



04/09/2020

Número: **0802612-88.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FABIANO SANTOS GUIMARAES (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (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
33989 812	04/09/2020 10:43	<a href="#">Petição</a>	Petição
33989 817	04/09/2020 10:43	<a href="#">2731126_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_03</a>	Outros Documentos
33989 833	04/09/2020 10:43	<a href="#">2731126_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02</a>	Outros Documentos
33989 836	04/09/2020 10:43	<a href="#">2731126_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009375

Vítima: FABIANO SANTOS GUIMARAES

Data do Acidente: 25/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIANO SANTOS GUIMARAES

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 15339964





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200009375**

**Vítima: FABIANO SANTOS GUIMARAES**

**Data do Acidente: 25/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FABIANO SANTOS GUIMARAES**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
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: **FABIANO SANTOS GUIMARAES**

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

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **000005324-2**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## 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: 645.294.874-15 3 - CPF da vítima: 645.294.874-15 4 - Nome completo da vítima: Fabiano Santos Guimarães

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

5 - Nome completo: Fabiano Santos Guimarães 6 - CPF: 645.294.874-15  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Poeta Manoel Xandu 9 - Número: 72 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98855-5045

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 53242

AGÊNCIA: CONTA:

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 do 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (volnascido)? ☐ 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  
manuseio  
biométrico  
ou  
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

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 07/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CDC DPVAT 002/2019









GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL  
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



## CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1360 /2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos 27 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 08:30 horas, compareceu o Sr. **Fabiano Santos Guimarães**, portador da cédula de identidade nº 1 299.865 Seds/PB, CPF nº 645.294.874 - 15, brasileira, natural de Campina Grande/PB, divorciado, com 47 anos de idade, filho de Francisco de Assis Guimarães e de Francisca Santos Guimarães, Técnico em Refrigeração, residente à rua Poeta Manoel Xudú, nº 72, bairro Valentina Figueiredo, nesta capital, o qual notificou que, Na manhã do dia 25 de setembro do ano de 2019, se conduzia na motocicleta Honda NXR 160 BROS, ano e modelo 2018, cor preta, placa QSB 1246/PB e chassi nº 9C2KD1000JR005707, cadastrada em seu nome, pela rua Telegrafista Armando Pessoa, conjunto 13 de maio, nesta capital e, próximo a praça Assis Chateaubriand, após livrar uma vala, o pneu dianteiro desta derrapou numa saliência que existia entre o asfalto e meio fio, e na sequência perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Fratura de Costela Esquerda + Luxação da Articulação Acromioclavicular Esquerda, identificada pelo CID 10 S 22.3 + S 43.1, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 27 de dezembro de 2019.

*Everaldo Martins da Costa*  
Escrivão de Polícia Civil

*x Fabiano Santos Guimarães*





# 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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0036 CONTA: 5324 AGÊNCIA: CONTA:

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 do 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (volnascido)? ☐ 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

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

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CDC DPVAT 002/2019









**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE**

**o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1192399



**Identificação do paciente**

ID 1142078	Nome <b>FABIANO SANTOS QUIMARAES</b>	Sexo <b>Masculino</b>
Data de nascimento 07/10/1972	Idade 46 anos 11 meses 18 dias	Estado civil
Mãe <b>FRANCISCA SANTOS QUIMARAES</b>	Religião	Prontuário
Escolaridade	Pai <b>FRANCISCO DE ASSIS QUIMARAES</b>	
DDI Celular 83	Celular 988440664	Representante (Parentesco) <b>REBECA - SOBRINHO(A)</b>
Tipo documento CPF	Número documento 64529487415	DDD
Local de procedência TREZE CRUZEIRO	UF PB	Telefone
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	CEP

**Endereço**

CEP 58037030	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro GOVERNADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO
Número 679	Complemento	Bairro JARDIM OCEANIA	

**Admissão**

Data e Hora 25/09/2019 10:44:55	Número da pulseta 1000726370	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	

**Classificação do caso**

Classificação de emergência	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Classificação do caso 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 130 x 80 mmHg	Pulso 70	Temperatura 37°C
---------------------	-------------	---------------------

**Exames complementares**

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

**Exatidão clínica**

*paciente cote, apresenta lesão dos membros superiores do tórax e membros superiores p/ exames J57*

**Dispensário**

Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA	Tempo 50seg
---	----------------

Imprimir

*Rebeca Maria Ramalho Lima*



# 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:	15/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

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

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIANO SANTOS GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000005324-2

---

---

Nr. da Autenticação 011886E2B8632816





# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de boleto.

