENTO ORTOPÉDICO C-MAXX ETIQUETA DO PACIENTE MATERIAL: COMPOSTO RAR/MM LOTE: 009405 REF: 101.001.04026 ANVISA: 6093300001 22 - E FABRIC: 02/04/2019 VALIDADE: 01/04/2022 CIMTECH IND. COM IMP. EXP. PROD. ORT. LTDA CNPJ: 11.134.261/0001-10 FONE: (19) 3697-2250						
(S) ESPECIAL/A 26 - E MODELO: CABECA UMERAL - 8 45 MM MODEL: HUMERAL HEAD - 8 45 MM REF: 2311-45-000 CONTEÚDO: UN Lote 18050348 REGISTRO ANVISA N°: 18171118827 LGE: 2575 COMPOSIÇÃO: ACO INOX F138 COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138 28 - E 04/2018 06/2021 29 - E 04/2018 06/2021 30 - E 04/2018 06/2021 31 - E 04/2018 06/2021 32 - E 04/2018 06/2021 33 - E 04/2018 06/2021 34 - E 04/2018 06/2021 35 - E 04/2018 06/2021						
MODELO: HASTE UMERAL 10.0 MM MODEL: HUMERAL STICK 10.0 MM REF: 2310-10-000 CONTEÚDO: UN Lote 17081110 REGISTRO ANVISA N°: 18171118827 LGE: 2538 COMPOSIÇÃO: ACO INOX COMPOSITION: STAINLESS STEEL 36 - E 03/2018 03/2021 37 - E 03/2018 03/2021 38 - E 03/2018 03/2021 39 - E 03/2018 03/2021 40 - E 03/2018 03/2021 41 - E 03/2018 03/2021 42 - E 03/2018 03/2021 43 - E 03/2018 03/2021 44 - E 03/2018 03/2021 45 - E 03/2018 03/2021 46 - E 03/2018 03/2021 47 - E 03/2018 03/2021 48 - E 03/2018 03/2021 49 - E 03/2018 03/2021 50 - E 03/2018 03/2021						
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO ex ^a Prótese de Ombro (Ortholife) ex ^b Peleja Umeral Colo longo N=45mm / Ortholife ex ^c Haste Umeral N=30mm ex ^d Cimento Ósseo (Cimtech) ex ^e Fio de Kirschner N= 3.5 (usado como guia) ex ^f Agulha de Flexo A-50						
PROFISSIONAL SOLICITANTE						
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		
() CNS () CPF						
AUTORIZAÇÃO						
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - COD. ÓRGÃO EMISOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		
() CNS () CPF						

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:21:40
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301121407200000034482607>
Número do documento: 2010301121407200000034482607

Num. 36112303 - Pág. 15



CROZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME:	NAILSON CORDEIRO DA SILVA	BE/PRONTUÁRIO	1163012
IDADE:	<u>75</u>	<input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM	COR:
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA	EMP:	DATA: 11/6/2019
CIRURGIA:	ARTROPLASTIA PARCIL DE UMERO PROXIMAL DIREITO		
CIRURGIÃO:	DR JOAO HENRIQUE	1º ASS:	DR ORLANDO
2º ASS:	MR2 DANIEL	3º ASS:	MR1 JANSEN
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA:		
TIPO DE ANESTESIA:	BLOQUEIO PLEXO BIFORÁRIO	INÍCIO:	TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA COMINUIDA DE UMERO PROXIMAL DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
ARTROPLASTIA PARCIAL DE UMERO PROXIMAL DIREITO	
COM HASTE N10, CABEÇA NUMERO 45	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMARIA	TERAPIA INTENSIVA
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____ DATA: **11/6/2019**

Médico
Dr. Janse Henrique
CRM/SP 11385



UNICO DO PACIENTE Naierson Pandeiro de Oliveira

Nº 463042 FRONTEARIO ENTERRARIA LETO
CIRURGIA Artroplastico Parcial de Ombro (1)
FISILOGICO De Jogo Henrique
ANESTESIA Bloqueio do Peso
ANESTETICO Ana Amorim
ESTERILIZADOR Turma

DATA 11/06/2019 TEMPO DE CIRURGIA - ANESTESIA INICIO 12:00 FIM 12:40 HORAS 15:15

INDICE DE RISCO DE CIRURGIA ASA I (ASA 1) (SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA II (ASA 2) (ASA 2)

