



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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32824 387	31/07/2020 10:04	2738722_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Roberto
LEILOEIRO OFICIAL

ROBERTO COSTA G.
PORTARIA N 011/2015 I Fudh
w Aluno Oliveira, N 297, Bairro



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: 902K05-107R122174 Placa veículo: JFW7497 Sinistro: 01052535073407 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 ele está ciente que o veículo foi apregoado e arrematado no estado em que se encontra, com diversas avarias danosas 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 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:





Roberto
LEILOEIRO

ROBERTO COSTA & CIA.
PORTARIA N. 011/2015 - Fude
Av. Afonso Cintrone, N. 797, Bairro

Leilão Online



NOTA DE VENDA EM
LEILÃO

1ª Via Arrematante

NOME:
ROMULO DE OLIVEIRA SOUTO

ENDEREÇO:
rua da video, 75

CEP:

CIDADE:

Nº DA NOTA:

0756

Data de Emissão:
05 / 03 / 2018

TELEFONE:

(43) 3322-4522 / (83) 8762-072

CEP: 513-874-80

E-MAIL:

oliveiraromulo123@gmail.com

COMITENTE:

DI 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: 902K04-107K122174 Placa veículo: JZW7497 Sinistro: 01052056073407 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 se 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 e transferência do veículo arrematado junto aos órgãos competentes.

O ARREMATANTE declara ter ciência que o Leiloeiro e Venlo 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:	CBS:	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 GERAIS DESCRITOS PARA PREENCHIMENTO DO DOCUMENTO DO VEICULO.

NOME:

RG:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
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

OBSERVAÇÕES

Área reservada para observações.

Leandro Lins Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
09/08/2019

Suelio Moreira Torres

ASSINATURA DO EMISSOR

46882846803
PB039457486

PARAÍBA



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1838510998



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				



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: eletrônica 8 - Endereço: Rua Manoel Pinto 9 - Número: 246 10 - Complemento: F
11 - Bairro: São Rôx 12 - Cidade: Campinas Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53416-518
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8333341239

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\$1.000,00 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)

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campinas Grande - PB, 22/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019





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

00020346



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: eletrônica 8 - Endereço: Rua Manoel Pinto 9 - Número: 246 10 - Complemento: F
11 - Bairro: São Rôo 12 - Cidade: Campinas Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53416-518
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8333341239

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\$1.000,00 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campinas Grande - PB, 22/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019





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,

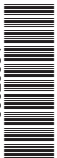
Seguradora Líder-DPVAT

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LEANDRO LINS PEREIRA

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 LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>LEANDRO LINS PEREIRA</u>			IDADE: <u>39</u>	SEXO: <u>M</u>	COR:
DATA: <u>24/01/20</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>140 x 70</u>	PULSO: <u>60</u>	RESPIRAÇÃO: <u>Estável</u>	TEMPERATURA: <u>36,3°C</u>	PESO: <u>70kg</u>	ALTURA:	
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:	
URINA:							
AP. RESPIRATÓRIO: <u>sem</u>					ASMA: <u>NEGA</u>	BRONQUITE:	
AP. CIRCULATÓRIO: <u>NAS</u>					ELETROCARDIOGRAMA:		
AP. DIGESTIVO: <u>Sessão de</u>			DENTES:	PESCOÇO:	AP. URINÁRIO:		
ESTADO MENTAL: <u>orientado</u>			ATARÁXICOS:	CORTICÓIDES:	ALERGIA: <u>NEGA</u>	HIPOTENSORES:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>fratura fechada esc.</u>					ESTADO FÍSICO: <u>II</u>	RISCO:	
ANESTESIAS ANTERIORES:							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u>midazolam 2,5mg + fentanyl 75mcg</u>				APLICADA:	AS:	EFEITO:	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO		
LIQUÍDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____		
CÓDIGOS VP: ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX: ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					Laringo espasmo: _____ Lenta: _____		
	Náuseas: _____ Vômitos: _____						
	Outros: _____						
	MANUTENÇÃO						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<u>Blq. -> Bloqueio/antispasmo, bloqueio por USG, tubulação, 1-Bitão 0 + 0, sem 1er. contínuo</u> <u>DPH</u>				<u>(3) Ketalar 20</u> <u>(4) Desflurane 10</u> <u>(5) Propofol 50</u> <u>(6) Sufentanil 10</u> <u>(7) Diprivo 20</u> <u>(8) Bextra 40</u> <u>(9) Rosuron 40</u> ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
					DESPERTAR		
					Reflexos na SO: _____		
					Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____		
POSICÃO					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
AGENTES					Outros: _____		
TÉCNICA					Com cânula: _____		
OPERAÇÃO					Paro o Leito: Sim _____ Não _____		
CIRURGIÕES					CONDIÇÕES:		
ANESTESISTAS							
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 nome

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 + ANTISSEPSE + 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
Dr. Euler
24/01/2020
2007



