



Número: **0855315-36.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANDIRA MACENA DA SILVA (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35797076	22/10/2020 13:00	Petição	Petição
35797077	22/10/2020 13:00	2698882_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_01	Outros Documentos
35797078	22/10/2020 13:00	2698882_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_02	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, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190408289

Vítima: JANDIRA MACENA DA SILVA

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANDIRA MACENA 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 14518658

Pag. 00979/00980 - carta_01 - 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, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190408289

Vítima: JANDIRA MACENA DA SILVA

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANDIRA MACENA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JANDIRA MACENA DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000733**

Conta: **000001568-4**

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.

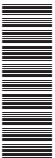
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01529/01530 - carta_15R - INVALIDEZ

00020765





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07177.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07177.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:09 horas do dia 01 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Jandira Macena da Silva**, CPF nº 057.044.524-85, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Doméstica, filho(a) de Josefa Macena da Silva e Pedro Macena da Silva, natural de Juripiranga/PB, nascido(a) em 15/05/1983 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antenor Navarro, Nº 164, bairro Centro, tendo como ponto de referência Em Frente a Casa de Farinha., na cidade de Juripiranga/PB, telefone(s) para contato (83) 98789-5261.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Furtuoso Batista Chaves, Próximo Ao Posto de Combustível Serra Negra., Ibiranga/PE, bairro CENTRO; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/06/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante no dia 09/06/2018 por volta das 18:00 horas quando transitava, pelo Centro da cidade de Ibiranga-PE; nas imediações do posto de combustível Serra Negra, com o veículo tipo HONDA/POP 100 ano e modelo: 2014/2015, de cor vermelha de placa: PCG/3141PB CHASSI: 9C2BB0210FR424952 pertencente ao Sr. Antonio Severino Monteiro; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando um veículo não identificado/evadiu-se do local trancou a declarante fazendo com que a mesma perdesse o controle da moto e derrapasse na pista; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido por terceiros ao HOSPITAL DE ITABAIANA onde foi transferida, posteriormente, pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticada, de acordo com o prontuário de nº 1.087.352, FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES + FRATURA EXPOSTA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DA ULNA DIREITA CID S 02.4 + S 52.4 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM 2516/PB.

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

João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JANDIRA MACENA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 07177.01.2019.1.00.401



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 1222667109 3 - CPF da vítima: 057.044.524-85 4 - Nome completo da vítima: Jandira Macena da Silva

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

5 - Nome completo: Jandira Macena da Silva 6 - CPF: 057.044.524-85
7 - Profissão: Economista 8 - Endereço: Antenor Navarro 9 - Número: 189 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jandira Macena 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58330000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 181991928028

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 1568 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

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

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 03 JUL 2019

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jandira Macena da Silva 03-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

tura do Representante Legal (se houver)

1007/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 13:00:02

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102213000260100000034188697

Número do documento: 20102213000260100000034188697

Num. 35797077 - Pág. 4

1087352-1
JANDIRA MACENA DA SILVA
DT. NASC. 15/05/1983
Mãe: JOSEFA MACENA DA SILVA
AV. ANTONIO NAVARRO, Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1087352



Identificação do paciente

ID 599474	Nome JANDIRA MACENA DA SILVA	Sexo Feminino
Data de nascimento 15/05/1983	Idade 35 anos 25 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe JOSEFA MACENA DA SILVA	Religião CATOLICA	Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai PEDRO MACENA DA SILVA	Responsável (Parentesco) MARIA JOSE DA SILVA - IRMAO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987203694	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 7145987	Nº Cms 701007892217099
Local de procedência JURIPIRANGA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JURIPIRANGA	CBO/R



Endereço

CEP 58330000	Município de residência JURIPIRANGA	Logradouro ANTENOR NAVARRO
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 09/06/2018 20:00:34	Número da pulseira 1000005172657	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Classificação de risco		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
<p>Dados clínicos <i>Pete foram segue plaudente de umato, segu pl audiar nome segue av Cuidados</i> </p>						
Diagnóstico						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo 02min 12seg