Pedra para simplificar pagamento da conta de energia da Energisa. Nº 025.503.504



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.045.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.623-0

## DADOS DO CLIENTE

VIVIANE DOS SANTOS NASCIMENTO  
RUA POETA MANOEL XUDU 72 CASA  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/406584-3

## REFERÊNCIA

DEZ/2019

## APRESENTAÇÃO

18/12/2019

## CONSUMO

193

## VENCIMENTO

11/01/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 170,38

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 07812.342173 2 81310000017038				
Pagador: VIVIANE DOS SANTOS NASCIMENTO CNPJ/CPF: 806.626.924-20				
RUA POETA MANOEL XUDU 72 CASA - VALENTINA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007812342	000406584201912	11/01/2020	R\$ 170,38	
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: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:43:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410432229900000032514513>

Número do documento: 20090410432229900000032514513

Num. 33989817 - Pág. 10



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIANO SANTOS GUIMARÃES  
DADOS DE NASCIMENTO 07/10/72  
NOME DA MÃE FRANCISCA SANTOS GUIMARÃES

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.192.399  
Nº PRONTUÁRIO 118.286  
DATA DO ATENDIMENTO 25/09/19  
HORA DO ATENDIMENTO 10:44  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE COSTELA E + LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIOCLAVICULAR E  
CID 10 S 22.3 + S 43.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor intensa local e deformidade em ombro E, refere também dor torácica E. Glasgow 15. Avaliada pela equipe da médica da urgência/emergência.

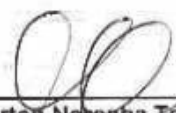
### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tórax  
RX do ombro E - AP e Oblíqua  
USG do abdome total - FAST

### TRATAMENTO:

Luxação da articulação acromioclavicular E + fratura de costela E à TC e ao RX. Sem alteração à USG. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Matheus Mozart da equipe da Ortopedia. Tratamento conservador da outra fratura.

ALTA HOSPITALAR: 28/09/19  
DATA DA EMISSÃO: 07/11/19

  
Dr. Ewerton Noreña 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. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIANO SANTOS GUIMARÃES  
DADOS DE NASCIMENTO 07/10/72  
NOME DA MÃE FRANCISCA SANTOS GUIMARÃES

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.192.399  
Nº PRONTUÁRIO 118.286  
DATA DO ATENDIMENTO 25/09/19  
HORA DO ATENDIMENTO 10:44  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE COSTELA E + LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIOCLAVICULAR E  
CID 10 S 22.3 + S 43.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor intensa local e deformidade em ombro E, refere também dor torácica E. Glasgow 15. Avaliada pela equipe da medicina da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tórax  
RX do ombro E - AP e Oblíqua  
USG do abdome total - FAST

### TRATAMENTO:

Luxação da articulação acrômioclavicular E + fratura de costela E à TC e ao RX. Sem alteração à USG. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Matheus Mozart da equipe da Ortopedia. Tratamento conservador da outra fratura.

ALTA HOSPITALAR: 28/09/19  
DATA DA EMISSÃO: 19/12/19

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUIE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>FABIANO SANTOS GUIMARAES</b>	Idade <b>46a 11m 18d</b>	BAE <b>1192399</b>	Data/Hora Entrada <b>25/09/2019 10:44:55</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>07/10/1972</b>		Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 988440664</b>
Mãe <b>FRANCISCA SANTOS GUIMARAES</b>				Prontuário
Endereço <b>GOVERNADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO, 679</b>		Bairro <b>JARDIM OCEANIA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>BENEDITO B RIBEIRO</b>	Nº Cons. Regional <b>11820/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>25/09/2019 10:44:55</b>			Data/Hora Prescrição <b>25/09/2019 13:36:30</b>	

## ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO DEFORMIDADE EM OMBRO ESQUERDO, COM DOR INTENSA LOCAL, REFERE TAMBEM DOR TORACICA A ESQUERDA, NEGA PERDA DA CONSCIOENCIA E OUTRAS QUEIXAS. HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. REALIZADO RX DE TORAX, QUE EVIDENCIA FRATURA DE ARCO COSTAL A ESQUERDA. CD: CONSERVADORA AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA ALTA DA GERAL

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

**BENEDITO B RIBEIRO**  
(CRM: 11820/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 25/09/2019 10:45:45



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:43:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410432229900000032514513>

Número do documento: 20090410432229900000032514513



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNEB: 2593262

Paciente <b>FABIANO SANTOS GUIMARAES</b>	BAE <b>1192399</b>	Data/Hora Entrada <b>25/09/2019 10:44:55</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>07/10/1972</b>	Idade <b>46a 11m 18d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988440664</b>
Mãe <b>FRANCISCA SANTOS GUIMARAES</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>GOVERNADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO, 679</b>	Bairro <b>JARDIM OCEANIA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO</b>	Nº Cons. Regional <b>185222/SP</b>
Data/Hora Classificação <b>25/09/2019 10:44:55</b>		Data/Hora Prescrição <b>25/09/2019 13:45:50</b>	

## ANAMNESE

# ORTOPEDIA DOR E DEFORMIDADE NA REGIAO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDO APOS QUEDA DE MOTOCICLETA AS DEZ HORAS AINDA REFER DOR NO TORAX (LIBERADO POR CIR. GERAL) NEGA OUTRAS QUEIXAS E OUTROS TRAUMAS COM PREJUDICADO (DOR) NEUROVASCULAR PRESERVADO EXF: AUSENCIA DE FERIMENTOS IMPORTANTES SINAL DA TEG. D. D. ESQUERDO RX: LAC GRAU 4 CDT: INTERNAÇÃO STAFF DR ROBERTO SANTOS

## DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES:: LEVE)

## MEDICAÇÃO

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

CAPTAPRIL 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

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

HGT 6/6HS

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

SSVV + CCGG

ELETCARDIOGRAMA

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

## PROCEDIMENTO

TIPOIA

Dr. José Rogério  
CRM-PB/9215  
CRM-SP/125.122



**CID10**

T14.9 - Traumatismo não especificado

**Conduta**

Internar Paciente

Enfermeiro

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO  
(CRM: 185222/SP)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 25/09/2019 10:45:45

MÉDICO  
Dr. José Rogaciano  
CRM-PR/2215  
CRM-SP/185222







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lukens



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE**

*o trabalho*

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>FABIANO SANTOS GUIMARAES</b>	BAE <b>1192399</b>	Data/Hora Entrada <b>25/09/2019 10:44:55</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>07/10/1972</b>	Idade <b>46a 11m 18d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988440564</b>
Mão <b>FRANCISCA SANTOS GUIMARAES</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>GOVERNADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO, 679</b>	Bairro <b>JARDIM OCEANIA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FRANCISCO DOS ANJOS LIMA NETO</b>	Nº Cons. Regional <b>2816/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>25/09/2019 10:44:55</b>		Data/Hora Prescrição <b>25/09/2019 10:56:52</b>	

### ANAMNESE

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO DEFORMIDADE EM OMBRO ESQUERDO, COM DOR INTENSA LOCAL, REFERE TAMBEM DOR TORACICA A ESQUERDA, NEGA PERDA DA CONSCIOENCIA E OUTRAS QUEIXAS, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. A ORTOPEDIA A C.TORACICA

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX  
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)  
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

### CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

FRANCISCO DOS ANJOS LIMA NETO  
(2816/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 25/09/2019 10:45:45



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:43:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410432229900000032514513>

Número do documento: 20090410432229900000032514513



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUIE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO  
Em: 26/09/2019 08:25:54

Nome <b>FABIANO SANTOS GUIMARAES</b>		Boletim de Atendimento <b>1192399</b>	Data/Hora Entrada <b>25/09/2019 10:44:55</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>07/10/1972</b>	Idade <b>46</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700408972747549</b>	Prontuário <b>118286</b>
Tempo de Internação <b>14h 21min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>25/09/2019 10:44:55</b>	Data Internação <b>25/09/2019 18:04:04</b>	Permanência na Unidade: <b>21h 41min</b>		Permanência no Leito: <b>14h 21min</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 26/09/2019 08:25:48)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente evoluindo estável, sem queixas, exames e risco ok, aguarda cirurgia.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 006

