



Número: **0800956-29.2018.8.15.0981**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Queimadas**

Última distribuição : **30/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ADRIANO RAMOS MOREIRA (AUTOR)	AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33161 806	12/08/2020 21:15	<u>Petição</u>	Petição
33161 808	12/08/2020 21:15	<u>2737361_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
33161 809	12/08/2020 21:15	<u>2737361_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221150831900000031743181>
Número do documento: 20081221150831900000031743181

Num. 33161806 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2017

Carta nº: 10628048

A/C: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170129285 ASL-0085681/17

Vitima: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Data Acidente: 16/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2017

Carta nº: 10646165

A/C: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Sinistro: 3170129285 ASL-0085681/17
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA
Data Acidente: 16/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2017

Carta nº: 10692601

A/C: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Sinistro: 3170129285 ASL-0085681/17
Vitima: ADRIANO RAMOS MOREIRA
Data Acidente: 16/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000005784-3

Conta: 000000006035-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Autenticação de Documento

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO

DocNet www.ironmountain.com.br



AAAAA419473255

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Aurelino Roman Moreira,PORTADOR(A) DO RG Nº 2969523 EXPEDIDO POR SSP EM 21/12/2000 ECPF 0587211409 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Morrista.

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 Mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

SEGURO
LÍDER
DPVAT

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fala de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima Inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiárias.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 233 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5784 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0006035-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Quelônio Moreira (s. 07 de Janeiro de 2017)

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO





AAAA419473263



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
 EXTRATO CONTA FACIL TERM. 061558

ADRIANO RANOS MOREIRA	09:48 HRS		
AGENCIA 5784 CONTA 0006035-6	21/JAN/2017		
DISPONIVEL			
= TOTAL DISPONIVEL	9,60-		
+ CONTA FACIL (C/C + POU)	9,60-		
TOTAL DE RECURSOS	9,60-		
MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POU)			
-DEZEMBRO/2016-			
DIA	HISTORICO	N.DOC	VALOR
SAI DO ANTERIOR			

SEGURADORA LIDER PRINT 6.7 15/02/2017 12:25 - 00000165029



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Adriano Ramos Moreira
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Gravatá, S/N
Zona Rural Queimadas PB CEP: 58475-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2969523
Data local do exame: [15/03/2017] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DE PLATO TIBIAL D
PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA Perna D, 1/3 SUPERIOR, DEFORMIDADE ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL, ADM DO JOELHO COM LEVE LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO, TNZ PRESERVADO, ATROFIA MUSCULAR LEVE, CLAUDICAÇÃO.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

FOI ATENDIDO NO MESMO DIA DO ACIDENTE, PERMANECIU INTERNADO POR 8 DIAS, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL, FEZ FISIOTERAPIA, FEZ ACOMPANHAMENTO POR 3 MESES.

Data da alta: MEADOS DE DEZEMBRO DE 2016

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIA D, COM USO DE PLACA E PARAFUSOS

Complicações: EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

Sim Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DANO ANATÔMICO PELA FRATURA, DEFORMIDADE DO JOELHO D, DIFICULDADE PARA CORRER, LEVE LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO D.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias
 "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

"Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
 Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Schubert Costa
PÉRITO ASSISTENTE
SAÚDE SEG
CRM - 5523



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral Da Polícia Civil
2º Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos
De Campina Grande

DocNet www.ironmountain.com.br

AAAAA419472885

GOV
DA PARAÍBA



TOU001

PROVIMENTO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00097.01.2016.2.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00097.01.2016.2.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 03 dias do mês de Novembro de 2016, nesta cidade de Campina Grande, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos De Campina Grande, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, Severino de Carvalho Lopes, comigo, Ademir da Costa Vilar, Escrivão De Polícia, às 11:30 horas, compareceu Adriano Ramos Moreira, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Motorista, naturalidade Queimadas/Paraíba, data de nascimento 08 de Maio de 1982, idade 34, filiação Maria Ramos da Silva e Raimundo Moreira da Silva, Documento - CNH: 03805481040, residente Sítio Gravatá[NÃO INFORMADO][NÃO INFORMANDO], [NÃO INFORMADO], na cidade de Queimadas/PB, telefone (83) 99125-7092.

Dados dos Fatos:

(1) - Local: Rua Vidal de Negreiros, numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Centro, Campina Grande - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 16/09/16 16:01

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) - Tipo: MOTO, Modelo: CG 160 FAN ESDI, Marca: Honda, Tipo de Veículo: Moto, Cor: Prata, Ano: 2016, Placa: PCV-0884, Chassi: 9C2KC2200GR114073, RENAVAM: 1083231895, Características Gerais: [NÃO INFORMADO]

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 160 FAN ESDI , Ano/Modelo 2015/2016, cor prata, Placa PCV-0884-PB, Chassi de Nº 9C2KC2200GR114073, licenciada em nome de Deyse Milene da Silva ,quando trafegava na rua Vidal de Negreiros, bairro centro, momento em que o condutor do veículo Voyage, de sinal e condutor não identificado, que trafegava em sua frente, e bruscamente parou para a passagem de pedestre na faixa, logo o comunicante vinha atrás acionou os freios de sua moto, mas não deu para livrar, colidiu na lateral do citado veículo, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura do Platô tibial na perna direita, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas .Não compareceram os Policiais Militares do CPTTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

SEGURADORA LIBER DRAFT 8 7 15/02/2017 13:24 - 000000165077

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepto a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Campina Grande (PB) 03 de Novembro de 2016

Ademir da Costa Vilar
Escrivão De Polícia

Adriano Ramos Moreira
Noticiante



9º OFÍCIO DE NOTAS DE CAMPINA GRANDE - PARAÍBA
Rep. Dr. Antônio Pedroso, 2 - Centro - CEP: 58440-292 / Fone: (83) 3219-2121 / Fax: (83) 3219-2139
Público: R\$ 0,00 - Ofício: R\$ 0,00

9º CARTÓRIO
Leanne Mota Amorim

LEANNE MOTTA AMORIM
ESCRIVANTE ENCARREGADA

Certifico e dou fé, nos termos da lei, que a presente 03 NOV. 2016
cópia fotostática é reprodução fiel do original que me foi exibida.