ASA III (ASA 3) (ASA 3)

ASA IV (ASA 4) (ASA 4)

ASA V (ASA 5) (ASA 5)

ASA VI (ASA 6) (ASA 6)

ASA VII (ASA 7) (ASA 7)

ASA VIII (ASA 8) (ASA 8)

ASA IX (ASA 9) (ASA 9)

ASA X (ASA 10) (ASA 10)

ASA XI (ASA 11) (ASA 11)

ASA XII (ASA 12) (ASA 12)

ASA XIII (ASA 13) (ASA 13)

ASA XIV (ASA 14) (ASA 14)

ASA XV (ASA 15) (ASA 15)

ASA XVI (ASA 16) (ASA 16)

ASA XVII (ASA 17) (ASA 17)

ASA XVIII (ASA 18) (ASA 18)

ASA XIX (ASA 19) (ASA 19)

ASA XX (ASA 20) (ASA 20)

ASA XXI (ASA 21) (ASA 21)

ASA XXII (ASA 22) (ASA 22)

ASA XXIII (ASA 23) (ASA 23)

ASA XXIV (ASA 24) (ASA 24)

ASA XXV (ASA 25) (ASA 25)

ASA XXVI (ASA 26) (ASA 26)

ASA XXVII (ASA 27) (ASA 27)

ASA XXVIII (ASA 28) (ASA 28)

ASA XXIX (ASA 29) (ASA 29)

ASA XXX (ASA 30) (ASA 30)

ASA XXXI (ASA 31) (ASA 31)

ASA XXXII (ASA 32) (ASA 32)

ASA XXXIII (ASA 33) (ASA 33)

ASA XXXIV (ASA 34) (ASA 34)

ASA XXXV (ASA 35) (ASA 35)

ASA XXXVI (ASA 36) (ASA 36)

ASA XXXVII (ASA 37) (ASA 37)

ASA XXXVIII (ASA 38) (ASA 38)

ASA XXXIX (ASA 39) (ASA 39)

ASA XL (ASA 40) (ASA 40)

ASA XLI (ASA 41) (ASA 41)

ASA XLII (ASA 42) (ASA 42)

ASA XLIII (ASA 43) (ASA 43)

ASA XLIV (ASA 44) (ASA 44)

ASA XLV (ASA 45) (ASA 45)

ASA XLVI (ASA 46) (ASA 46)

ASA XLVII (ASA 47) (ASA 47)

ASA XLVIII (ASA 48) (ASA 48)

ASA XLIX (ASA 49) (ASA 49)

ASA L (ASA 50) (ASA 50)

ASA LI (ASA 51) (ASA 51)

ASA LII (ASA 52) (ASA 52)

ASA LIII (ASA 53) (ASA 53)

ASA LIV (ASA 54) (ASA 54)

ASA LV (ASA 55) (ASA 55)

ASA LX (ASA 56) (ASA 56)

ASA LXI (ASA 57) (ASA 57)

ASA LXII (ASA 58) (ASA 58)

ASA LXIII (ASA 59) (ASA 59)

ASA LXIV (ASA 60) (ASA 60)

ASA LXV (ASA 61) (ASA 61)

ASA LXVI (ASA 62) (ASA 62)

ASA LXVII (ASA 63) (ASA 63)

ASA LXVIII (ASA 64) (ASA 64)

ASA LXIX (ASA 65) (ASA 65)

ASA LXX (ASA 66) (ASA 66)

ASA LXI (ASA 67) (ASA 67)

ASA LXII (ASA 68) (ASA 68)

ASA LXIII (ASA 69) (ASA 69)

ASA LXIV (ASA 70) (ASA 70)

ASA LXV (ASA 71) (ASA 71)

ASA LXVI (ASA 72) (ASA 72)

ASA LXVII (ASA 73) (ASA 73)

ASA LXVIII (ASA 74) (ASA 74)

ASA LXIX (ASA 75) (ASA 75)

ASA LXX (ASA 76) (ASA 76)

ASA LXI (ASA 77) (ASA 77)

ASA LXII (ASA 78) (ASA 78)

ASA LXIII (ASA 79) (ASA 79)

ASA LXIV (ASA 80) (ASA 80)