Wendy Carla G. Andrade
Enfermeira
CONEX-PB 421.001

Imprimir

Pete nega uso de fexofedina

Wendy Carla G. Andrade
Enfermeira
CONEX-PB 421.001



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:	12/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANDIRA MACENA DA SILVA

BANCO: 104

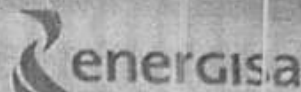
AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000001568-4

Nr. da Autenticação DB9DBD12B3DC190C



JANDIRA MACENA DA SILVA
RUA ANTONIO NAVARRO, 161 - CENTRO
JURUPIRANGA / PB CEP: 58300030 (AG: 113)



Ligação MONOFÁSICO
Cis/Sbc RES MTCB1 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA
Roteiro 13 - 117 - 785 - 3280 Referência: Jun/ 2019
Medidor 00008177078 Emissão: 19/06/2019

ENERGISA PAPA BA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br200, Km25 - Lota Redenção - São Paulo - PB - CEP: 58011-100
CNPJ: 09.095.103/0001-40 - Ins. Est. 15.059.100-7

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 06102500
Cód. para Déb. Automático: 0000114822

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 www.energisa.pb.gov.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ ANI
Jun / 2019	19/06/2019	22/07/2019	057.044.524-86

UC (Unidade Consumidora): 5/361492-2

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
17/05/19	8153	19/06/19	8212	32

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Porc. (R\$)	Valor (R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,205120	6,15	0,00	0,00	6,15	0,00	0,31
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	24,000	0,351850	8,43	0,00	0,00	8,43	0,00	0,40
0601	Adic. B. Amarela	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00
0610	Suspeito	17,23	0,00	0,00	0,00	0,00	17,23	0,19	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB. LIMPULICA	4,72	0,00	0,00	0,00	0,00	4,72	0,00	0,00
0801	JUROS DE MORA (J.M.)	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00
0805	MULTA 04/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Suspeito	16,19	0,00	0,00	0,00	0,00	16,19	0,00	0,00




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO SEVERINO MONTEIRO
RG nº 2169.820, data de expedição 21/12/1999
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 032.702.924-22, com
domicílio na cidade de ITAMBÉ, no Estado de
PARANÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROCTORA Q, VILA IBIRANGA - ITAMBÉ - PR, nº 552,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ANDREA MACENA DA SILVA, cujo o condutor era
ANDREA MACENA DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA POP100
Ano: 2014/2015
Placa: PCG 5141
Chassi: 9C2 P8 0240 FK424952
Data do Acidente: 09/06/2018
Local e Data: IBIRANGA - ITAMBÉ - PR 09/06/2018



 Antonio Severino Monteiro
Assinatura do Declarante

Andréia Macena da Silva
Assinatura do Condutor [caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro]





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JANDIRA MACENA DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 15/05/83
NOME DA MÃE JOSEFA MACENA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.087.352
Nº PRONTUARIO 109.228
DATA DO ATENDIMENTO 09/06/18
HORA DO ATENDIMENTO 20:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES + FRATURA EXPOSTA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DA ULNA D
CID 10 S 02.4 + S 52.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazida pelo SAMU, apresentando queixa de perda do nível de consciência + dor e escoriações em região da face, dor intensa em antebraço E com limitação dos movimentos. Relato de hábito etílico. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face
RX do antebraço E - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura exposta da extremidade distal do rádio e da ulna D ao RX. Fratura dos ossos malares e maxilares à TC da face. Sem alteração à outra TC. Realizado internamento e tratamento da fratura do antebraço pelo Dr. Raiff Gonçalves no 1º tempo e pelo Dr. Stefferson Diniz e Dr. Luiz Portela no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia. Tratamento conservador da fratura da face pela equipe da BucoMaxiloFacial.