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





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

HEFESIL

Número:

Prontuário: 1192399

Data: / /

Paciente:

Data: 27/09/19

Procedimento:

Reposição:

SUS: (X) Não SUS ( )

Clavicular

Médico: Dr. Suelio

DISPENSACÃO CME

FONECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
CME	FIO de Kirschman N.2.0 (1)	1		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FONECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
VYGON	Agulha de plx 20 A-50	1		

Dr. João Paulo  
11588

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

Clínica Farmacêutica de Medicamentos  
COREN-PB 657575-TE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:43:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410432229900000032514513>

Número do documento: 20090410432229900000032514513





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

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETS HL

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Feliano Santos Guimarães

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1192399

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/08/1970

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDE

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Agulhas de plexo A-50 VYGON - P 1  
Fio de Kirschmann N.2.0 - P 1

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

( ) CNES ( ) CPF

Dr. [Assinatura]

25.11.598

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNES ( ) CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: FABIANO SANTOS GUIMARAES BE/PRONTUÁRIO 1192399  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M COR: \_\_\_\_\_ DATA: 27/9/2019  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA  
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA  
 CIRURGIÃO: DR MATHEUS MOZART 1º ASS: MR1 JOÃO PAULO  
 2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: DRA , R  
 TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO + SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA	

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:  
 DESCRIÇÃO:  
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM:

*Dr. João Paulo S. Casado*  
 CRM-RO 44502

DATA: 27/9/2019





RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Posição e Preparo:</b>	
PACIENTE EM "CADEIRA DE PRAIA" SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
ANTIBIOTICOPROFILAXIA	
<b>Incisão:</b>	
INCISÃO EM GOLPE DE SABRE SOBRE A CLAVÍCULA ESQUERDA	
DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS	
CUIDADOS COM HEMOSTASIA	
<b>Achados:</b>	
LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVÍCULA ESQUERDA	
<b>Conduta:</b>	
REALIZADO MENISCECTOMIA	
PASSAGEM DE FIOS DE ETHIBOND SUBCORACOIDE	
PERFURAÇÃO DE TUNEIS PELA CLAVÍCULA E PASSAGEM DE FIOS	
FIXAÇÃO TEMPORARIO COM FIO DE KC Nº 2	
CONFECCIONADO AMARRILHA	
LIMPEZA COM SF 0,9%	
REVISAO DA HEMOSTASIA	
SUTURA POR PLANOS	
<b>Curativo:</b>	
CURATIVOS ESTÉREIS	
<b>Observação:</b>	
TIPOIA	
RAIO-X DE CONTROLE	

Médico/CRM:

Dr. João Paulo S. Casado  
Médico  
CRM: 11598

João Pessoa,

27/9/2019





BE: 1192399



PACIENTE: **Faliamo Santos Guimarães**  
 IDADE: **46** BE: **1192399**  
 DOENÇA: **traq. cirurgico de luxação Anterior clavicular.**  
 CIRURGIÃO: **Dr. Matheus**  
 ANESTESIA: **Biopneumio de plexo + Sedação**  
 PRETENDENTE: **Dr. Alton**

DATA: **09.09.19** LOCAL: **ANESTESIA INTENSIVA** HORARIO: **13:30**

CONDIÇÃO DE CONTAMINAÇÃO: **CONTAMINADA - INFECTADA - POTENCIALMENTE CONTAMINADA**

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO
	SRL 500cm		RELCO Nº 1		FIO CAT. GLT. CROMADO Nº
	S.F.O. 9% 500cm		RELCO Nº 2		FIO CAT. GLT. CROMADO Nº
	S.F.O. 9% 100cm		RELCO Nº 3		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 4		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 5		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 6		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 7		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 8		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 9		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 10		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 11		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 12		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 13		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 14		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 15		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 16		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 17		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 18		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 19		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 20		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 21		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 22		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 23		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 24		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 25		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 26		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 27		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 28		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 29		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 30		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 31		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 32		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 33		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 34		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 35		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 36		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 37		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 38		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 39		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 40		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 41		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 42		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 43		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 44		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 45		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 46		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 47		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 48		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 49		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 50		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 51		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 52		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 53		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 54		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 55		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 56		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 57		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 58		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 59		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 60		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 61		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 62		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 63		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 64		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 65		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 66		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 67		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 68		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 69		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 70		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 71		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 72		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 73		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 74		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 75		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 76		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 77		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 78		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 79		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 80		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 81		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 82		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 83		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 84		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 85		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 86		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 87		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 88		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 89		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 90		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 91		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 92		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 93		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 94		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 95		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 96		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 97		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 98		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 99		FIO DE ALCO Nº
			RELCO Nº 100		FIO DE ALCO Nº

