



Número: **0809909-41.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **18/06/2020**

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
LEANDRO LINS PEREIRA (AUTOR)	INACIO BRUNO SARMENTO (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
46039 146	21/07/2021 10:28	Petição	Petição
46039 699	21/07/2021 10:28	2738722_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
46039 701	21/07/2021 10:28	2738722_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08099094120208150001

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 **LEANDRO LINS PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 19 de julho de 2021.

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 - 21/07/2021 10:28:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072110282413600000043745390>
Número do documento: 21072110282413600000043745390



Roberto

LEILOEIRO

ROBERTO COSTA G.
PORTARIA N 011/2015 I Fudh
w Aluno Chindriab, N° 797, Bairro

3-1712
Recife - PE



NOTA DE VENDA EM
LEILÃO

1ª Via Arrematante

NOME:
ROMULO DE OLIVEIRA SOUTO

ENDEREÇO:
Rua do vídeo, 75

CIDADE:

ESTADO:

Nº DA NOTA:

0756

Data de Emissão:
05 / 03 / 2018

TELEFONE:
(83) 3322-4522 / (83) 8762-872

E-MAIL:
oliveiraromulo123@gmail.com

COMITENTE:
SOCI SEGUROS S.A

Data Leilão:
02/03/2018

LOTE Nº	DESCRIÇÃO	VALOR TOTAL
00024	CG TITAN KS 150 2007/2007 Chave: POSSUI Combustível: GASOLINA Cor: AZUL Manual: NÃO POSSUI Marca: HONDA Modelo: 2007 Ano: 2007 Tabela Fipe: R\$4.194,00 Tipo: 7497 (Lance Inicial: R\$200,00) Chassi: 902K05107R122174 Placa veículo: JYW7497 Sinistro: 0105253507407 Restrição: GRANDE MONTA.	R\$1.260,00

Arrematante declara que VISTORIOU O VEICULO e teve a oportunidade de juntamente com assistência de mecânico especializado verificar as condições do veículo arrematado e se está ciente que o veículo foi apregoado e arrematado no estado em que se encontra, com diversas avarias/danos provenientes do sinistro e/ou pela falta de peças e acessórios que o veículo original pudesse ter e que agora não possui, por consequência do sinistro ou outro motivo qualquer, sem GARANTIA, inclusive de câmbio e motor, bem como sem GARANTIA da montadora, cabendo ao ARREMATANTE a regularização e transferência do veículo arrematado junto aos órgãos competentes.

O ARREMATANTE declara ter ciência que o Leiloeiro e Verilog Gestão e Logisitica Ltda, na condição de mandatário e guardião, respectivamente, não se enquadram na categoria de fornecedores ou comerciantes, ficando excluídos, assim, de qualquer responsabilidade por vícios ou defeitos, ocultos ou não, nos veículos apregoados, de acordo com a Lei, bem como da responsabilidade por eventuais reembolso, indenizações, trocas, consertos ou compensações financeiras de qualquer espécie e em qualquer hipótese, nos termos do Art. 448 do C. Civil Brasileiro.

Por fim, por esse ato o ARREMATANTE obriga-se a acatar, de forma definitiva e irrecorrível, as normas e condições contidas e estabelecidas no edital do Leilão, a qual declara que tem amplo conhecimento.

DATA DE SAÍDA DO BEM:	OBS:	SUB-TOTAL:	R\$ 1.200,00
		COMISSÃO (%):	R\$ 60,00
			R\$ 1.200,00

DECLARO QUE CONFERI E QUE ESTOU DE ACORDO COM OS DADOS CIMA DESCRITOS PARA PREENCHIMENTO DO DOCUMENTO DO VEICULO.

