



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	Petição	Petição
36112 303	30/10/2020 11:21	2693667_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
36112 304	30/10/2020 11:21	2693667_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	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, 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 o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações 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, 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. 01903/01904 - carta_15R - INVALIDEZ





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, 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,

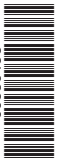
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14929806

Pag. 00869/00870 - carta_01 - INVALIDEZ

00350435





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	038 011 504-29	Nailson Cordovão da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Nailson Cordovão da Silva		038 011 504-29
Profissão:	Endereço:	Número:
Recuso	Conceição Gaiamun	311
Bairro:	Cidade:	Estado:
Poratiba	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58062304	53 318708-5728

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF: Assinatura: 02 SET. 2019
2ª Nome: CPF: Assinatura: PROTOCOLO 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 ROGO, 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.

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







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	038 011 504-29	Nailson Cordiano da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Nailson Cordiano da Silva		038 011 504-29
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusado	Conceição Guimarães	511
Bairro:	Cidade:	Estado:
Poratiba	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58062304	538308-5728

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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) ☐ Divorçado ☐ 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:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.

Local e Data: João Pessoa 10-04-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

02 SET. 2019

Assinatura

Assinatura

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 ROGO, 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.

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



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

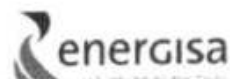


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Retenir para sempre (paga-se em nome da rede elétrica de energia elétrica) Nº 030.366.879



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 15.815.823-8

DADOS DO CLIENTE

GERALDO DE ARAUJO CAVALCANTE
RUA CARANGUEIJO GOIAMUN S/N Q 551 L 270
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1205207-2

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

29/08/2019

CONSUMO

117

VENCIMENTO

05/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 80,33

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 00356.129171 4 80030000008033				
Pagador: GERALDO DE ARAUJO CAVALCANTE CNPJ/CPF: 273.212.404-44				
RUA CARANGUEIJO GOIAMUN S/N Q 551 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	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2447-3				





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 2ª VIA, data de expedição 24/02/2012
Órgão SSDS, portador do CPF nº 739.552.804-20
com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAIBA, 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: MOTO Modelo: HONDA/PG 150 TITAN V150 Ano: 2015
Placa: QFN 0159 Chassi: 9B2KE1650FR214168
Data do Acidente: 16/05/19

Local e Data:

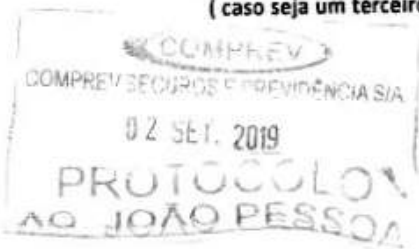
João Pessoa - PB 02/07/2019

CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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





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

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

19

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



CID-10

Código	Descrição
M75.8	Outras lesões do ombro

Conduta

Internar Paciente

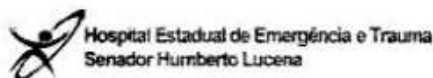
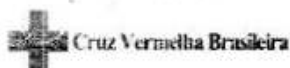
NAILSON CORDEIRO DA SILVA

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)

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

Dr. Jose Rogaciano
Médico
CRM-PI 1215
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 do nascimento 06/01/1979	Idade 40a 4m 10d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ANTONIA BERNARDO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986643706
Endereço RAFAEL ANTÔNIO DOS SANTOS, SN - AP 202	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	UF PB
Data/Hora Classificação 16/05/2019 07:22:27		Data/Hora Prescrição 16/05/2019 08:01:16	Nº Cons. Regional 3359/PB

Anamnese

IENTE 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: ABDOMEN: NDN EXTREMIDADES: VIDE HDA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

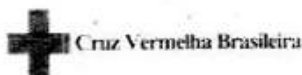
Em observação

NAILSON CORDEIRO DA SILVA

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(3359/PB)

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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	Sexo	Telefone de Contato
06/01/1979	40a 4m 10d	Masculino	(83) 986643706
Mãe		CNS	Prontuário
ANTONIA BERNARDO DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	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