SELO DIGITAL - AD24.8984_A159
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Procedimento: 00097.01.2016.2.00.420



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221151113300000031743183>
Número do documento: 20081221151113300000031743183

Num. 33161808 - Pág. 7

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUÐO DO IML

DocNº



AAAAA419472901

Eu, Adriano Rovines Moreira, portador da carteira de identidade nº 2968523 e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.727.114-09, residente e domiciliado na Sítio (morador), zona rural, Cidade Queimados, Estado Rio de Janeiro, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la; caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Queimados / RJ, 07 de Janeiro de 2017.

Local e data

202008081220171220 - 00000000000000000000000000000000





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional 192-CG

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAAA419472893



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU REGIONAL CG - 192, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente Adriano Ramos Moreira, vítima de acidente de trânsito no dia 16 de Setembro de 2016 aproximadamente às 16hs01min, End. Vidal de Negreiros / UNESC – Centro, sendo o paciente atendido e encaminhado para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 03 de Novembro de 2016.

Deoclecio Nascimento
Coordenação Administrativa



03 NOV. 2016
9º CARTÓRIO
Certifico que o(a) Delegado(a) SUELIO MOREIRA TORRES
do(a) SAMU 192 - Centro, de Campina Grande - PB
Assinou o documento no dia 03/11/2016.
Certifico e dou fé, de que a presente
cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi exibido.

SEU DIGITAL - AD21.8382.35PK
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008122115113300000031743183>
Número do documento: 2008122115113300000031743183

Num. 33161808 - Pág. 9

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO RAMOS MOREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05784-3

CONTA: 00000006035-6

Nr. Autenticação

BRADESCO17032017050000000002370578400000006035472500 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221151113300000031743183>
Número do documento: 20081221151113300000031743183

Num. 33161808 - Pág. 10

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

DocNet www.ironmountain.com.br

AAAA419473271

Eu, Adriano Romos Moreira.

RG nº 2969523, data de expedição 23/12/2001 Órgão SSP,

CPF nº 058.724.114-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Sítio Gravatá
Número	S/N
Apto / Complemento	- -
Bairro	Zona Rural
Cidade	Guiné das
Estado	Porá
CEP	58475.000
Telefone de Contato	(63) 9 8665-1158 / 9 9623-0857
E-mail	

XOMDUK LIER ØRSTAD & / 13/02/2017 12:23 - 000000165021

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Aracimbas/PB, 07/01/2017

Assinatura do Declarante:



ADRIANO RAMOS MOREIRA
SIT GRAMATAR, SIN - AREA RURAL
QUEIMADAS/PB CEP: 56612-000 (AC) 401,

Classificação Rural / AGROPECUÁRIA
Ponto: 1 - 400-310-4330 Referência
Aeroporto - Núcleo 2017

EINEHS&BOHNEBAU - DS FRANKFURT 400 - E14 P.H.A.SA
gaGebuNte - Tel. ImbS-Casper-Graeber - B-7-F 884-3700
CH-PJW 828-5380001-85 K-BE 55 XG-303-1

Call us on 0800 073 0196

— 1 — (Continued)

Fonte referência 2

UC (Unidade Consumidora) - 100% de 100%

— 1 —

Jan 12017

Apresentação

04/01/2017

PROBLEMS

01/02/2017
CPW/CPW/RANI
69331423

Historico de Consumo

Dear [Name],
[Text]
Sincerely,
[Signature]

	BASE DE CÁLCULO	ALGÚN DÍA	W.	DIF.
KCMG	17.01	18.00		.08
PIS	17.01	0.0048		.15
COPME	17.01	4.0000		-3.85

Média dos últimos meses

VENCIMIENTO : : : TOTAL A PAGAR

1-800-221-2222 • 2001 © 2001 by The McGraw-Hill Companies

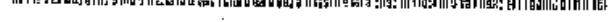
七律·和郭沫若同志

Indicadores de Qualidade		Unidade-Mesma
Limits de ANEEL	Aparado	Limits de Tensão (%)
DIC-NEGRU	11,90	0,03
DIC-BRASSTRAL	32,61	NODINAL
DIC-ARAU	46,22	
DIC-ENGEN	7,57	0,03
FATIGUE-ESPAN	15,54	0,03
DC-PIANGI	33,99	0,03
DC-PIANGI	6,58	0,03

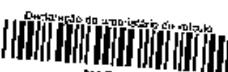
Ocorrida/Des	Válor R\$	%
Serviços de Urd da Energia	9,69	100,00
Contas de Energia	4,68	47,95
Serviço de Telecomunicação	0,23	1,76
Encargos Sociais	1,43	8,73
Impostos, Juros e Encargos	3,67	32,77
Outros Despesas	0,00	0,00
Total	22,94	100,00

二二三

BORGES, RENATA
Folheto 1-466-410-4120
11/01/2017 R\$ 42,04



AAAAA419472919
00001



Declarando o proprietário do veículo

Eu, NEVSE MILENE DA SILVARG nº 6448420, data de expedição / /,Órgão SOS, portador do CPF nº 039.759.354-64, com
domicílio na cidade de Caruaru, no Estado dePernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Rua Sáenz Peña, Manoélio de Noronha nº 323,complemento 1º andar, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ADRIANO RAMOS NORTEIRA, cujo o condutor era
O MESMA.Veículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA CG 160 TITANAno: 2015/2016Placa: PCU 0884Chassi: 9G1KC2200GR114072Data do Acidente: 16/09/2016Local e Data: Caruaru - PE / 30/01/2017

SERVIDOR: TJPE-DPJAT 47 15/02/2017 12:24 - 0000001650123



Assinatura do Declarante

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



RECONECHO, por autenticidade a(s) firma(s) da(s) NEVSE MILENE DA SILVA

via selet:0077073.MUN01201702.02460

dat. fe. CARUARU, 30/01/2017 09:23:26

Em testemunha RO de verdadeRosiane Zacarias Neta Vieira

Emolumentos R\$3,88 TCR R\$0,78 Total a Pagar R\$4,66 Oper. THM1RES

P2

Consulta autenticidade em: [www.tjpb.jus.br/pje/digital](http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221151113300000031743183)

GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE																																					
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES																																							
SUS		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL																																					
IDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO Número da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60																																							
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAÍBA UF: 25																																							
DADOS DO PACIENTE PRONTUÁRIO Nº: 1333185																																							
Nome: ADRIANO RAMOS MOREIRA Profissão: MOTORISTA(AP)981575049 End.: R JOSE ROBERTO GOMES, 333 Município: CAMPINA GRANDE		Sexo: MASCULINO Idade: 2969523 Documento: LIGEIRO Estado: PB CEP: 52010-000 Data Atendimento: 16/09/2016 Código do Município: 250100 Cidade de NASCIMENTO: 08/05/1982 Código da SUS: QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO																																					
MECANISMOS DO TRAUMA																																							
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)																																							
		<table border="1"> <tr><td>1. Abrasão</td><td>19. Fratura óssea fechada</td></tr> <tr><td>2. Amputação</td><td>20. Fratura óssea aberta</td></tr> <tr><td>3. Avultado</td><td>21. Hematoma</td></tr> <tr><td>4. Contusão</td><td>22. Inurgulamento venoso</td></tr> <tr><td>5. Circulação</td><td>23. Lacerção</td></tr> <tr><td>6. Dor</td><td>24. Lesão tendinea</td></tr> <tr><td>7. Edema</td><td>25. Luxação</td></tr> <tr><td>8. Empalhamento</td><td>26. Mordedura</td></tr> <tr><td>9. Enfisema subcutâneo</td><td>27. Movimento torácico paradoxal</td></tr> <tr><td>10. Esmagamento</td><td>28. Objeto encravado</td></tr> <tr><td>11. Equimose</td><td>29. Otorragia</td></tr> <tr><td>12. F. Arma branca</td><td>30. Paralisia</td></tr> <tr><td>13. F. Arma de fogo</td><td>31. Parésia</td></tr> <tr><td>14. F. Contuso</td><td>32. Parestezie</td></tr> <tr><td>15. F. Cortante</td><td>33. Queimadura</td></tr> <tr><td>16. F. Corte-contuso</td><td>34. Minorização</td></tr> <tr><td>17. F. Perfuro-contuso</td><td>35. Sinais de Isquemia</td></tr> <tr><td>18. F. Perfuro-cortante</td><td>36.</td></tr> </table>		1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada	2. Amputação	20. Fratura óssea aberta	3. Avultado	21. Hematoma	4. Contusão	22. Inurgulamento venoso	5. Circulação	23. Lacerção	6. Dor	24. Lesão tendinea	7. Edema	25. Luxação	8. Empalhamento	26. Mordedura	9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal	10. Esmagamento	28. Objeto encravado	11. Equimose	29. Otorragia	12. F. Arma branca	30. Paralisia	13. F. Arma de fogo	31. Parésia	14. F. Contuso	32. Parestezie	15. F. Cortante	33. Queimadura	16. F. Corte-contuso	34. Minorização	17. F. Perfuro-contuso	35. Sinais de Isquemia	18. F. Perfuro-cortante	36.
1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada																																						
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta																																						
3. Avultado	21. Hematoma																																						
4. Contusão	22. Inurgulamento venoso																																						
5. Circulação	23. Lacerção																																						
6. Dor	24. Lesão tendinea																																						
7. Edema	25. Luxação																																						
8. Empalhamento	26. Mordedura																																						
9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal																																						
10. Esmagamento	28. Objeto encravado																																						
11. Equimose	29. Otorragia																																						
12. F. Arma branca	30. Paralisia																																						
13. F. Arma de fogo	31. Parésia																																						
14. F. Contuso	32. Parestezie																																						
15. F. Cortante	33. Queimadura																																						
16. F. Corte-contuso	34. Minorização																																						
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinais de Isquemia																																						
18. F. Perfuro-cortante	36.																																						
OBS:																																							
QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau: () 1º grau () 2º grau () 3º grau																																							
DIAGNÓSTICO / CID:																																							

LEIAPE FONTE: 10mm
MATERIAL: m P hora Lin. Pat. estreita

RESPIRAÇÃO: respiratória normal. Sem roncos.
Frequência: 103 bpm, saturação 97%. Ausculta cardíaca regular.
Pressão arterial: 140/90 mmHg. Controle tonometro. Dá para ele um pochoco de cima ambarado.

ALÉRGIA: Alergias: () Alotácticas () Alimentares () Medicamentos () Patologias () Exame Físico: () PUPILAS (X) Fotoreagentes (X) Isopóricas () Anisocôricas ()
Glasgow: 15 PA: HOT: Saído: 97%

EXAME FÍSICO: () Radiografias: () Tomografia Computadorizada: ()
RAIO X REALIZADO EM: 16/09/2016

EXAMES SOLICITADOS: () Laboratoriais () Ultrassonografia: () Radiografias: ()
() Gasometria arterial () Tomografia Computadorizada: ()
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: _____ às: ____ hs: ____ Dia: ____
Especialista: _____ às: ____ hs: ____ Dia: ____

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS:	HORÁRIO REALIZADO
1	Tintinha: 20ml - 2FL + ÁGUA AGACHADA	10/09/2016
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
Carlos Magno A. Torres
CRM-PB 23556
CRG: 17017



DIAGNÓSTICO

Antônio Lopes

Assinante:

Até Plataforma.