NOME:





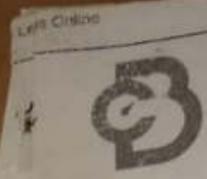
Roberto
LEILOEIRO O

ROBERTO COSTA & CIA.
PORTARIA - N 011/2015 - Fone
Av. Afonso Cintronez, N° 797, Bairro

NOME:
ROMULO DE OLIVEIRA SOUTO

ENDEREÇO:
Rua da Videira, 75

CIDADE: ESTADO:



NOTA DE VENDA EM
LEILÃO
1ª Via Arrematante

N° DA NOTA:
0756

Data de Emissão:
05 / 03 / 2018

TELEFONE:
(83) 3322-4522 / (83) 8762-072

E-MAIL:
romulo123@gmail.com

COMITENTE:
SOCI SEGUROS S.A.

Data Leilão:
02/03/2018

LOTE N°	DESCRIÇÃO	VALOR TOTAL
00024	CG TITAN KS 150 2007/2007. Chave: POSSUI Combustível: GASOLINA Cor: AZUL Manual: NÃO POSSUI Marca: HONDA Modelo: 2007 Ano: 2007 Tabela Fipe: R\$4.194,00 Tipo: 7497 (Lance Inicial: R\$200,00) Chassi: 902K02-107R122114 Placa veículo: JZW7497 Sinistro: 0105235073407 Restrição: GRANDE MONTA.	R\$1.260,00

Arrematante declara que **VISTORIOU O VEICULO** e tem a oportunidade de juntamente com assistência de mecânico especializado verificar as condições do veículo arrematado e **está ciente que o veículo foi apregoado e arrematado no estado em que se encontra, com diversas as avarias/danos provenientes do sinistro e/ou pela falta de peças e acessórios que o veículo original pudesse ter e que agora não possui, por consequência do sinistro ou outro motivo qualquer, sem GARANTIA, inclusive de câmbio e motor, bem como sem GARANTIA da montadora, cabendo ao ARREMATANTE a regularização da transferência do veículo arrematado junto aos órgãos competentes.**
O ARREMATANTE declara ter ciência que o Leiloeiro e Venda Gestão e Logística Ltda, na condição de mandatário e guardião, respectivamente, não se enquadram na categoria de fornecedores ou comerciantes, ficando excluídos, assim, de qualquer responsabilidade por vícios ou defeitos, ocultos ou não, nos veículos apregoados, de acordo com a Lei, bem como da responsabilidade por eventuais reembolso, indenizações, trocas, consertos ou compensações financeiras de qualquer espécie e em qualquer hipótese, nos termos do Art. 448 do C. Civil Brasileiro.
Por fim, por esse ato o ARREMATANTE obriga-se a acatar, **de forma definitiva e irrecorrível**, as normas e condições contidas e estabelecidas no edital do leilão, a qual declara que tem amplo conhecimento.

DATA DE SAÍDA DO BEM:	OBS:	SUB-TOTAL:	R\$ 1.200,00
		COMISSÃO (%):	R\$ 60,00
			R\$ 1.200,00

DECLARO QUE CONFERI E QUE ESTOU DE ACORDO COM OS DADOS CIMA DESCRITOS PARA PREENCHIMENTO DO DOCUMENTO DO VEICULO.

NOME: _____
RG: _____





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



PB

NOME
 LEANDRO LINS PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2627661 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
 038.642.454-35 15/02/1980

FILIAÇÃO
 LEONARDO LINS PEREIRA
 INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA



PERMISSÃO ACC CAT HAB
 [] [] AB

Nº REGISTRO
 03627153401

VALIDADE
 07/08/2024

1ª HABILITAÇÃO
 01/07/2005

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1838510998

OBSERVAÇÕES

Leandro Lins Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
 09/08/2019

Amadeu

ASSINATURA DO EMISSOR

46882846803
 PB039457486

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1838510998



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 006.158.516



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Insc.Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

MANOEL ALVES DOS SANTOS
RUA MANOEL PORTO 246 F
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/233677-4

REFERÊNCIA

MAR/2020

APRESENTAÇÃO

25/03/2020

CONSUMO

97

VENCIMENTO

01/04/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 47,13

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 17/04/2020				
Pagador: MANOEL ALVES DOS SANTOS CNPJ/CPF: 498.594.044-53 RUA MANOEL PORTO 246 F - SANTA ROSA - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360001561462	000233677202003	01/04/2020	R\$ 47,13	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA			08.826.596/0001-95	
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0320104-20 3 - CPF da vítima: 03869245435 4 - Nome completo da vítima: Leonardo Lima Pereira