Cláudio Nascimento Matos de Menezes  
 COREN-PB 657575-TE



RECIBIR

# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 27/09/19

PRONTUÁRIO

PACIENTE: FABIANO SANTOS GULMINEZ SEXO: MALE COR: BRANCO IDADE: 38

PRÉ-ANESTÉSICO: 180x8 PULSO: 60 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36,5 GRUPO SANGÜÍNEO: A

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

EXAMES COMPLEMENTARES: MORFEO

AP. RESPIRATÓRIO: EUTRÓFICO AP. CIRCULATÓRIO: EUTRÓFICO

AP. DIGESTIVO: FEL ESTADO MENTAL: LUCID DROGAS EM USO: NÃO

PRÉ-ANESTÉSICO: NÃO DOST. JÓIA: NÃO ESTADO FÍSICO: BOM

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR (LAC)

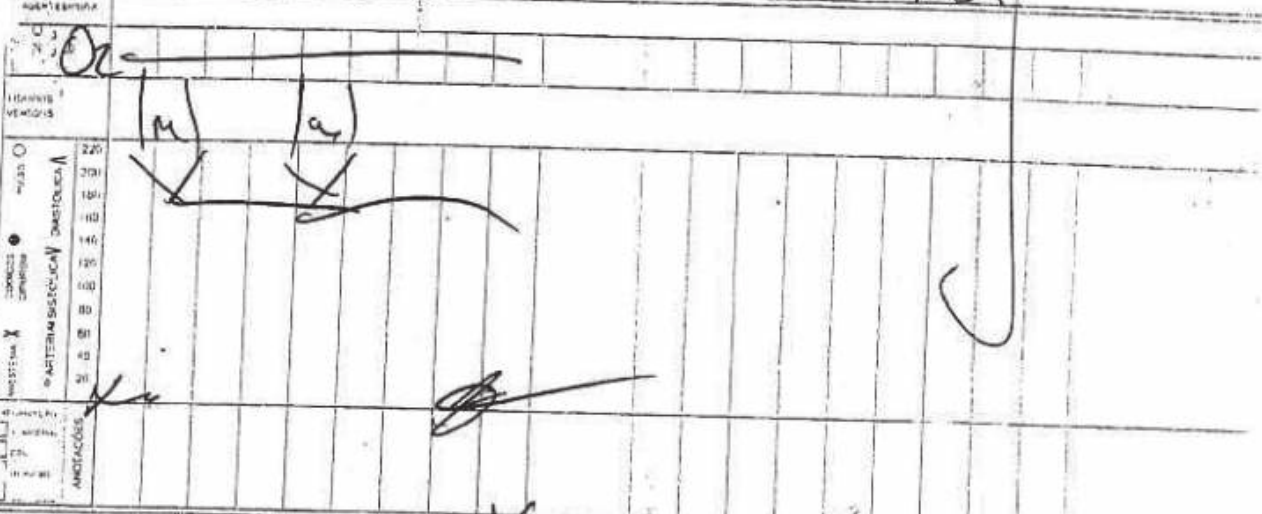
CIRURGIA REALIZADA: TRAT. CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR

CIRURGIÃO: MATHEUS AUXILIARES: NÃO

INÍCIO DA ANESTESIA: 11:45 TÉRMINO DA ANESTESIA: 12:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 15

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 11.45 QUANT. DE CII: 1 VALORES RS: 4184