OTOPEDIA DOR NO OMBRO DIREITO E MAO ESQUERDA APOS QUEDA DE MOTO HOJE AS 06 HORAS DA MANHA AINDA APRESENTA ESCORIAÇÕES NAS MESMAS ESTRUTURAS SUPRACITADAS NEGA OUTROS TRAUMAS NEGA OUTRAS QUEIXAS ADM PREJUDICADO NEUROVASCULAR PRESERVADO HPP:NDN NEGA ALERGIAS EXF: ESCORIAÇÕES NA COTOVELO DIREITO ESCORIAÇÕES MAO ESQUERDA EDEMA MAO DIREITA 2-4 AUSENCIA DE LACERAÇÕES IMPORTANTES RX: FRTAURA DE UMERIO 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)

CUIDADOS

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

SSVV - CCGG

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO

PROCEDIMENTO

EMI - J

LIVA (OBSERVAÇÕES: MAO ESQUERDA)



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Data: 11 / 06 / 2019

Prontuário: 116.12.30

Número: _____

Paciente: Naideen Oliveira de Silva

Procedimento: Artroscopia parcial de ombro

SUS: () Não SUS ()

Médico: Dr. José Henrique

Data: _____

Reposição: _____

Caixa Pronta: _____

MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM
HABEL: NUMERAL HCB - Ø 45 MM
REGISTRO ANVISA Nº: 1817110827 LCE: 2375
COMPOSIÇÃO: 57% INOX F138
COMPOSIÇÃO: 57% INOX F138

785931358735

04/2018
04/2021

Proibido
Reproducible
Do Not
Reproduce

EC REPRESS GRN
SCHIFFGRABEN 41
30175 HANNOVER, GERMANY

Proibido de
Reprodução
Do Not
Reproduce

EC REPRESS GRN
SCHIFFGRABEN 41
30175 HANNOVER, GERMANY

MODELO: CABECA UMERAL 10-Ø MM
HABEL: NUMERAL HCB 10-Ø MM
REGISTRO ANVISA Nº: 1817110827 LCE: 2375
COMPOSIÇÃO: 57% INOX F138
COMPOSIÇÃO: 57% INOX F138

785931358735

04/2018
04/2021

Proibido
Reproducible
Do Not
Reproduce

EC REPRESS GRN
SCHIFFGRABEN 41
30175 HANNOVER, GERMANY

Proibido de
Reprodução
Do Not
Reproduce

EC REPRESS GRN
SCHIFFGRABEN 41
30175 HANNOVER, GERMANY

DISPENSÇÃO CME			QUANTIA
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO		
Orthopedic	prótese de ombro		01
	prótese unimodal c/04 borge n° 45mm		
	prótese unimodal n° 40mm		01
CIMENTO ORTOPEDICO C-MAXX			
ETIQUETA DO PACIENTE			
MATERIAL: C-MAXX (FARMACIA) (000476)			
REF: 301.001.0020 ANVISA: 0099000001			
FABRICA: 09/04/2019 VALOR: R\$ 104,20/202			
CMT: CMTI COM LMP E EXP. PROD. ORT. I. TUA			
CMT: J. 11.134.261/0001-10			
FONE: (19) 3597-2240			
Prontuário	116.12.30 (Usado Farm. Grupos)		01

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA			QUANTIA
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO		
B. Paranaense	agulha de filar A-50		01
Cimtec	cimento Ortop		