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

5 - Nome completo: Leonardo Lima Pereira 6 - CPF: 03869245435
 7 - Profissão: eletricitista 8 - Endereço: Rua Manoel Pires 9 - Número: 246 10 - Complemento: F
 11 - Bairro: São Pá 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58416-518
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8333341239

DADOS CADASTRAIS

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 POUANÇA (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: 1634 9 CONTA: 37336 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

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.

NÃO BENEFICIÁRIO

TESTEMUNHAS

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado: _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

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

 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB, 22/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Leonardo Lima Pereira*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200154273

Vítima: LEANDRO LINS PEREIRA

Data do Acidente: 18/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO LINS PEREIRA

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 punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **LEANDRO LINS PEREIRA**

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

Banco: **001**

Agência: **000001634-9**

Conta: **000010037338-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00691/00692 - carta_15R - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0320104-20 3 - CPF da vítima: 03869245435 4 - Nome completo da vítima: Leonardo Lima Pereira

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

5 - Nome completo: Leonardo Lima Pereira 6 - CPF: 03869245435
 7 - Profissão: eletricitista 8 - Endereço: Rua Manoel Pires 9 - Número: 246 10 - Complemento: F
 11 - Bairro: São Rosa 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58416-518
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8333341239

DADOS CADASTRAIS

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 POUANÇA (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: 1634 9 CONTA: 37336 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (mãe/nascor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

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.

NÃO BENEFICIÁRIO

TESTEMUNHAS

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB, 22/09/2020
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200154273

Vítima: LEANDRO LINS PEREIRA

Data do Acidente: 18/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO LINS PEREIRA

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 15717427

Pag. 00101/00102 - carta_01 - INVALIDEZ

00020051



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO LINS PEREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01634-9

CONTA: 000010037338-0

Nr. da Autenticação CE7439C272782C10



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120104/20

Vítima: LEANDRO LINS PEREIRA

CPF: 038.642.454-35

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 18/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO LINS PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LEANDRO LINS PEREIRA : 038.642.454-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/04/2020
Nome: LEANDRO LINS PEREIRA
CPF: 038.642.454-35

LEANDRO LINS PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200154273 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO LINS PEREIRA **Data do acidente:** 18/01/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 2) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 punhos	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: 3200154273 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO LINS PEREIRA **Data do acidente:** 18/01/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 2) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME LEANDRO LINS PEREIRA			IDADE 39	SEXO M	COR
DATA 24/01/20	PRESSÃO ARTERIAL 140 x 70	PULSO 60	RESPIRAÇÃO ESTÁVEL	TEMPERATURA 36,3°C	PESO 70kg	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO ND					ASMA NÃO	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO ND					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO Sessão de			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL orientado			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA NÃO	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura fechada Esq.					ESTADO FÍSICO II	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA Midazolam - 2,5mg + Fentanil - 25mcg				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LIQUIDOS					MANUTENÇÃO (3) Cetarolol 10mg (4) Desonitazolol 10mg (5) Montelucast 10mg (6) Cromoglicato 10mg (7) Dipiridamol 20mg (8) Bextra 40mg (9) Midazolam 4mg ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
CÓDIGOS					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Bloq. -> Bloqueio/antispasmo, ligado por USG, sob monitorização, 1-Bitão 0 e 0, sem 1/2h contínuas				Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:		
POSIÇÃO	DPH						
AGENTES	(1) Líq. 2% Clorbutol / vaso-1al (2) Soli. 0,5% / vaso-1al						
TÉCNICA	Bloq. Plexo Braquiop.				CÂNULAS		
OPERAÇÃO	Fratura lin. fratura fechada Esq.						
CIRURGIÕES	Dr.						
ANESTESISTAS	Humberto A. Lima Filho						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