ALTA HOSPITALAR: 29/06/18
DATA DA EMISSÃO: 16/04/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1087352



Identificação do paciente			
ID 599474	Nome JANDIRA MACENA DA SILVA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 15/05/1983	Idade 35 anos 25 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe JOSEFA MACENA DA SILVA	Pai PEDRO MACENA DA SILVA		
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) MARIA JOSE DA SILVA - IRMÃO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987203694	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 7145987	Nº Cms 701007892217099	
Local de procedência JURIPIRANGA		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JURIPIRANGA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58330000	Município de residência JURIPIRANGA	Logradouro ANTENOR NAVARRO	
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 09/06/2018 20:00:34	Número da pulseira 1000005172657	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos Pele fofa, segue plácida de um lado, segue plácida de outro lado, segue aus cuidados			
Diagnóstico			CD
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA			Tempo 02min 12seg

Imprimir

Wendy Carla G. Andrade
Enfermeira
CRM-PB 424.001

Wendy Carla G. Andrade
Enfermeira
CRM-PB 424.001
09/06/2018 20:03





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JANDIRA MACENA DA SILVA		BAE 1087352	Data/Hora Entrada 09/06/2018 20:00:34	Data Baixa
Data de nascimento 15/05/1983	Idade 35a 26d	Sexo Feminino	CNS 701007692217089	Telefone de Contato (83) 987203654
Mãe JOSEFA MACENA DA SILVA				Prontuário
Endereço ANTENOR NAVARRO, SN		Bairro CENTRO	Município JURUPIRANGA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAIFF LEITE SOARES	Nº Cons. Regional 9350/PB	
Data/Hora Classificação 09/06/2018 20:00:34		Data/Hora Prescrição 09/06/2018 22:05:41		

Anamnese

PACIENTE DÁ ENTRADA NESTE SERVIÇO PELA EQUIPE DO SAMU COM QUADRO DE QUEDA DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO HÁLITO ETÍLICO, QUEIXA DE PERDA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E O NÃO USO DE CAPACETE. NEGA NÁUSEAS OU QUEIXA E DOR EM REGIÃO DE FACE E MSE.

A: FRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL. RESPIRANDO EM AR AMBIENTE.
B: AUSÊNCIA DE SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, AUSÊNCIA DE DOR TORÁCICA.
C: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. AUSÊNCIA DE SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO.
D: ECG: 15, PUPILAS FOTORREAGENTES.
E: DOR À PALPAÇÃO EM REGIÃO FACE COM ALGUMAS ESCORIAÇÕES; ANTEBRAÇO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO E DOR DE ALTA INTENSIDADE. AUSÊNCIA DE DOR À PALPAÇÃO DE ABDOMEN. SEM DÉFICIT MOTOR EM MMII.

CD: SOLICITO TC DE SEIOS DA FACE E CRÂNIO;
RX DE ANTEBRAÇO ESQUERDO;
AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA E BUCOMAXILO;
ALTA DA CIRURGIA GERAL;
TETANOGAMMA.

ORTOPEDIA

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRAATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQ.
COND.: ANTIBIOTICOTERAPIA, AGUARDAR ALTA DA NCR E BMF PARA ENCAMINHAR AO ORTOTRAUMA.

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 14 DIA(S)

CID10

Código	Descrição
S52.5	Fratura da extremidade distal do rádio

Conduta

Em observação

JANDIRA MACENA DA SILVA

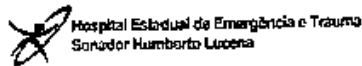
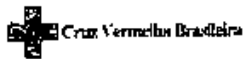
Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Teot: 15943
RAIFF LEITE SOARES
(CRM: 9350/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 09/06/2018 20:02:47

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 13:00:02
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102213000260100000034188697

09/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=/imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=308780&pesquisa=S&perform=im...