Assinatura do Médico Responsável 563061

ASSINATURA ENFERMEIRA - COREN

ASSINATURA FARMACÊUTICO - CRM

F(NG)/APC.013-2



SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2	
14/06/2019							
Identificação do Estabelecimento de Saúde						2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						3 - CNES	
H-E-E-T-S-H-L							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							
H-E-E-T-S-H-L							
Identificação do Paciente						3 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE						3363012	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - SEXO	
						Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL						11 - TELEFONE DE CONTATO	
						Nº DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
						15 - UF	
						16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>18 - CIMENTO ORTOPÉDICO C-MAXX</p> <p>ETIQUETA DO PACIENTE</p> <p>20 - MATERIAL: COMPOSTO RAR/MM LOTE: 006435</p> <p>REF: 101.001.04020 ANVISA: 80993380001</p> <p>22 - FABRIC: 02/04/2019 VALIDADE: 01/04/2022</p> <p>OMTECH IND COM IMP EXP PROD ORT LTDA</p> <p>CNPJ: 11.134.261/0001-10</p> <p>FOFME: (18) 3697-2250</p> </div> <div> <p>23 - CEMENTO ORTOPÉDICO C-MAXX</p> <p>ETIQUETA DO PACIENTE</p> <p>20 - MATERIAL: COMPOSTO RAR/MM LOTE: 006435</p> <p>REF: 101.001.04020 ANVISA: 80993380001</p> <p>22 - FABRIC: 02/04/2019 VALIDADE: 01/04/2022</p> <p>OMTECH IND COM IMP EXP PROD ORT LTDA</p> <p>CNPJ: 11.134.261/0001-10</p> <p>FOFME: (18) 3697-2250</p> </div> <div> <p>24 - CEMENTO ORTOPÉDICO C-MAXX</p> <p>ETIQUETA DO PACIENTE</p> <p>20 - MATERIAL: COMPOSTO RAR/MM LOTE: 006435</p> <p>REF: 101.001.04020 ANVISA: 80993380001</p> <p>22 - FABRIC: 02/04/2019 VALIDADE: 01/04/2022</p> <p>OMTECH IND COM IMP EXP PROD ORT LTDA</p> <p>CNPJ: 11.134.261/0001-10</p> <p>FOFME: (18) 3697-2250</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>25 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> <div> <p>26 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> <div> <p>27 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>28 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> <div> <p>29 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> <div> <p>30 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>31 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> <div> <p>32 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> <div> <p>33 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>34 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> <div> <p>35 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> <div> <p>36 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>37 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> <div> <p>38 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> <div> <p>39 - MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM</p> <p>MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM</p> <p>REF: 3311-45-888 CONTEÚDO: 1 UN LOTE: 18650348</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 18171118827 LGE: 2575</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div></div>							





RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: **NAILSON CORDEIRO DA SILVA** BE/PRONTUÁRIO: **1163012**
IDADE: **75** SEXO: ☐ MASC ☒ FEM COR: DATA: **11/6/2019**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **ARTROPLASTIA PARCIAL DE UMEROS 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 B** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA COMINUIDA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
ARTROPLASTIA PARCIAL DE UMEROS 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:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM 11385

DATA: **11/6/2019**

NOME DO PACIENTE **Nailson Pendeiro de Silva**

IDADE **40** SEXO **M** FRONTALDO **163012** ENFERMARIA **LEITO**

CURSO **Artroplastias Parciais de Ombro**

PROFESSOR **Dr. José Henrique**

ANESTESIA **Bloqueio de Plexo**

ANESTESISTA **Dr. Amendo**

ANESTESIOLOGISTA **Dr. Amendo**

DATA **11/06/2019** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO **12:00** FIM **12:40** 15:15

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA / ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 / ASA 2 / ASA 3 / ASA 4 / ASA 5

MODALIDADE DE CONTAMINAÇÃO: FILME / CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.