24/01/2020

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. Data: 24/01/2020
NOME: Euler Fabricio Alves Cruz



Número do Prontuário: 178304 DATA DA CIRURGIA: 24/01/2020

Número do Atendimento: 2086946 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: EXTRA / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: LEANDRO LINS PEREIRA

Data da Internação: 18/01/2020

Atendimento: 2086946

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: *O mesmo*

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data da Cirurgia: 24/01/2020

Equipe:

Cirurgião: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador: RAMON

Anestesista: HUMBERTO DE ALMEIDA FILHO

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM VIA DE HENRY + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSINTESE COM PLACA EM "T" 3X4 FUROS + 2 PARAFUSOS CORTICAIS + 1 FIO K N. 2,0 SOB ESCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO;
7. TALA LUVA.

Data 24/01/2020

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio Alves Cruz
Dr. Euler
12.01.2020
2020-01-24 10:07



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Leandro Lima Pereira DU-15/02/1980</i>					 GOVERNO DA PARAIBA <small>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</small> Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	<i>Sala 03</i>	<i>SUS</i>	<i>39</i>	<i>2086946</i>	
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
<i>Trat. cirúrgico de fratura de punho e</i>		<i>Dr. Odeonardo</i>			
ANESTESIA		ANESTESIA			
<i>bloqueio de plexo braquial e + sedo</i>		<i>Dr. Humberto</i>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
<i>Romero</i>		<i>24/10/2020</i>	<i>1040</i>	<i>1145</i>	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	<i>01</i>		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<i>25</i>		Catgut cromado Sertix	
<i>01</i>	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix	
<i>2ml</i>	Fentanil ml			Cera pl/ osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml	<i>01</i>		Ethibond	
	Mercaína % ml			Ethibond	
<i>01</i>	<i>Nubain amp. x blocaim cliso</i>			Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.			Fio de Algodrão Sutupak	
<i>01</i>	<i>Protóxido 1m mais 8/1000</i>			Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	<i>10</i>		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		<i>01</i>	Mononylon 2.0	
	Thionembatal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>02</i>			
<i>04</i>	Água Destilada amp. <i>10ml</i>			Lâmina de Bisturi nº 23	
<i>01</i>	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi nº 11	
<i>02</i>	Dipirona amp.	<i>02</i>		Lâmina de Bisturi nº 15	
	Flaxidol amp.	<i>03</i>		Luvas 7.0	
	Flebocortid amp.	<i>03</i>		Luvas 7.5	
	Geramicina amp.	<i>03</i>		Luvas 8.0	
	Glicose amp.	<i>30ml</i>		Luvas 8.5	
	Glucon de Cálcio amp.			Oxigênio 1/4m	
	Haemacel ml.	<i>05</i>		Poliflix	
	Heparema ml.			PVPI Degemante ml	
	Kanaktion amp.			PVPI Tópico ml.	
	Lasix amp.	<i>05</i>		Saco coletor <i>lixo</i>	
	Medrotinazol.	<i>03</i>		Seringa desc. 10 ml	
	Plasil amp.	<i>03</i>		Seringa desc. 20 ml	
	Prolamina	<i>01</i>		Seringa desc. 05 ml	
	Revivan amp.			Sonda	
	Suptanon amp.			Sonda folley	
<i>02</i>	<i>cefalotina 1g cefazolin</i>			Sonda Nasogátrica	
<i>01</i>	<i>nauseolona</i>			Sonda Uretral nº	
<i>01</i>	<i>bestea</i>			Sterydrem ml	
<i>01</i>	<i>bramiprida</i>			Torneirinha	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Vaselina ml	
<i>02</i>	Aguilha desc. <i>26 x 7 40 x 12</i>		<i>02</i>	Gelcon 18	
	Aguilha desc. 28 x 28			Latese	
	Aguilha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>			
<i>01</i>	Aguilha pl. <i>aque nº de 1/40 x 1/50</i>				
<i>05</i>	Álcool de Enfermagem <i>70%</i>				
	Álcool Iodado ml	<i>01</i>			
<i>02</i>	Ataduras de Crepon <i>20cm</i>				
	Ataduras de Gessada	<i>01</i>			
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
	SG fr 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	<i>TU cirurgica</i>
<i>01</i>	<i>placa para mit 3x4</i>
<i>02</i>	<i>parafusos corticais</i>

EQUIPAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxiciógrafa
<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input type="checkbox"/> Cardiomonitor
<input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
[Assinatura]
 1035620



**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		6

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>brandino bino pereira</i>	Idade: <i>39</i>
Convênio: <i>SUS</i>	Data: <i>24/01/2020</i>
Procedimento: <i>tratamento cirurgico de fratura de punho E</i>	

Cirurgião: <i>Dr Eduardo</i>	Auxiliar:	Anestesista: <i>Dr Humberto</i>
Início: <i>20:40</i>	Término: <i>21:45</i>	Anestesia: <i>bloqueio do plexo braquial + bidoCav</i>

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
<i>21:40</i>	<i>142/80</i>	<i>77 bpm</i>	<i>97%</i>	<i>Ruan + Carlo</i>	-	<i>consciente</i>
<i>23:50</i>	<i>147x83</i>	<i>81 bpm</i>	<i>98</i>	<i>...</i>	-	<i>consciente</i>

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

[Handwritten signature]

Assinatura Anestesista

Circulante





24/10/2020

GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUE o trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

SETOR DE ORIGEM:	Extra 3			
NOME:	Brendine Alves Pereira			
PROCEDIMENTO:	FX Radio distal E			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCAL:	GELCO Nº:	AVC <input type="checkbox"/>	JEJU <input type="checkbox"/>	
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
RETIRADO:	<input checked="" type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ADORNOS	<input checked="" type="checkbox"/> PERTENCES	
ENCAMINHADO:	<input type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:			

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PBCEP: 58.432-809
Email: chefiartraumacg@hotmail.com hospitalregionalcrg@hotmail.com
CNPJ: 08.778.268-0001-60



18/01/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-01-18&contar=2086946&IDC=81712

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/01/2020

Horas: 14:36:34

Médico (a) Diarista : Felipe Miranda Mendonca Fernandes



GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2086946 Paciente: LEANDRO LINS PEREIRA Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA Data de Nascimento: 15/02/1980 Admissão: 18/01/2020 DIH - 0

Clínica: AMARELA Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

DIA 18/01/2020

MÉDICO(A): Felipe Miranda Mendonca Fernandes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 2COMP, 6h/6h	18.00.06
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEA OU VOMITO	18.00.06
4	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 1COMP, 6h/6h	18.00.06
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 18/01/2020 HORA: 14:34:59

ORTOPEDIA

FRATURA RÁDIO DISTAL E

CD: INTERNO PARA TTO CIRÚRGICO
SOLICITO EPO

Dr. Felipe Fernandes
CIRURGIÃO DA COLUNA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 15.3707
ASSINATURA + CARIMBO
Felipe Miranda Mendonca Fernandes

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-01-18&contar=2086946&IDC=81712

1/1





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/01/2020

Horas: 14:25:07

Médico (a) Diarista : Ywry de Paiva Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2086946 Paciente: LEANDRO LINS PEREIRA Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA Data de Nascimento: 15/02/1980 Admissão: 18/01/2020 DIH - 1

Clinica: AMARELA Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

DIA 19/01/2020

MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

(Bruno V. da M.)

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	et
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 2COMP, 6h/6h	et
3	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	et
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	et

CONCLUSÃO

DATA: 19/01/2020 HORA: 14:24:19

1º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES +

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Ywry de Paiva Camara





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 21/01/2020
Horas: 08:21:01
Médico (a) Diarista : Ywry de Paiva Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2086946 Paciente: LEANDRO LINS PEREIRA Idade: 039 Sexo: M
Nome da Mãe: INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA Data de Nascimento: 15/02/1980 Admissão: 18/01/2020 DIH - 3
Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

8

DIA 21/01/2020
MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	✓
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 2COMP, 6h/6h	✓ / ✓ / ✓ / ✓
3	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	✓
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	✓

EVOLUÇÃO

TA: 21/01/2020 HORA: 08:20:42

3º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES +

taba Aprazado e luvu.