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JANDIRA MACENA DA SILVA	SAE 1087362	Data/Hora Entrada 08/06/2018 20:00:34	Data Baixa
Data de nascimento 15/05/1983	Idade 35a 25d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 987203694
Mae JOSEFA MACENA DA SILVA		CNS 701007892217009	Promotorio
Endereço ANTENOR NAVARRO, 6N	Bairro CENTRO	Município JURUPIRANGA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 09/06/2018 20:00:34		Data/Hora Prescrição 09/06/2018 20:14:04	

Anamnese
 PACIENTE DA ENTRADA NESTE SERVIÇO PELA EQUIPE DO SAMU COM QUADRO DE QUEDA DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO HÁLITO ETÍLICO, QUEIXA DE PERDA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E O NÃO USO DE CAPACETE. NEGA NÁUSEAS OU QUEIXA E DOR EM REGIÃO DE FACE E MSE.

A: PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL. RESPIRANDO EM AR AMBIENTE.
 B: AUSÊNCIA DE SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, AUSÊNCIA DE DOR TORÁCICA.
 C: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. AUSÊNCIA DE SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO.
 D: ECG: 15, PUPILAS FOTORREAGENTES.
 E: DOR À PALPAÇÃO EM REGIÃO DE FACE COM ALGUMAS ESCORIAÇÕES; ANTEBRAÇO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO E DOR DE ALTA INTENSIDADE. AUSÊNCIA DE DOR À PALPAÇÃO DE ABDOMEN. SEM DÉFICIT MOTOR EM MMII.

CD: SOLICITO TC DE SEIOS DA FACE E CRÂNIO;
 RX DE ANTEBRAÇO ESQUERDO;
 AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA E BUCOMAXILO;
 ALTA DA CIRURGIA GERAL;
 TETANOGAMMA.

MEDICAÇÃO
 TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, D.O (MGTSM)

CUIDADOS
 SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA
 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA
 SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE
 RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta
 Em observação



Dra. Monize Spazzapan Martins
 Médico Residente - Cirurgia Geral
 GILVANDO CARNEIRO LEAL
 (2489/PB)

JANDIRA MACENA DA SILVA

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA (PAGA) em 09/06/2018 20:02:47

2.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=308780&pesquisa=S&perform=im... 1/1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 13:00:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102213000260100000034188697

Número do documento: 20102213000260100000034188697

Num. 35797077 - Pág. 12



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 JANDIRA MACENA DA SILVA	BAE 1087352	Data/Hora Entrada 08/08/2018 20:00:34	Data Baixa
Data de nascimento 16/05/1983	Idade 35a 26d	Sexo Feminino	CNS 701007892217099
Mãe JOSEFA MACENA DA SILVA			Telefone de Contato (63) 987203694
Endereço ANTENOR NAVARRO, SN	Bairro CENTRO	Município JURIPIRANGA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Regional 96031
Data/Hora Classificação 08/08/2018 20:00:34		Data/Hora Prescrição 10/08/2018 01:12:49	Prontuário

anamnese

ORTOPEDIA

Paciente submetida a tratamento cirurgico com fixação de fratura exposta de ossos do antebraço E.

CD.: Interação.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

PIRORONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

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

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0)

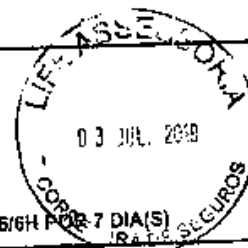
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

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

Diluir

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

Solução registrado por: THAYANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 09/08/2018 20:02:47



Francinélis Freitas
Médico
CRM-PB 96.3
CNS 203404579057800

10/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=3089*0&pesquisa=S&perform=sim... 2/2

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO SN)

Gilulr

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

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6H8

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

Conduta

Retornar Paciente

JANDIRA MACENA DA SILVA

Dr Francinêlio Freitas
CRM: 763404973057800
FRANCINÊLIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 86037)





HOSPITAL
ESTADUAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

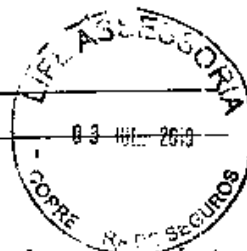
01/01

HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Vanúzia Oliveira de Siqueira

BE: 5037359



II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Poli traumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





HEETSHL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE JOÃO PESSOA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

000000

Artigo 11 - Após a alta médica, o paciente deverá deixar as dependências do HEETSHL no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12- Após a internação a família do paciente ou o seu representante legal deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O paciente ou o seu representante legal e os profissionais da saúde do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.