ALFENTANIL	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	TIPO	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	SFO 0,8 1.500 ml	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROVADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROVADO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº22		FIO DE ACON	
GUOPERIDOL		JELCO Nº24		FIO DE ACON	
ETOMIDATO		KIT SIST. DREN TORACICA Nº		FIO DE NYLON Nº	0 1
FENOBARBITAL	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	30 1
PENTANIL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	30 1
FLUMAZENIL	PVPi DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº18		FIO POLIGLACTINA Nº	30 1
ISOFLURANO	PVPi TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24	1	FIO POLIGLACTINA Nº	30 1
LEVOBUPIVACAÍNA CIVASO	PVPi TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOLOGIA		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA CIVASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENQUERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA CIVASO	MATERIAIS	LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA CIVASO	AGULHA 12X4,5	LUVAS ESTERIL Nº7,5	1	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA CIVASO	AGULHA 25X07	LUVAS ESTERIL Nº7,5	1	FIO POLIGLACTINA Nº	
LIDOCAÍNA CIVASO	AGULHA 25X08	LUVAS ESTERIL Nº8,0	1	FIO SETA Nº	
LIDOCAÍNA CIVASO	AGULHA 40X12	LUVAS ESTERIL Nº8,0	1	FIO SETA Nº	
LIDOCAÍNA CIVASO	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRURGICA		FITA CARDIACA	
LIDOCAÍNA CIVASO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
LIDOCAÍNA CIVASO	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFORADOR DE SORO		CATETER DE PIC	
LIDOCAÍNA CIVASO	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CONJUNTO CIRURGICO	1
LIDOCAÍNA CIVASO	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		CLIP TITANIO LIGADURA	
LIDOCAÍNA CIVASO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	1	FIO DE KIRSCHNER Nº	35 1 (Usado cl. Guia)
LIDOCAÍNA CIVASO	ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 5ML	1	FIO DE KIRSCHNER Nº	
LIDOCAÍNA CIVASO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº	
LIDOCAÍNA CIVASO	ATADURA DESSADA	SERINGA 20ML	1	FIO STEINMAN Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		GRANDEADOR CIRCULANTE	
ADRENALINA		CÂMULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		HEMOST. ABSORVENTE	
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO	1	KIT DERIVA VENTRICULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		PROTESE VASCULAR	
BALNATRA		CATETER EPIDURAL Nº16		KIT PAM	
CETAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		FINADOR EXTERNO	
DICLOFENACATO		CATETER EPIDURAL Nº18		EMPALHA	
DIPYRIDINA SODICA		CATETER EPIDURAL Nº18			
ETIDRINA		CERA PARA OSSO			
ETIDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICIS	
ETIDRINA		COMPRESSAS CIRURGICAS	OK	PARAFUSOS LONGOS	
ETIDRINA		COMPRESSAS CIRURGICAS	OK	PARAFUSOS ESPONJOSO	
ETIDRINA		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS ESPONJOSO	
ETIDRINA		DRENO DE SUCCAO		PARAFUSOS MARGINAIS	
ETIDRINA		ELETRODOS	1	PARAFUSOS MARGINAIS	
ETIDRINA		EQUIPO MACRODOTAS	1	PLACA	
ETIDRINA		EQUIPO TRANSF. SANGUE		PLACA	
ETIDRINA		EQUIPO MICRODOTAS			
ETIDRINA		ESFONJA DE PVPI		EQUIPAMENTOS	
ETIDRINA		ESPARADRAPO		✓ ASPIRADOR	
ETIDRINA		GAZES	1	✓ BISTURI ELETRICO	
ETIDRINA		GAZES ALGODOADAS	1	✓ CAPNOGRAFO	
ETIDRINA		GEL ELETROLITICO		✓ CARDIOMONITOR	
ETIDRINA		JELCO Nº14		✓ DESFIBRILADOR	
ETIDRINA		JELCO Nº16		✓ FOCO AUXILIAR	
ETIDRINA		Agulha de Plexo A-50 3	1	✓ FOCO CENTRAL	
ETIDRINA		Estetoscópio Nº 5	1	✓ MICROSCOPIO	
ETIDRINA		Calço Unieral Pêlo longo Nº 45mm	01	✓ OXIMETRO DE PULSO	
ETIDRINA		Coste Unieral 10mm	01	✓ INVASÃO DEVASIVA	
ETIDRINA				✓ PERFURADOR ELETRICO	
ETIDRINA				✓ SERRA	
ETIDRINA				CIRCULANTE	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:21:40

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011214072000000034482607

Número do documento: 20103011214072000000034482607



HEETSHI

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 11/06/19

PRONTUÁRIO: 1163012

PACIENTE: NAILSON CORDEIRO DA SILVA

SEXO: M

COR: ---

IDADE: 40

PRESSÃO ARTERIAL 120 x 90 PULSO 80 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL ☒ BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ☒ BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO EUPNEICO

AP. CIRCULATÓRIO ESTÁVEL

AP. DIGESTIVO JEJUN

ESTADO MENTAL LOTE

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA ϕ

ESTADO FÍSICO (ASA)

I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO

CIRURGIA REALIZADA TIO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL (S)

CIRURGIÃO DR. JOÃO MONTEIRO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 12:00

TÉRMINO DA ANESTESIA 15:15

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA DR. AMANDA + DR. LUISIANA (RZ)