Data	Presente na sala	Morto	Cesária	Entrega de sangue
2.001.2020 09:45h	0	0	0	0
3.001.2020 - AD 09:45h	0	0	0	0
4.10/01/2020 - AD 09:45h	0	0	0	0
5. Despedida	0	0	0	0
6. Teste de humor + resultado de exame de sangue	0	0	0	0
7. Encerramento da PM + AD em 09:45h	0	0	0	0
8. Despedida	0	0	0	0
9. Despedida	0	0	0	0
10. Despedida	0	0	0	0
11. Despedida	0	0	0	0
12. Despedida	0	0	0	0
13. Despedida	0	0	0	0
14. Despedida	0	0	0	0
15. Despedida	0	0	0	0
16. Despedida	0	0	0	0
17. Despedida	0	0	0	0
18. Despedida	0	0	0	0
19. Despedida	0	0	0	0
20. Despedida	0	0	0	0
21. Despedida	0	0	0	0
22. Despedida	0	0	0	0
23. Despedida	0	0	0	0
24. Despedida	0	0	0	0
25. Despedida	0	0	0	0
26. Despedida	0	0	0	0
27. Despedida	0	0	0	0
28. Despedida	0	0	0	0
29. Despedida	0	0	0	0
30. Despedida	0	0	0	0
31. Despedida	0	0	0	0
32. Despedida	0	0	0	0
33. Despedida	0	0	0	0
34. Despedida	0	0	0	0
35. Despedida	0	0	0	0
36. Despedida	0	0	0	0
37. Despedida	0	0	0	0
38. Despedida	0	0	0	0
39. Despedida	0	0	0	0
40. Despedida	0	0	0	0
41. Despedida	0	0	0	0
42. Despedida	0	0	0	0
43. Despedida	0	0	0	0
44. Despedida	0	0	0	0
45. Despedida	0	0	0	0
46. Despedida	0	0	0	0
47. Despedida	0	0	0	0
48. Despedida	0	0	0	0
49. Despedida	0	0	0	0
50. Despedida	0	0	0	0
51. Despedida	0	0	0	0
52. Despedida	0	0	0	0
53. Despedida	0	0	0	0
54. Despedida	0	0	0	0
55. Despedida	0	0	0	0
56. Despedida	0	0	0	0
57. Despedida	0	0	0	0
58. Despedida	0	0	0	0
59. Despedida	0	0	0	0
60. Despedida	0	0	0	0
61. Despedida	0	0	0	0
62. Despedida	0	0	0	0
63. Despedida	0	0	0	0
64. Despedida	0	0	0	0
65. Despedida	0	0	0	0
66. Despedida	0	0	0	0
67. Despedida	0	0	0	0
68. Despedida	0	0	0	0
69. Despedida	0	0	0	0
70. Despedida	0	0	0	0
71. Despedida	0	0	0	0
72. Despedida	0	0	0	0
73. Despedida	0	0	0	0
74. Despedida	0	0	0	0
75. Despedida	0	0	0	0
76. Despedida	0	0	0	0
77. Despedida	0	0		

20/08/16 ref P 79 R P.A
186x80 Paciente estável sem
queixas, seguindo as cond.
de atendimento.

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAAA419472943

CONTROLE
CLINICO

22 20/08/16 ref P 79 R 20 P.A 186x80 Paciente estável sem
queixas de dor regional
Quedades da cirurgia.

11/08
SUELIO MOREIRA TORRES

SEGURODA LIER DRAFT 4 7 15/02/2017 12:35 - 000000145034



GOVERNO
DA PARAÍBASECRETARIA DE SAÚDE
FOLHARIA LIDER DPUR 6 7 15/02/2017 12:25 - 00000135035
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA & TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Px Fractura de⁽⁶⁾

3

Convênio

Apaciente *Adriano fonte* Alojamento Leito

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1/9	1) Diflazex 100ml EV 12		
2/9	2) Sif. 0,2% 1000ml EV 12		<i>Reg. estável</i>
3/9	3) Fibrefil 20mg, EV, 12/12h 18/09		
4/9	4) Dipiridox 1 FA, EV, 0/6h 10/09		
5/9	5) Clorato fuso 2g-10ml, 6/6h 0/09		
6/9	6) Olesalane 40mg, SC, 1/12h 0/09		
7/9	7) Cinefus + SSVR, 0g d		
			<i>00 =</i>
			<i>(1) V.P. im</i>
			<i>(2) Rx poso - CP</i>
	<i>Dr. Jefferson Lison L.A. Rocha Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 6657 - CRM-PB 10168</i>		
			<i>Dr. Jefferson Lison L.A. Rocha Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 6657 - CRM-PB 10168</i>
			N.00.035



SICHERER LIDER DEPUTAT 8 7 15/12/2017 13:25 - 000000000000000





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Raimos Registro: Leito: 3-4 Setor Atual: UTO

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.: *

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mioticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: (). Qual?-() Disfonia () Afasia () Disfásia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VML () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

SI.GER.FIMBRE.I.DER.DR.MT.8.7 15/02/2017 12:26 - 60000463037

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	Precordalgia <input type="checkbox"/>
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Ritmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: _____ Data da punção: ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	DocNet www.ironmountain.com.br AAAAA419472984
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nútrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input type="checkbox"/> AVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT. Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotônico <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Liquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
(<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Tx. plato tubercul.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Assinatura de Enfermeiro Almeida Enfermeira COPEN/RS 239.500	DATA: 21/09/16 HORA: 18 h

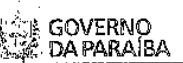
FONTE: BORDINHAO, R.C.; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