João Pessoa,

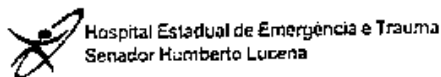
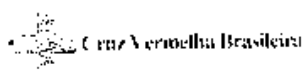
JANDIRA MARCO DA SILVA

Paciente - RG

Representante Legal - RG

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, S/N - JARDIM 13 DE MAIO
CNES: 1145623 - Tel:

Impresso por: OLAVO
HOSTON GONCALVES
PEREIRA
Em: 29/06/2018 11:48:01

Paciente JANDIRA MACENA DA SILVA	Boletim de Atendimento 1087352	Data/Hora Entrada 09/06/2018 20:00:34	Data/Hora Saída
Data de nascimento 15/05/1983	Idade 35	Sexo Feminino	CNS 701007892217099
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (OLAVO HOSTON GONCALVES PEREIRA - 29/06/2018 11:47:50)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ +/- 22 DIAS, CURSANDO FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO COM BOA ABERTURA BUCAL, SEM PERDA DE PROJEÇÃO ÓSSEA E SEM QUEIXAS ESTÉTICAS.

CD:

- 1- AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃO BMF
- 2- RETORNO AMBULATORIAL (03/07/18)
- 3- ALTA DA BMF (ALTA HOSPITALAR)

Seção: HTOP - APARTAMENTO 01 Leito: LEITO 02
Profissional responsável pela Informação: OLAVO HOSTON GONCALVES PEREIRA

Número Conselho: 4143

ALTA MÉDICA

CD: 4143

ALTA MÉDICA



USUÁRIO:

TIAGO MARTINS FORMIGA

DATA E HORA:

27/06/2018 10:33:06

MOTIVO DE ALTA:

ALTA HOSPITALAR

CONDUTA:

PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.



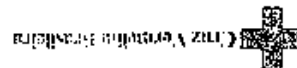


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 13:00:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102213000260100000034188697>

Número do documento: 20102213000260100000034188697

Num. 35797077 - Pág. 19



အပူလက်၊ သစ်သီးများ၊ အပန်းများ၊
အပူလက်၊ ဓာတ်ပစ္စည်းများ၊ အပူလက်၊

GOVERNO DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM

REF ID: A62749

Impresso por: MATHÉIS
MARINHO ENOMOTO
Em: 12/06/2018 10:14:16

Paciente	ANDRARA MACENA DA SILVA		Idade	35	Sexo	Feminino	Convênio	SUS	Tempo de Internação
Data de nascimento	15/05/1983								
CNS	701007892217089								
Plano	109228								
Data/Hora Entrada	09/06/2018 20:00:34								
Data/Hora Saída									

EVOLUÇÃO MEDICA (MATEUS MARINHO ENOMOTO - 12/05/2018 10:14:08)

043070A3

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
#EM USO DE FIXADOR DE COLTES

#EM USO DE FIXADOR DE COLLES

#AVALIAR O NEOLÓGICO GERENCIANDO O PREJUDÍCIO POR LITIGAÇÃO ATIVA NO MOMENTO.


#PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE BEM SEM NECESSIDADES ESPECIAIS.