ASA LXV (ASA 81) (ASA 81)

ASA LXVI (ASA 82) (ASA 82)

ASA LXVII (ASA 83) (ASA 83)

ASA LXVIII (ASA 84) (ASA 84)

ASA LXIX (ASA 85) (ASA 85)

ASA LXX (ASA 86) (ASA 86)

ASA LXI (ASA 87) (ASA 87)

ASA LXII (ASA 88) (ASA 88)

ASA LXIII (ASA 89) (ASA 89)

ASA LXIV (ASA 90) (ASA 90)

ASA LXV (ASA 91) (ASA 91)

ASA LXVI (ASA 92) (ASA 92)

ASA LXVII (ASA 93) (ASA 93)

ASA LXVIII (ASA 94) (ASA 94)

ASA LXIX (ASA 95) (ASA 95)

ASA LXX (ASA 96) (ASA 96)

ASA LXI (ASA 97) (ASA 97)

ASA LXII (ASA 98) (ASA 98)

ASA LXIII (ASA 99) (ASA 99)

ASA LXIV (ASA 100) (ASA 100)

ASA LXV (ASA 101) (ASA 101)

ASA LXVI (ASA 102) (ASA 102)

ASA LXVII (ASA 103) (ASA 103)

ASA LXVIII (ASA 104) (ASA 104)

ASA LXIX (ASA 105) (ASA 105)

ASA LXX (ASA 106) (ASA 106)

ASA LXI (ASA 107) (ASA 107)

ASA LXII (ASA 108) (ASA 108)

ASA LXIII (ASA 109) (ASA 109)

ASA LXIV (ASA 110) (ASA 110)

ASA LXV (ASA 111) (ASA 111)

ASA LXVI (ASA 112) (ASA 112)

ASA LXVII (ASA 113) (ASA 113)

ASA LXVIII (ASA 114) (ASA 114)

ASA LXIX (ASA 115) (ASA 115)

ASA LXX (ASA 116) (ASA 116)

ASA LXI (ASA 117) (ASA 117)

ASA LXII (ASA 118) (ASA 118)

ASA LXIII (ASA 119) (ASA 119)

ASA LXIV (ASA 120) (ASA 120)

ASA LXV (ASA 121) (ASA 121)

ASA LXVI (ASA 122) (ASA 122)

ASA LXVII (ASA 123) (ASA 123)

ASA LXVIII (ASA 124) (ASA 124)

ASA LXIX (ASA 125) (ASA 125)

ASA LXX (ASA 126) (ASA 126)

ASA LXI (ASA 127) (ASA 127)

ASA LXII (ASA 128) (ASA 128)

ASA LXIII (ASA 129) (ASA 129)

ASA LXIV (ASA 130) (ASA 130)

ASA LXV (ASA 131) (ASA 131)

ASA LXVI (ASA 132) (ASA 132)

ASA LXVII (ASA 133) (ASA 133)

ASA LXVIII (ASA 134) (ASA 134)

ASA LXIX (ASA 135) (ASA 135)

ASA LXX (ASA 136) (ASA 136)

ASA LXI (ASA 137) (ASA 137)

ASA LXII (ASA 138) (ASA 138)

ASA LXIII (ASA 139) (ASA 139)

ASA LXIV (ASA 140) (ASA 140)

ASA LXV (ASA 141) (ASA 141)

ASA LXVI (ASA 142) (ASA 142)

ASA LXVII (ASA 143) (ASA 143)

ASA LXVIII (ASA 144) (ASA 144)

ASA LXIX (ASA 145) (ASA 145)

ASA LXX (ASA 146) (ASA 146)

ASA LXI (ASA 147) (ASA 147)

ASA LXII (ASA 148) (ASA 148)

ASA LXIII (ASA 149) (ASA 149)

ASA LXIV (ASA 150) (ASA 150)

ASA LXV (ASA 151) (ASA 151)

ASA LXVI (ASA 152) (ASA 152)

ASA LXVII (ASA 153) (ASA 153)

ASA LXVIII (ASA 154) (ASA 154)

ASA LXIX (ASA 155) (ASA 155)

ASA LXX (ASA 156) (ASA 156)

ASA LXI (ASA 157) (ASA 157)

ASA LXII (ASA 158) (ASA 158)