1055

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Leandro Lima Pereira</i>		DN: <i>15/02/1980</i>			
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	<i>Sala 03</i>	<i>SUS</i>	<i>39</i>	<i>2086946</i>	
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
<i>Trat cirurg de fratura de punho e</i>		<i>Dr. Odenardo</i>			
ANESTESIA		ANESTESIA			
<i>bloqueio de plexo braquial e + sedo</i>		<i>Dr. Humberto</i>			
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
<i>Ramon</i>	<i>24/10/2020</i>	<i>1040</i>	<i>1145</i>		
MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			FIOS		
Qtd.			Qtd.		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	
	Mercaina % ml			Ethibond	
<i>01</i>	Nubehin amp. x blocaim classico			Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.			Fio de Algodrão Sutupak	
<i>01</i>	Protóxido 1m <i>marro bup 8/10/2020</i>			Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	<i>10</i>		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.			Mononylon 2.0	
	Thionembutal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES				
<i>04</i>	Agua Destilada amp. <i>10ml</i>	<i>02</i>			
<i>01</i>	Decadron amp.				
<i>02</i>	Dipirona amp.	<i>02</i>			
	Flaxidol amp.	<i>03</i>			
	Flebocortid amp.	<i>03</i>			
	Geramicina amp.	<i>03</i>			
	Glicose amp.	<i>30ml</i>			
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml.	<i>05</i>			
	Heparema ml.				
	Kanaktion amp.				
	Lasix amp.	<i>05</i>			
	Medrotinazol.	<i>03</i>			
	Plasil amp.	<i>03</i>			
	Prolamina	<i>01</i>			
	Revivan amp.				
	Suptanon amp.				
<i>02</i>	Cefalotina 1g <i>cefazolin</i>				
<i>01</i>	<i>paracetamol</i>				
<i>01</i>	<i>betamet</i>				
<i>01</i>	<i>bramiprida</i>				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
<i>02</i>	Agulha desc. <i>26 x 7 40 x 62</i>				
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>			
<i>01</i>	Agulha p/ <i>aquele nº 40 x 62</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				

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar
() Serra () Eletrocautério
() Desfibrilador () Oxícapiógrafo
(X) Foco Frontal (X) Cardiomonitor
(X) Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico

CIRURGIANTE RESPONSÁVEL

1035620

MOD 066



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 O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 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: <u>Leonardo Lima Pereira</u>	Idade: <u>39</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>24/01/2020</u>
Procedimento: <u>tratamento cirúrgico de fratura de punho E</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Eduardo</u>	Auxiliar: <u> </u>
Anestesista: <u>Dr. Humberto</u>	
Início: <u>20:40</u>	Término: <u>21:45</u>
Anestesia: <u>bloqueio de punho, bloqueio E + bolus cont</u>	

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesiista

Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





24/04/2020

GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUE
o trabalho

LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

SETOR DE ORIGEM:	Extra 3		
NOME:	Dionísio Alves Pereira		
PROCEDIMENTO:	FX Radio distal E		
☒ AVP: LOCAL:	GELCO Nº:	AVC ☐	JEJU ☐
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ COM CLOREXIDINA ☐ NÃO SE APLICA			
RETIRADO: ☒	PRÓTESE DENTÁRIA ☒	ADORNOS ☒	PERTENCES ☒
ENCAMINHADO: ☐	HEMOG ☐	USG ☐	TOMOGRAFIA ☐
TERMO DE CONSENTIMENTO		☐ NÃO SE APLICA	
RESERVA DE HEMODERIVADO		☐ 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/imprimevo.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	Apazamento
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, 1AMPOLA, 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 EPODr. Felipe Fernandes
CIRURGIÃO DA COLUNA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 15.1707 S266
ASSINATURA + CARIMBO
Felipe Miranda Mendonca Fernandes

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

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/07/2020 10:04:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110041122900000031431333

Número do documento: 20073110041122900000031431333

Num. 32824387 - Pág. 20



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 /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	et
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 2COMP, 6h/6h	1x 1x 2x 06
3	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	
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

Clinica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

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 +

ESCORIAÇÕES EM PERNA ESQUERDA

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Solicita mais de 1 tala por Axila - m. hum.

ASSINATURA + CARIMBO
Ywry de Paiva Camara

Dr. Ywry de Paiva Camara
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE





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

Clinica: 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 SODICA 500 MG V.O, 2COMP, 6h/6h	12 18 00 06
3	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	et
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: OSTEOSINTESE

Data: 24/01/2020

Equipe:

Cirurgião: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

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

Condições de Alta: Melhorado

Data: 25/01/2020

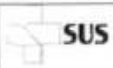
Assinatura/Carimbo
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros De Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 05582

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				7 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTOÁRIO 2086946	
5 - NOME DO PACIENTE LEANDRO LINS PEREIRA					
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 15/02/1980		9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA				11 - TELEFONE DE CONTATO 83 987416264	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR , 2 , MAJOR VENEZIANO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - CIDADE 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 CIRÚRGICO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EXAME FISIOLÓGICO E RAIOS 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 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE AMARO JORGE PINTO NETO		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18/01/2020	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° 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 - CNPJ EMPRESA		39 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - CNPJ EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		