GERAR DATA: 11/09/2017 09:41:47 - 15/02/2017 12:26 - 8001001/45038

AAAAA419472992

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			2 - CNES	
- 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 3 6 2 8 5 6	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES DE EMERGÊNCIA DE TRAJANO DE CAMPOS, SALVADOR BA			4 - CNES	
- 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			2 3 6 2 8 5 6	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES DE EMERGÊNCIA DE SANTO SÉRGIO DOS SANTOS, SALVADOR BA			5 - N° DO PRONTUÁRIO	
Identificação do Paciente			6 - SEXO	
- 1 - NOME DO PACIENTE			Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	
Márciano Ramos Moreira			7 - TELEFONE DE CONTATO	
- 2 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - CELULAR	
253081			9 - DATA DE NASCIMENTO	
07/05/82			10 - SEXO	
- 10 - NOME DO RESPONSÁVEL			11 - ENDEREÇO (LNU, Nº, Bairro)	
Márciano Ramos Moreira de Oliveira			12 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Av. 23 de Maio, 333 - Centro			13 - CEP	
Vila Brasil			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			16 - CEP	
Vila Brasil			17 - PRINCIPAIS ENAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
<p style="text-align: center;">JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</p> <p style="font-size: 2em; margin-left: 100px;">Por e Reclame de e fare Pto M. mento</p>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
At 40 - 01R			Exames	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
Traumatismo				
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
<p style="text-align: center;">PROCEDIMENTO SOLICITADO</p> <p style="font-size: 0.8em;">24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</p> <p style="font-size: 0.8em;">25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</p>				
26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			27 - DOCUMENTO	
CLÍNICA			28 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
			() CNS () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
			32 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
			33 - N° DO DILIGENTE	
			34 - SÉRIE	
<p style="text-align: center;">PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</p> <p style="font-size: 0.8em;">35 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO</p> <p style="font-size: 0.8em;">36 - N° CNPJ DA SEGURADORA</p> <p style="font-size: 0.8em;">37 - N° DO DILIGENTE</p> <p style="font-size: 0.8em;">38 - SÉRIE</p>				
32 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			39 - CNPJ EMPRESA	
35 - I - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			40 - CNAF DA EMPRESA	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			41 - CGP	
() EMPREGADO () AUTÔNOMO () DESPROVEDADO () FAVORECIDO () NÃO SEGURO				
<p style="text-align: center;">AUTORIZAÇÃO</p> <p style="font-size: 0.8em;">43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</p> <p style="font-size: 0.8em;">44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR</p> <p style="font-size: 0.8em;">45 - DOCUMENTO</p> <p style="font-size: 0.8em;">46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</p>				
() CNS () CPF				
<p style="font-size: 0.8em;">47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</p> <p style="font-size: 0.8em;">48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</p>				
<p style="font-size: 0.8em;">49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</p>				





**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

3

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/09	(1) Diprofene 750mg pox 00:00h (2) folico 1000mcg (3) folico 1200mg, w, 17/11/06 10-16h (4) Diprofene - 0.050 100mg, po 6/16/06		5-0444 Pct com pro of OK!
			Agradavel curta
	(5) SSRI 100mg (6) folico 1000mcg		Soluçao miop tratamento medicamento data 06/20 CBO 23150
			2
			Fol. 1000mg diariamente 600mg/dia CBO 23150
			Dra. Ricardo Andrade Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 202346 CBO 23150
			DocNet www.senacrnatal.com AAAA439473008

DocNet www.ironmountain.com
AAA419473008





AAAA419473016

MEETAKH LIFER DEUTSCH 15/02/2017 12:26 - 060000165041



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES					ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																																																						
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>ADRIANO Nogueira Moniz</i>				IDADE	SEXO	COR																																																					
DATA <i>31/07/2016</i>		PULSAO ARTERIAL	FUSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																						
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIA	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UPC DocNet www.ironmountain.com.br																																																							
		URINA					AAAAA419473024																																																						
AP. RESPIRATÓRIO																																																													
AP. CIRCULATÓRIO																																																													
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO																																																								
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES																																																							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO	RISCO																																																						
ANESTESIAS ANTERIORES																																																													
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			APLICADA	AS	EFEITO																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td rowspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</td><td colspan="8">EV</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td colspan="9">LÍQUIDOS</td></tr> <tr><td>200</td><td>180</td><td>160</td><td>140</td><td>120</td><td>100</td><td>80</td><td>60</td><td>40</td></tr> <tr><td colspan="9">VP. ARTERIAL - OP. IUSCO - RESPIRAÇÃO</td></tr> <tr><td colspan="9">AP. - ANESTÉSICO - O. - OPERAÇÃO</td></tr> </table>									AGENTES ANESTÉSICOS	EV								1	2	3	4	5	6	7	8	LÍQUIDOS									200	180	160	140	120	100	80	60	40	VP. ARTERIAL - OP. IUSCO - RESPIRAÇÃO									AP. - ANESTÉSICO - O. - OPERAÇÃO								
AGENTES ANESTÉSICOS	EV																																																												
	1	2	3	4	5	6	7	8																																																					
LÍQUIDOS																																																													
200	180	160	140	120	100	80	60	40																																																					
VP. ARTERIAL - OP. IUSCO - RESPIRAÇÃO																																																													
AP. - ANESTÉSICO - O. - OPERAÇÃO																																																													
<p style="text-align: right;">INSCRIÇÃO</p> Satisf.: _____ Excit.: _____ Toss: _____ Laringo: _____ Espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____																																																													
<p style="text-align: right;">MANUTENÇÃO</p>																																																													
<p style="text-align: right;">ANESTESIA SATISF.: Sim: _____ Não: _____ Não, por quê? _____</p>																																																													
<p style="text-align: right;">DESPERTAR</p>																																																													
Reflexos na SO: _____ Obsr: _____ Co ₂ : _____ Excit: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____																																																													
Com cânula: Para o leito Sim: _____ Não: _____																																																													
<p style="text-align: right;">CONDIÇÕES:</p>																																																													
POSIÇÃO																																																													
AGENTES <p style="margin-left: 20px;"><i>perfusão arterial, cloridrato de glicose 10% 0,2L</i></p>																																																													
TÉCNICA <p style="margin-left: 20px;"><i>anestesia geral com etomidato, fentanil, cocaína, rocurônio, canulas</i></p>																																																													
OPERAÇÃO <p style="margin-left: 20px;"><i>NEO-PLAQUECA CT FIXADA</i></p>																																																													
CIRURGIOS <p style="margin-left: 20px;"><i>DR. JUNIOR + DR. RODRIGO</i></p>																																																													
ANESTESISTAS <p style="margin-left: 20px;"><i>DR. SUELIO</i></p>																																																													
DESCRIVADES																																																													
ANOTAR NO VERSO AS COMUNICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS																																																													
PERDA SANGUÍNEA																																																													

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - RJ - 15/07/2017 12:46 - 000000165042



SAM 11.