ASA LXIII (ASA 159) (ASA 159)

ASA LXIV (ASA 160) (ASA 160)

ASA LXV (ASA 161) (ASA 161)

ASA LXVI (ASA 162) (ASA 162)

ASA LXVII (ASA 163) (ASA 163)

ASA LXVIII (ASA 164) (ASA 164)

ASA LXIX (ASA 165) (ASA 165)

ASA LXX (ASA 166) (ASA 166)

ASA LXI (ASA 167) (ASA 167)

ASA LXII (ASA 168) (ASA 168)

ASA LXIII (ASA 169) (ASA 169)

ASA LXIV (ASA 170) (ASA 170)

ASA LXV (ASA 171) (ASA 171)

ASA LXVI (ASA 172) (ASA 172)

ASA LXVII (ASA 173) (ASA 173)

ASA LXVIII (ASA 174) (ASA 174)

ASA LXIX (ASA 175) (ASA 175)

ASA LXX (ASA 176) (ASA 176)

ASA LXI (ASA 177) (ASA 177)

ASA LXII (ASA 178) (ASA 178)

ASA LXIII (ASA 179) (ASA 179)

ASA LXIV (ASA 180) (ASA 180)

ASA LXV (ASA 181) (ASA 181)

ASA LXVI (ASA 182) (ASA 182)

ASA LXVII (ASA 183) (ASA 183)

ASA LXVIII (ASA 184) (ASA 184)

ASA LXIX (ASA 185) (ASA 185)

ASA LXX (ASA 186) (ASA 186)

ASA LXI (ASA 187) (ASA 187)

ASA LXII (ASA 188) (ASA 188)

ASA LXIII (ASA 189) (ASA 189)

ASA LXIV (ASA 190) (ASA 190)

ASA LXV (ASA 191) (ASA 191)

ASA LXVI (ASA 192) (ASA 192)

ASA LXVII (ASA 193) (ASA 193)

ASA LXVIII (ASA 194) (ASA 194)

ASA LXIX (ASA 195) (ASA 195)

ASA LXX (ASA 196) (ASA 196)

ASA LXI (ASA 197) (ASA 197)

ASA LXII (ASA 198) (ASA 198)

ASA LXIII (ASA 199) (ASA 199)

ASA LXIV (ASA 200) (ASA 200)

ASA LXV (ASA 201) (ASA 201)

ASA LXVI (ASA 202) (ASA 202)

ASA LXVII (ASA 203) (ASA 203)

ASA LXVIII (ASA 204) (ASA 204)

ASA LXIX (ASA 205) (ASA 205)

ASA LXX (ASA 206) (ASA 206)

ASA LXI (ASA 207) (ASA 207)

ASA LXII (ASA 208) (ASA 208)

ASA LXIII (ASA 209) (ASA 209)

ASA LXIV (ASA 210) (ASA 210)

ASA LXV (ASA 211) (ASA 211)

ASA LXVI (ASA 212) (ASA 212)

ASA LXVII (ASA 213) (ASA 213)

ASA LXVIII (ASA 214) (ASA 214)

ASA LXIX (ASA 215) (ASA 215)

ASA LXX (ASA 216) (ASA 216)

ASA LXI (ASA 217) (ASA 217)

ASA LXII (ASA 218) (ASA 218)

ASA LXIII (ASA 219) (ASA 219)

ASA LXIV (ASA 220) (ASA 220)

ASA LXV (ASA 221) (ASA 221)

ASA LXVI (ASA 222) (ASA 222)