ESCORIAÇÕES EM PERNA ESQUERDA

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Solicite mais de taba por Axila - mhuur.

ASSINATURA + CARIMBO
Ywry de Paiva Camara





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 22/01/2020
Horas: 09:38:22
Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2086946 Paciente: LEANDRO LINS PEREIRA Idade: 039 Sexo: M
Nome da Mãe: INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA Data de Nascimento: 15/02/1980 Admissão: 18/01/2020 DIH - 4
Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

DIA 22/01/2020
MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento			
1	DIETA LIVRE				
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O, 2COMP, 6h/6h	12	18	20	26
3	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA				
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO				

EVOLUÇÃO

DATA: 22/01/2020 HORA: 09:37:47

4º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES +

ESCORIAÇÕES EM PERNA ESQUERDA

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9965 / CRM-RN 8320

PA: 330X 80
fe 91



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: LEANDRO LINS PEREIRA

Data da Internação: 18/01/2020 Data da Alta:25/01/2020

Registro:2086946

Tempo de Permanência:-18280

Diagnóstico Inicial:FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Diagnóstico Final:

Cirurgia:OSTEOSSINTESE Data:24/01/2020

Equipe:

Cirurgião:EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações:RETORNO AMBUL + ATESTADO+ CEFALEXINA+FISIOT + ARFLEX

Condições de Alta::Melhorado

Data25/01/2020

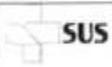
Assinatura/Carimbo
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros De Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 0582

RESPONSÁVEL : Hallisson Barros De Almeida



Data da internação: 18/01/2020 Hora: 14:31:58

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		7 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE LEANDRO LINS PEREIRA		6 - Nº DO PRONTEUÁRIO 2086946
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 15/02/1980	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE 987416264
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR , 2 , MAJOR VENEZIANO		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CID - ORIGEM 250400	15 - UF PB
16 - CEP 58400002		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TRATAMENTO CIRURGICO		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EXAME FISICIO E RAIJO X		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016001358163
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016001358163		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE AMARO JORGE PINTO NETO
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18/01/2020		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - SÉRIE	39 - CNPJ EMPRESA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PRETENDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		





HTCG - Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - OS CLÍNICOS

Fratura rádio distal **RAIO X REALIZADO EM:**
18/01/2020

W. Letreiro para m. unguis

ALERGIA: _____

MEDICAMENTOS: _____

PATOLOGIAS: _____

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02 _____

EXAMES SOLICITADOS:
 () Laboratoriais () Ultrassonografias:
 () Gasometria arterial () Radiografias:
 () Tomografia Computadorizada () _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ às _____ : _____ Dia / / _____

Especialista: _____ às _____ : _____ Dia / / _____

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Amaro Jorge Pinto Neto
 CRM - 965255
 ORTODONTIA / TRAUMATOLOGIA

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2086889 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/01/2020
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: acolhimento

PACIENTE: LEANDRO LINS PEREIRA CEP: 58400002 Nascimento: 15/02/1980

Endereço: MAIOR Sexo: M Telefone: 987416264

Cidade: Campina Grande Idade: 039 Bairro: MAIOR VENEZIANO

Nome da Mãe: INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA RG: _____ Nº: 2 Profissão: ELETRICISTA

Responsável: FABIANA KALINE CPF: _____ CNS: 814500 CONVÊNIO: SUS

Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atendimento: 18/01/2020 Hora: 12:18:41

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalramento
9. Eufemia subcutânea
10. Emagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Contato
16. F. Conto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contato
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Parosteia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de Isquemia
36. F. Perfuro-contato

OBS: _____

QUEIMADURA: _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

SUPERFÍCIE CORPORAL LESADA = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: *720.000*