Ficha de Acolhimento

Nome:	Adriano Ribeiro Moreira		Bairro:	Freijo
End:	Av. José Roberto 80 ares 333		Documento de Identificação:	DocNet www.ironmountain.com.br
Data de Nascimento:	08-05-82		Data do Atend:	36-09-16 Hora: 16:35 Documento:
Queixa:	Acidente		Documento:	AAAA419473040
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis de dor	() Gerente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:						
Pressão arterial:	Temperatura axilar:						
Dosagem de HGT:	Mucosas:						
Deambulação:	() Normocorada () Pálida						
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca							

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

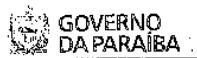
- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 110
1250
Maria Apolinária de Souza
Especialista - Saúde Pública
COREN-PB 16885

Assinatura e carimbo do profissional

TERRITÓRIO LIDER DPURT & I 15/02/2017 12:26 - 00000165094



GOVERNO
DA PARAÍBASECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Plafto tub - I

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Almeida Maria	Alojamento	9	Leito	4	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
19/09	(1) Dieta lata (2) gelco heparinizado (3) foliculit 5mg c/ 12/12/2019 (4) Dipiridam - 100mg + NID 600mg c/ 6hs (5) sscc 7cc 6c	10:00 AM	Pct com pvt. 1-pot de plafto fim com lesões de pvt cicatriz solicite pvt			
			Dr. Ricardo Amorim G. Filho Cirurgião-Dentista - CRM-PB 22.470 Assinado em 12/08/2020			

Sistema de Lider DRAFT v.7 15/02/2017 12:26 - 000000165045

DocNet www.tjpb.jus.br
AAJA41947057

AAAA419473065

ZUSÄTZLICHER LIEFERUNG VOM 07.10.2017 12:28 - 000000165046



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES**

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Adriano Lauer

Alojamento

www.IBM.com

Convenio

Digitized by srujanika@gmail.com on 15/02/2017 12:26 - 060000165047

Num. 33161808 - Pág. 29



18/07/16 130/10 120 PBO T34

Paciente estava sem
queixas no momento
de consulta de enferma
sem manifestações.

anexos

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAAA419473081

19/07/16 130/10 120 PBO T32

Paciente nega queixas
sem queixas no momento
de consulta de enferma
sem manifestações.

anexos

SEGURODOCT LIDER DEFESA 7 15/02/2017 12:26 - 600000145048



HOSPITAL DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dr. Luís Gonzaga Fernandes

Folha de Tratamento e Evolução

100-025

www.wiley.com/go/lin/lin1e - 13072007 12:26 - 0000000165049

DocNet www Ironmountain.com
AAA419473099



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:11
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008122115111330000031743183>
Número do documento: 2008122115111330000031743183

Núm. 33161808 - Pág. 31

07/09/16 Paciente consciente, orientado
08:00hs mto immobilizado aguardando
Prt: 130130 v/portunidade de cirurgia... Segu
T: 36,2 aos cuidados da equipe Fabiana S60345

DocNet www.ironmountain.com.br

AAAAA419473107

SEGURANÇA LIDER DESEN 6 7 15/02/2017 12:27 - 00900165050



USO COMERCIAL: INFORMATIVA DE SAÚDE
DE SAÚDE MENTAL: INFORMAÇÕES E TÉCNICAS PARA LIGAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Adrienne Farmer Mariano

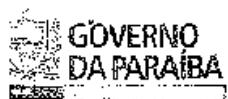
diagnosticos

Digitized by srujanika@gmail.com on 15/02/2017 12:27 - 008M0165051



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:11
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008122115111330000031743183>
Número do documento: 2008122115111330000031743183

Num. 33161808 - Pág. 33



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

DocNet www.itonmountain.com.br



AAAAA419473123

Único
de
Safras

Sr(a): ADRIANO RÂMOS MOREIRA
Dr(a): WAGNER FALCÃO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000299858 **RG:** ALA NEURO
Data: 20-09-2016 12:36 **Origem:** CLINICA NEURO-BUS
Idade: 34 anos **Destino:** ENF IP + L103

HEMOGRAMA

DATA DA CONSERTA: 29/09/2016 12:32

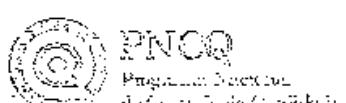
Resultados		Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos	5.35 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina	13,9 g/dL	14,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	43 %	40,0 à 52,3 %
V.C.M.	81 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	26 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	32 g/dL	32,0 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos	10.000 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílicos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	2,0	200
Segmentados	81,0	8.100
Basófilos	1,0	100
Basófilos	0	0 à 2,0 % = até 100 / mm ³
Linfocitos		
Tipicos	12,0	1.200
Atípicos	0	0
Monócitos	4,0	400
CONTAGEM DE PLASMA	156.000/mm ³	140.000 à 400.000/mm ³

J.G. SCHNEIDER LIBRARY DEPT# 87 15/02/2017 12:27 - 000000165052

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Gofranc
Editoria Macedo de França
Biomédica
CRMJ AT-22





Orthopedics

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

AAAA419473131

Paciente: Adriana Ramírez Moreno

Lade: 34

Convênio: SVS - 1333135

Convenio: SUS - 1333185
Procedimento: Test cirúrgico de fixação de placa tibial

Cirurgião: Dr. Bruno Brilhante Auxiliar: Dr. Jefferson

Anestesista: Dr. Morin

Início: 03:20 h

Término: 09:35 h.

Anesthesia: Rocini

Observações:

Assinatura Agente de Sist.

Circulante

Relatório de Operações

100 105





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispneia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0		
Sat 02 > 90 com oxigênio = 1		
Sat 02 < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

[Large handwritten signature]
Assinatura Anestesista

SEGUROSA 11/08/2017 21:15:11 - 000000125054

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAAA419473149



AAAAA419473156

NOTA DE SALA - CIRURGIA GE...