ANESTESISTA: ABDON M. LUSTOSA CRM-PB: 4184



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS: NÃO

TÉCNICA: BLOCO DO PLEXO BRACHIAL VIA INTRASEGMENTAR COM TNP

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANT.	USADO	USADO
1	LIDOCAÍNA 2%	400ml
2	ROPIVACAÍNA 0,5%	100ml
3	CLONIDINA 150mcg	150mcg
4	PROPRANOLOL 100mg	100mg
5	DIAMORFIA 5mg	5mg
6	CEFOTRÍAXIM 1g	1g
7	DIAMORFIA 2mg	2mg
8	DIAMORFIA 2mg	2mg
9	DIAMORFIA 2mg	2mg
10	DIAMORFIA 2mg	2mg

RESERVAZÓRIOS IMPORTANTES

APÓS: ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESERVAZÓRIO ☐ OUTROS: NÃO

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Abdon Moreira Lustosa Médico Anestesiologista CRM-PB 4184



Documento de Alta

Nome: FABIANO SANTOS GUIMARÃES			Número Prontuário: 116266
Data de Nascimento: 07/10/1972	Sexo: Masculino	Data de Internação: 25/09/2019 - 5:04:04	Data de Alta: 28/09/2019 08:16:50
Motivo da alta: ALTA MÉDICA			
Conduta: ALTA MELHORADA			
Resumo da Internação: LAC A ESQUERDA. TRATAMENTO CIRÚRGICO			
Resultado de Exames: RX			
Tratamento: LAC A ESQUERDA. TRATAMENTO CIRÚRGICO			
Diagnóstico: SIIIT - Lesão da articulação acromioclavicular			
Recomendações: RETORNO EM 2 SEMANAS AMBULATORIAL, (CIRURGIÃO DR. WATÊNIUS NOZART), CEFALOXINA 10 DIAS AINE E ANALGÉSICO SE OCE.			

Data: 25/09/2019

Dr. Filipe Almeida Corte,  
Cirurgião de Mão e Cotovelo  
CRM 10.583  
RPP 14.193





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIDADE

**PB**

NOME  
FABIANO SANTOS GUIMARAES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR W  
1299865 SSP PB

CPF  
645.294.874-15 DATA NASCIMENTO  
07/10/1972

FILIAÇÃO  
FRANCISCO DE ASSIS  
GUIMARAES  
FRANCISCA SANTOS  
GUIMARAES

PERMISSÃO  
ACC CALHE  
AD

Nº REGISTRO  
02414860221 VALIDADE  
13/06/2022 1ª HABITUAÇÃO  
11/04/1995

DESTINAÇÃO

*Fabiano Santos Guimaraes*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO  
14/06/2017

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO EMISSOR

87115604866  
PB034814264

**PARAÍBA**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1489002644

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1489002644



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

LACRE 0046445536

DETRAN - PB

Nº 014800023021

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 201900000241216-3

VIA	COD RENAVAM	RNTTC	EXERCÍCIO
1	0115582910-4	00/00000000	2019

NOME  
FABIANO SANTOS GUIMARAES

CPI / CNPJ	PLACA
64529487415	QSB1246/PB

PLACA ANT / UF	CHASSI
NOVO PB	9C2KD1000JR005707

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTO/CICLE/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/NXR 160 BROS	2018	2018

CAP / POT / cil	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/162 /CI	PARTIC	PRETA

COTA UNICA	VENC COTA UNICA	VENC / COTAS
	00/00/0000	1º
Faixa IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º
*****	0	3º

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (%)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	P A G O	25/06/2019

OBSERVAÇÕES  
A.F BANCO HONDA S.A. OBRIGATORIO  
NOVAVALIA PARA TRANSFERENCIA  
0

LOCAL	DATA
JOAO PESSOA - PB	27/06/2019

9999999



*Assinado*

40657







## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_  
DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA 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)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

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

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200009375 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIANO SANTOS GUIMARAES **Data do acidente:** 25/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA.  
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR A ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. PG. 8,11.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200009375 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIANO SANTOS GUIMARAES **Data do acidente:** 25/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA.  
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR A ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. PG. 8,11.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

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



# 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:	15/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

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

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIANO SANTOS GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000005324-2

---

---

Nr. da Autenticação 011886E2B8632816







EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

**Processo: 08026128820208152003**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FABIANO SANTOS GUIMARAES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

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

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

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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

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

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



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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 2 de setembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

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