#CD: MAN TDA
AGUARDA VAGS EM ENFERMIARIAS

Sigla: BLOC - URPA ENF 41 Letto: LETO URPA - 3001
Professionista responsabile della informazione: MATHEUS MARINHO GIMOTO

Numero Contabile: 10204




 GOVERNO
DA PARAÍBA
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

 GOVERNO
DA PARAÍBA
Impresso por: PAULO
GERMÃO DE CARVALHO
BEZERRA FALCÃO
Em: 11/06/2018 11:25:21

Paciente	Boletim de Atendimento		Data/Hora Entrada	Data Hora Saida
JANDIRA MACENA DA SILVA	1087352		09/06/2018 20:00:34	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Previdenciário
15/05/1983	35	Feminino	701007892217099	109228
Tempo de Internação	Convênio		Plantão	
	SUS		DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCÃO - 11/06/2018 11:25:21)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO**

PACIENTE RELATA TER SOFRIDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 02 (DOIS) DIAS. NEGA VÔMITO E DESMAIO PÓS TRAUMA, ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS DE BASE

NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, NORMOCORADA, EUPNEICA, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, AFEBRIL, EM MACA.

AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTOS OCULARES + ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, MÚTIPLAS ABRASÕES EM FACE, DEGRAU ÓSSEO EM REBORDO INFRAORBITAL (D), BOA ABERTURA BUCAL, MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS OCLUSÃO MANTIDA.

TC: OBSERVA-SE FRATURA EM ZIGOMA (D) + FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO (D).

CD: 1-ORIENTAÇÕES 2-ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM A ORTOPEDIA

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9001
Profissional responsável pela informação: PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCÃO

Número Conselho 3560




RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Jandira Macena da Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ I.R.: _____
 Cirurgia: Osteossíntese do rádio (D)
 Cirurgião: Dr. Steferson 1º Assistente: Dr. Luiz Portela
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Cassio Queiroz
 Tipo de Anestesia: Alôprio + Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Rádio (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Osteossíntese do antebraço</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Luiz Portela
 Ortopedia-Traumatologia
 Cirurgião de Coluna Vertebral
 CRM-ES 65577 EOT 11155


João Pessoa, 25/08/18

F(NG).ASCIR.009-1

[illegible]

TECHNICO ENTREGUEM
11.378



	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE H.T.O.P			
Identificação do Paciente		10 - N° DO PRONTUÁRIO 1087352	
5 - NOME DO PACIENTE JORDIRA MACENA DA SILVA		8 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO MASC <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - UF	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		16 - CEP	
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	
		24 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I	
		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	
		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTD	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
		34 - QTD	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
		37 - QTD	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
TMC - Cx. 3,5 PLACA DEL 8F PARAFUSO { N° 14 - 02 N° 18 - 01 N° 22 - 01 CERTICAL { N° 16 - 01 N° 20 - 01 S. BRAUN - Agulha Bloq. Flexo 100 mm			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE PROFISSIONAL SOLICITANTE			
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 25/06/19		41 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ORGÃO EMISSOR	
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		47 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	





DATA: 25/06/18

PRONTUÁRIO: 1087352

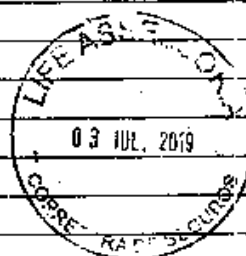
PACIENTE: <u>Jandira Aparecida da Silva</u>		SEXO: <u>F</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>35a.</u>
PRESSÃO ARTERIAL <u>110</u>	PULSO <u>110</u>	RESPIRAÇÃO <u></u>	TEMPERATURA <u></u>	PESO <u></u>
GRUPO SANGÜÍNEO <u></u>				
ESTADO GERAL (<input checked="" type="checkbox"/> BOM) () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM (<input checked="" type="checkbox"/>) () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES <u>na manutenção, checkup</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>MUC, SILEN</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>RCP, QT, GHS</u>		
AP. DIGESTIVO <u>Não</u>		ESTADO MENTAL <u>LOTE</u>		DROGAS EM USO <u></u>
PRÉ-ANESTÉSICO <u>Não</u>				ESTADO FÍSICO (ASA) <u>1</u>
DOSE/HORA <u></u>				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>FATIGA EXOSTA NOS OSSOS DO AUTÊRACO CSA</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>Tto CIRURGICO DE FRAT EXOSTA NOS OSSOS DO AUTÊRACO CSA</u>				
CIRURGIÃO <u>Dr. POZEIRA</u>		AUXILIARES <u>Dr. STEFANINI</u>		
INÍCIO DA ANESTESIA <u>11:15</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>12:45</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <u></u>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u></u>		QUANT. DE CH. <u></u>		VALORES RS <u></u>
ANESTESISTA <u>Dr. ANILAU</u>		CPF <u></u>		CRM-PB <u></u>