PACIENTE: Adriano Rumes moreira On 1081051982
 QD LEITE CONVÉNIO IDADE: 34 REGISTRO: 13333185

CIRURGIA: Traumatismo crônico de complicações de plástico tibial (D) CIRURGÃO: Dr. Bruno Buhante + Dr. futeiru

ANESTESIA: Roque ANESTESIA: Dr. Ahmir

INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM	CÓDIGO
Instrumentos cirúrgicos de complacção de plástico tibial (D)	24/09/16	07:20	09:35	
Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS				
Adrenalinamp.	01	Bolsa Colostomia	Qtyd.	Calgut cromado Sertix
Atropina amp.		Calel. p/ Óxg.		Calgut cromado Sertix
Diazepam amp.	03	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix
Dimora amp.		Compressa Grande e P.		Calgut Simples
Dolantina amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples Sertix
Efendim Etonium		Cotonoides		Calgut Simples Sertix
Fenogem amp.		Dreno		Calgut Simples Sertix
Fentanil		Dreno Kerr n°		Cera p/ osso
Isoxa ml		Dreno Penrose n°		Ethibond
Kristal ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond
Mecaina % ml		Equipo de Macrogomas		Ethibond
Nubatin amp.		Equipo de Macrogomas		Ethibond
Pavulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
Protigmine amp.	02	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
Protóxido lfm.		Espasdrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
Quelicin ml	03	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
Rapitan amp.		Gase Pacole c/ 10 unidades		Fita cardíaca
Trigembutina ml		H2O ml		Mononylon
Tracium amp.		Inracat Adul	01	Mononylon
		Inracat Infantil		Prolene Sertix
Qtd. MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
Aqua Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
Decacion amp.	02	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
Dipirona amp.	02	Luvas 7.0 e e	03	Vicryl Sertix
Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
Flbocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
Geramicina amp.	05	Luvas 9.5 e e e	07	Luvas de procedimento
Glicose amp.		Oxigênio l/min	01	Seringa de 60 ml
Glucos de Cálcio amp.		Potiflux		Kit de Kocher
Haemacel ml		PVPI Degermante ml		
Heparema ml		PVPI Tópico ml		
Kenekion amp.	03	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
Lasix amp.	04	Saco cofetor		SG Gelado fr 500 ml
Medrolneozol.		Seringa desc 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
Plasil amp.	02	Seringa desc 20 ml		SG Ring fr 500 ml
Prolamina	01	Seringa desc 05 ml		SG fr 500 ml
Revilam amp.		Sonda		
Slugtation amp.		Sonda foley		
Cefalolina 1g		Sonda Nasogástrica		
		Sonda Uretral n°		
		Steridrein ml		
		Torneirinha		
Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
Aguha desc. 25 x 7	10112	Gelcon 18		
Aguha desc. 28 x 28		Lata		
Aguha desc. 3 x 4.5	05	elastoder		
Aguha p/ raque n°	106			
Álcool de Enfumacagem	1073			
Álcool fôdeado ml				
Ataduras de Crepon				
Ataduras de Gessada				
Ázul metileno amo.				
Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Serra
- Eletrocautério
- Desfibrilador
- Oxicapigráfico
- Foco Frontal
- Cardiomonitor
- Fonte de Luz
- Perfurador Elétrico

Educação droga
CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 056



Nome do Paciente	Adriano Bento			Nº Prontuário
Data da Operação	21/3/16	Enf.	Leito	
Operador	Dr. Bento	1º Auxiliar	D. Jefferson	
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório	fistula do pênis f.s. af D (Schistosoma)			
Tipo de Operação				
Diagnóstico Pós-Operatório	D. fistula			
Relatório Imediato da Patologia				
Exame Radiológico no Ato	3			
Acidente Durante a Operação	✓			

SEÑORRA LIBER DEJAT 6 7 15/02/2017 12:27 - 00000165 | 36

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Edição - Diagrama - Encadernação - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

via de Acesso - Radiação Técnica - Radiografia - Diagnóstico

- 1 - Paciente em DDT, ofício imobiliário.
- 2 - Gouache e vento Mafra
- 3 - Bloco de concreto exterior
- 4º - inchaço tiver lateral falso (2)
- 5 - Síndrome por placas
- 6 - Reduzir intensidade fratura (4)
- 7 - Aplicar placas com 10 fixações com bonefusos
- 8 - Encalçoado fe
- 7 - Síndrome por placas
- 8 - Curativo

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Otorrinolaringologista
CRM-RN 55571 - CRM-PE 10165

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

6366

Hospital: de São Vicente e São José - Código: Grande
Procedimento: Fart / Cir. Pgm Endosc. - Cód. Procedimento: 101
Paciente: Silvana Reinoso Menino
Data da Cirurgia: 23/09/36 Nº prontuário: 19333185 Convênio:
Cirurgião: Dr. Bruno Brügelmann Código: Reposição. Caixa Pronta

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

www.icemountain.com.br



AAAA419473172

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARA O PREENCHIMENTO DO BONITÍSSIMO É OBRIGATÓRIO:

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda - Av. Teodólico Teles, 2458 - Sítio Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.529/0001-05
Fone/Fax: (86) 352.1.4801 | www.biimplants.com.br





AAAAA419473180


HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

03 - 04

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Adriano Roma Henrique Registro: Leito: Setor Atual:

ANALOGIA GERAL:

Sinais vitais: Tax: °C; P: 80 bpm; FR: 20 irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
 HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

SEGURO SAÚDE LIBER BRASIL 87 15/02/2021

ANÁLISE DAS NECESSIDADES Fisiológicas

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia () Taquipnégia () Bradipnégia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectorado: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

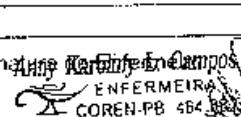
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

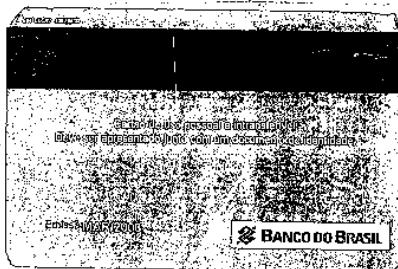
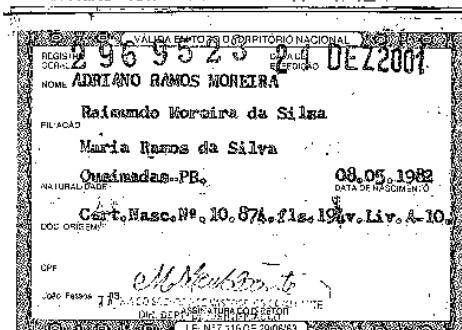
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Pria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input checked="" type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	Precordialgia (<input type="checkbox"/>)
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais?	
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização:	Data da punção ____/____/____
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	DocNet www.ironmountain.com.br AAAAA419473198
Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	Data: ____/____/____
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastronomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT. Hora:	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Distofagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotônico (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há ____ dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condicação da pele: (<input type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input checked="" type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto:	Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio:	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input checked="" type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações:	
4- AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo: (<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5- NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente entrou em ECG, relatou gástrico no dia anterior, medicando,	
Carimbo e Assinatura:  ENFERMEIRA COREN-PB 464.880	
DATA: 22/09/16 HORA: 11:22 h	

FONTE: BOBOPINHÃO, B.C; Coleta de dados por meio de grupo focal, Porto Alegre (2009).