THE END

FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: NAILSON CORDEIRO DA SILVA		DATA: 13/06/19		PRONTUÁRIO: 1163012	
		SEXO: M COR:		IDADE: 40	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 80	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO	
ESTADO GERAL <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRURGICO <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES VPM					
AP. RESPIRATÓRIO EUPNEICO		AP. CIRCULATÓRIO ESTÁVEL			
AP. DIGESTIVO JEJUM		ESTADO MENTAL LOTE		DROGAS EM USO	
PRE-ANESTÉSICO DOSE /HORA				ESTADO FÍSICO (ASA) I	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO					
CIRURGIA REALIZADA TTO CIRÚRGICO P/ FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL (5)					
CIRURGIÃO DR. JOSÉ HENRIQUE		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA 12:00		TÉRMINO DA ANESTESIA 15:35		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES BS	
ANESTESISTA DR. ARMANDO + DR. CLÉSSANDRA (ez)		CRM-PB			
<p>AGENTE ANESTÉSICO: 12:00 13:40 14:20 * 15:00</p> <p>HUO O</p> <p>CORPO CIRÚRGICO X</p> <p>ANESTÉSICO PARENTESESTÓTICA A</p> <p>ATORALGIA P/ARTERIAL ECO DIPOLE</p> <p>ANESTHESIOLOGY</p> <p>RS 96/ 95/ 97/ 96/ RS 98/ 95/ 96/ RS 98/ 95/ 96/</p> <p><input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RADICIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input checked="" type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS</p> <p>TÉCNICA: X Glicozima de RATO brachiorum (VIA INTERESCALENICA) → PET D.D.H., MEMBRANAS, venâculas prévia</p> <p>SUCROSE: 1. MUSAZOLAM 5g + 3g 11</p> <p>ANH: 2. FENTANIL 600ug + 10ug 12</p> <p>SANGUE: 3. Naftazolin 4IV 0,5 - 2ml 13</p> <p>RINGER: 4. LIDOCAINA 4IV 2% - 20ml 14</p> <p>TOTAL: 5. ÁGUA DESTILADA 20l 15</p> <p>DESTINO DO PACIENTE: 6. CEFAZOLINA 2g 16</p> <p><input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA 7. DEXAMETASONA 10mg 17</p> <p><input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDENCIA 8. DIPRIFLAMA 2g 18</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OUTROS UPA 9. ORGANOTETRAMA 8g 19</p> <p>10 20</p> <p>1. MUSAZOLAM 5g + 3g 11</p> <p>2. FENTANIL 600ug + 10ug 12</p> <p>3. Naftazolin 4IV 0,5 - 2ml 13</p> <p>4. LIDOCAINA 4IV 2% - 20ml 14</p> <p>5. ÁGUA DESTILADA 20l 15</p> <p>6. CEFAZOLINA 2g 16</p> <p>7. DEXAMETASONA 10mg 17</p> <p>8. DIPRIFLAMA 2g 18</p> <p>9. ORGANOTETRAMA 8g 19</p> <p>10 20</p> <p>COMENTÁRIOS IMPORTANTES: MSE, CATETER NASAL, ASSEPSIA E ANTISEPSIA com fiocond 70%, PUNÇÃO REGIÃO CERVICAL direta com agulha de plástico ASO + NEUROESTIMULADORA, estímulo nervoso a 0,5 mA, INJETADO (3) + (4) + (5). Bloqueo efetivo.</p> <p>ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Amanda V. Andrade CRM-PB 10.992 Fisiologista</p>					

MSE, CATETER NASAL, ASSEPSIA E ANTISSEPSEA COM ACCAO 70%, PUNÇÃO FERÇÃO CERÚBRICA DIRETA COM AGULHA DE PLASTO ASO + NOROESTIMULADORA, ESTÍMULO MÉDIO A 0,5 mA, INJETADO (3) + (4) + (5) BOLHO FESTINHO

Dra. Amanda V. Andrade
CRM-PE-18692
Psicóloga

— 1 —



CRAUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

VIA DE ACESSO DELTO PEITORAL

AVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS

CUIDADOS DE HEMOSTASIA

Achados:

FRATURA COMINUIDA DE UMERO PROXIMAL DIREITO

Conduta: **CALOCLASIA + RETIRADA DE FIBROSES**

OSTEOTOMIA DE GRANDE E PEQUENAS TUBEROSIDADES

PREPARO DE REPARO DE MANGUITO ROTADOR EM GRANDE E PEQUENA TUBEROSIDADES

PREPARO DE CANAL UMERAL

FRESAGEM SE CANAL UMERAL

LAVAGEM DE CANAL UMERAL COM SF0,9%

APOSIÇÃO DE COMPONENTE UMERAL COM CIMENTO OSSEO, HASTE NUMERO 10,

CABEÇA45

RAFIA E REPARO DE MANGUITO ROTADOR, EM GRANDE TUBEROSIDADE, PEQUENA TUBEROSIDADE E HASTE UMERAL

LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

CURATIVOS ESTEREIS

RX DE CONTROLE

Observação:

HEMI J

Médico/CRM:

Médico:
Dr. Jansen Henrique
CRM-SP 3885

João Pessoa,

11/6/2019





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	2.414.876 -2	VII EXPEDIÇÃO
DATA DE	10/04/1997	
NOME	NAILSON CORDEIRO DA SILVA	
FILIAÇÃO	EDUARDO CORDEIRO DA SILVA ANTONIA BERNARDO DA SILVA	
NACIONALIDADE	BAIA DA TRAIÇAO-PB	DATA DE NASCIMENTO
		06/01/1979
DOC ORIGEM	NASC.N.1387 FLS.171 LIV.3-A	
	CARTORIO DE MATARACA	
CPF	038.011.504-29	
Assinatura - RJ		
LEI N° 7.116 DE 25/08/83		
ASSINATURA DO DIRETOR		



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETAN - PB N°
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COLETA/ENTREGA PLS. EXERCÍCIO
2019

NOME / ENDEREÇO

CPF/CNPJ PLACA
QFN0159

PLACA P/TRANSP. CHASSIS

ESPECIE / TIPO COMBUSTÍVEL
PASSA / MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD
HONDA/CG 150 TITAN 2015 2015

ESD CATEGORIA COR PREDOMINANTE
CAP. PESSOAL PARTICULAR, VERMELHA

IPVA DATA UNICA 1º
29/11/2019 2º
3º

PREMIO LIQUIDADO PREMIO TOTALIZADO DATA DE PAGAMENTO
SEGURO CERTIFICATÓRIO

OBSERVAÇÕES

ALIENACAO FIDUCIARIA

JOAO PESSOA 29/08/2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

QFN0159

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2019
 Proprietário: *****
 Placa: QFN0159
 Combustível: ALCO/GASOL
 Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA
 Ano de Fabricação: 2015
 Ano Modelo: 2015
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: VERMELHA
 Vencimento Licenciamento: 29/11/2019
 Observação:
 Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA
 Financeira: #####
 Município: JOAO PESSOA
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 29/08/2019

RECUPERAÇÃO
COMPREV. SEGUROS E PROTEINCIAS
02 SET. 2019
PROTÓCOLO
AO JOAO PESSOA

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS**INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS****- IDENTIFICAÇÃO**

VITIMA Marijane Cardoso dos Santos

DATA DO ACIDENTE _____ **CPF DA VITIMA** _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR **VITIMA** **REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM**

A VITIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR _____

Nº _____ **COMPLEMENTO** _____ **UF** _____ **BAIRRO** _____

CIDADE _____ **CEP** _____

E-MAIL _____

MARQUE () PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

CÓDIGO DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 E QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO *** MORTE = R\$ 13.500,00**

INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00

ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REIMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO).

ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROMIDAS.

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

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

*** PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGU**

GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA _____

DATA _____

DATA _____

ID _____

NOME _____

ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190510383 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: NAILSON CORDEIRO DA SILVA Data do acidente: 16/05/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOTOMIA E OSTEOSÍNTESE, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO 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 DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 07 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 10 //

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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190510383 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: NAILSON CORDEIRO DA SILVA Data do acidente: 16/05/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOTOMIA E OSTEOSÍNTESE, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO 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 DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 07 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 10 //

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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:21:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301121407200000034482607>
Número do documento: 2010301121407200000034482607

Num. 36112303 - Pág. 24

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0302136/19

Vítima: NAILSON CORDEIRO DA SILVA

CPF: 038.011.504-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2019

Titular do CPF: NAILSON CORDEIRO DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NAILSON CORDEIRO DA SILVA : 038.011.504-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/09/2019
Nome: NAILSON CORDEIRO DA SILVA
CPF: 038.011.504-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

NAILSON CORDEIRO DA SILVA

RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:21:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301121407200000034482607>
Número do documento: 2010301121407200000034482607

Num. 36112303 - Pág. 25



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08099115320198152003

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 **NAILSON CORDEIRO DA SILVA**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

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

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

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

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

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

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:21:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011214102300000034482608>
Número do documento: 20103011214102300000034482608

Num. 36112304 - 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 Excelênci, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 28 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:21:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011214102300000034482608>
Número do documento: 20103011214102300000034482608

Num. 36112304 - Pág. 2