[illegible][illegible]

Approved: P. D. Arzoo
MEDICAL
C-2-11504-50



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<p>Posição e Preparo:</p> <p>① Pac em decúbito dorsal sob anestesia</p> <p>② Depressão da pele</p> <p>③ Aderência e autolimpia</p> <p>④ Campos estéreis</p> <p>Incisão:</p> <p>⑤ Incisão Volax</p> <p>⑥ Incisão por placas</p> <p>⑦ Abordagem do foco de fratura</p> <p>Realizados:</p> <p>⑧ Redução e fixação com placa DEP 8 furos e 6 parafusos corticais 3,5</p> <p>⑨ Limpeza c/ SE 0,9%</p> <p>Conduta:</p> <p>⑩ Sutura</p> <p>⑪ Curativo exclusivo</p> <p>⑫ Bon perfuração distal</p>
<p>Fechamento:</p>
<p>Observação:</p>



Dr. Luiz Portela
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia de Coluna Vertebral
CRM-PB 68777EOT 11135

João Pessoa, 25/06/19

Médico/CRM: _____







MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

057.044.524-85

Nome

JANDIRA MACENA DA SILVA

Nascimento

15/05/1983



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014205046983
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 1033946947 R.N.T.R.G. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME

ANTONIO SEVERINO MONTEIRO

ITAMBE-PE

CPF / CNPJ 032.702.924-22

PLACA PGG3141

PLACA ANT / UF ***** / PE

CHASSI 9C2HB0210FR424952

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / POP100

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL. 22 / 97 CL.

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO

VENÇ. COTA ÚNICA

VENÇ. / COTAS 1. *****

FAIXA IPVA 1

PARCELAMENTO / COTAS

2. *****

3. *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA

ITAMBE

Charles Andreus Sousa Ribeiro
Charles Andreus Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DATA 23/04/18

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS:
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014205046983 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ANTONIO SEVERINO MONTEIRO

50920-000

CASA ITAMBE-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/04/18

VIA 1 CPF / CNPJ 032.702.924-22

PLACA PGG3141

RENAVAM 1033946947

MARCA / MODELO HONDA / POP100

ANO FAB 2014

CAT. TAXI 09

Nº CHASSI 9C2HB0210FR424952

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO PAGO

IOF (R\$)

COBERTURA DO SEGURO

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.606/0001-34

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Yandira Almeida de Silva
DATA DO ACIDENTE 03/07/2019 CPF DA VITIMA 037.044.564-85
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VITIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR Antena Nubiano
Nº 164 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
CIDADE Quipinanga UF PB CEP 58330-000
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 991925028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A 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)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 1.700,00 (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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 03-07-2019
IDENTIDADE 314.59.84
ASSINATURA Yandira Almeida da Silva

DATA 03 JUL. 2019
NOME _____
ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190408289 **Cidade:** Juripiranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDIRA MACENA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES.
FRATURA DISTAL DO RÁDIO E DA ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÁDIO E ULNA (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS), CONSERVADOR DE FACE E ALTA MÉDICA. PÁG 13 E 17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222667/19

Vítima: JANDIRA MACENA DA SILVA

CPF: 057.044.524-85

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JANDIRA MACENA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JANDIRA MACENA DA SILVA : 057.044.524-85

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: 03/07/2019
Nome: JANDIRA MACENA DA SILVA
CPF: 057.044.524-85

JANDIRA MACENA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08553153620198152001

BRADESCO SEGUROS 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 **JANDIRA MACENA 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.

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.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 16 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 13:00:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102213000297200000034188698>
Número do documento: 20102213000297200000034188698