CRM-PB

AGENTES/HORA	12:00	13:00	14:00	15:00
USUÁRIO	SPM	SPM	SPM	SPM
VENOSAS	SPM	SPM	SPM	SPM
PULSO	80	80	80	80
TEMPERATURA	36.1	36.1	36.1	36.1
RESPIRAÇÃO	12	12	12	12
ESTADO GERAL	BOM	BOM	BOM	BOM
ESTADO FÍSICO (ASA)	I	I	I	I
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO			
CIRURGIA REALIZADA	TIO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL (S)			
CIRURGIÃO	DR. JOÃO MONTEIRO			
AUXILIARES				
INÍCIO DA ANESTESIA	12:00			
TÉRMINO DA ANESTESIA	15:15			
DURAÇÃO DA ANESTESIA				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
QUANT. DE CH.				
VALORES R\$				
ANESTESISTA	DR. AMANDA + DR. LUISIANA (RZ)			
CRM-PB				
ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPIDURAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BLOQ. FLEXO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OUTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TECNICA	BLOQUEIO DE RENO BRACHIAL (VIA INTEROSSEAL) -> RET. D.D.H. MEMBRANA, VENECLISE PRÉVIA			
QUANTO	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
SUCOSE	1. MIOZOLAM 5g + 3g	11		
SAO	2. FENTANIL 100µg + 10µg	12		
SANGUE	3. MORFINA CIV 0.5% - 20ml	13		
PRIMER	4. LIDOCAÍNA CIV 2% - 20ml	14		
TOTAL	5. ÁGUA DESTILADA 20L	15		
DESTINO DO PACIENTE	6. CEFOTRÍAX 2g	16		
<input type="checkbox"/> APT	7. DEXAMETASONA 10g	17		
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	8. DILATAÇÃO 2g	18		
<input type="checkbox"/> UTI	9. ANAESTÉSICO 8g	19		
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: UPPA	10	20		
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	MSE, CATETER NASAL, ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DA ALÇA 20L, PUNÇÃO PERCUTÂNEA GASTRICA DIREITA EM ÁGUA DE RENO ASO + NARCOSE LOCAL, ESTÍMULO MEMÓRIA A Q.S. NA, INSUFLEÇÃO (S) + (4) + (5). BLOQUEIO EFETIVO.			
ASSINATURA DO ANESTESISTA	Dra. Amanda V. Andrade CRM-PB 10.092 Anestesiologista			
F (NO) ASCR 126-1				

DESCRIÇÃO 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
Condução:
CALOCCLASIA + 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 TUBERORISIDADE, 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 Henriques
200108

João Pessoa,

11/6/2019





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.414.876 -2 VI
DATA DE EXPEDIÇÃO	10/04/1997
NOME	NAILSON CORDEIRO DA SILVA
FILIAÇÃO	EDUARDO CORDEIRO DA SILVA ANTONIA BERNARDO DA SILVA
NATURALIDADE	BAIA DA TRAIÇÃO-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 DO TITULAR	
LEI Nº 7.116 DE 25-08-83	



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFN0159

Imprimir Consulta

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB Nº
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO
2019

NOME / ENDEREÇO

PLACA
QFN0159

ESPECIE / TIPO
PASSA / MOTOCICLET

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN

ANO FAB. ANO MOD
2015 2015

ESD CAP/ROT FOL CATEGORIA
COR PREDOMINANTE
PARTICULAR VERMELHA

IPVA
29/11/2019

PREMIO LICENCIAMENTO
PREMIO TOTAL INCL. DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

ALIENACAO FIDUCIARIA

LOCAL DATA
JOAO PESSOA 29/08/2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Último Licenciamento: 2019

Proprietário: *****

Placa: QFN0159

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

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



- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

Nelson Cordeiro da Silva

DATA DO ACIDENTE

CPF DA VITIMA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

() VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA 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 A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 012 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0302136/19

Vítima: NAILSON CORDEIRO DA SILVA

CPF: 038.011.504-29

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NAILSON CORDEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

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
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

NAILSON CORDEIRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª 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 subscreeve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **NAILSON CORDEIRO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

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

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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



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, 28 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