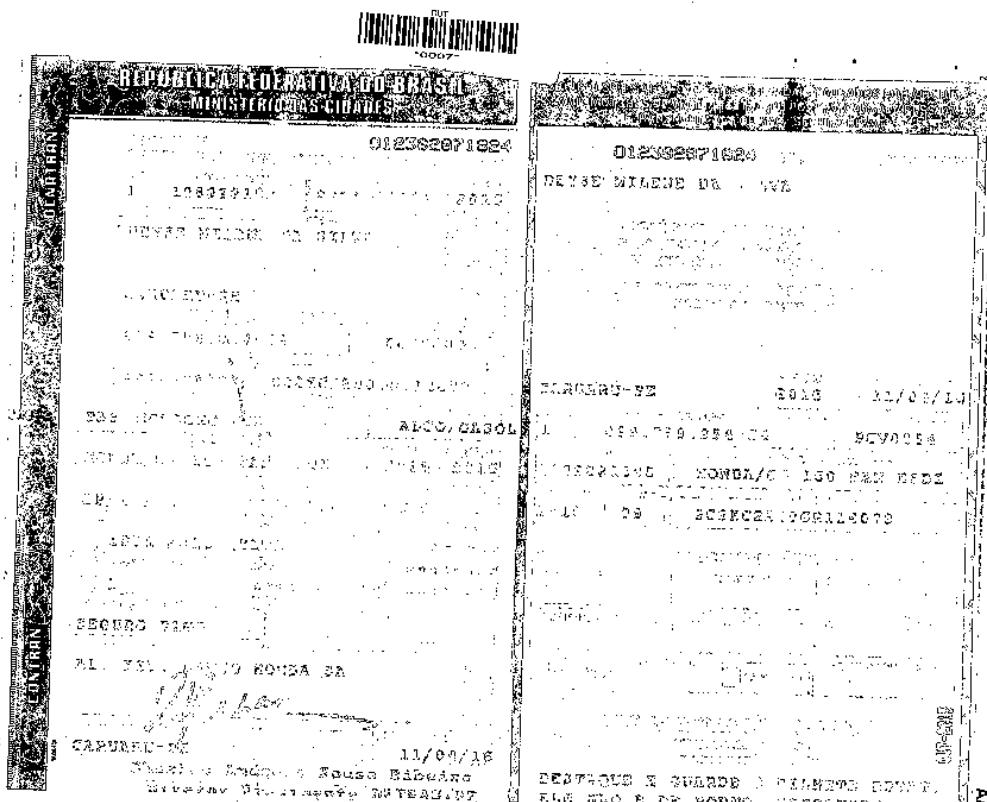


DocNet www.stampmountain.com.br
AAAAA419473206



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221151113300000031743183>
Número do documento: 20081221151113300000031743183

Num. 33161808 - Pág. 42



SEGURO DE VIDA - 12/23 - 00000000000000000000000000000000

DocNet www.wormslib.de/docnet

AAAA419473214



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085681/17.

Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA
CPF: 058.727.114-09

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 16/09/2016

Titular do CPF: ADRIANO RAMOS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DUT

Outros

ADRIANO RAMOS MOREIRA : 058.727.114-09

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 Invalidade 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.

Portador da documentação entregue

Data: 02/03/2017
Nome: ADRIANO RAMOS MOREIRA
CPF/CNPJ: 058.727.114-09

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 02/03/2017
Nome: Juliana Antunes Estigarribia
CPF: 079.808.657-23

ADRIANO RAMOS MOREIRA

Juliana Antunes Estigarribia



AP-A4947320

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

ENTIFICAÇÃO

A Adriano Ribeiro Moreira
NO ACIDENTE 16/09/2016 CPF DA VÍTIMA 058 727 14 - 08

TIPO DA DOCUMENTAÇÃO

VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM
VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 9 8665-1158

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)
- DÑA 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 CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA 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, TAIIS 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 MENDR, DE 0 A 15 ANOS. PODER 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 OUVITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO (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, TAIIS 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 MENDR, DE 0 A 15 ANOS. PODER 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 8.058/90.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS): REEMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOSO). 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02/01/17
IDENTIDADE 200 9523
ASSINATURA Suelio R. Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____



REMETENTE: Adriano Ramos Moreira
RES. Sítio GRANDEZA, zona rural,
Queimadas | PB.
CEP 58.475-000





Destinatário:

SEGURANÇA LIV. 12
RUA SENDA DE DANTAS, 74, 15º ANDAR, CENTRO,
RIO DE JANEIRO - RJ.
CEP: 20031-205



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170129285 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA **Data do acidente:** 16/09/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de tibia direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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
			Total	0 %

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170129285 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA **Data do acidente:** 16/09/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de plato tibial Direito.

Descrição do exame Presença de cicatriz cirúrgica na perna D, 1/3 superior, deformidade articular, edema residual, ADM do joelho com
médico pericial: leve limitação para flexão, TNZ preservado, atrofia muscular leve, claudicação.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico de fratura de plato tibia D, com uso de placa e parafusos.
sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional moderada do membro inferior direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 14484

UF do CRM do médico: PE

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total		35 %	R\$ 4.725,00	

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE QUEIMADAS/PB

Processo: 08009562920188150981

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 **ADRIANO RAMOS MOREIRA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Inválidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

QUEIMADAS, 12 de agosto de 2020.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221151188100000031743184>
Número do documento: 20081221151188100000031743184

Num. 33161809 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221151188100000031743184>
Número do documento: 20081221151188100000031743184

Num. 33161809 - Pág. 2