



17/08/2021

Número: **0807045-30.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **13/04/2020**

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	
EVERTON GILSON DA SILVA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
CAMILA MENDES VILLARIM MEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47224 513	17/08/2021 12:15	Petição	Petição
47224 515	17/08/2021 12:15	2750483_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
47224 516	17/08/2021 12:15	2750483_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
0024738120	085.357.924-57	Everton Gilson da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Everton Gilson da Silva	085.357.924-57	
Profissão:	Endereço:	Número:
Relevo	Rua Major Angélio Xavier	58
Bairro:	Cidade:	Estado:
Pradinegal	Campina Grande	PB
E-mail:	CEP:	
	58428-480	
	Tel. (DDD) nº	
	(83) 98805.6654	

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0041

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 469671

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura digital da vítima/beneficiário ou representante

Local e Data: São Paulo, 17/06/2020

Nome: Everton Gilson da Silva

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	27/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVERTON GILSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000469671-4

Nr. da Autenticação C57BFE8DF71608DF



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Reverso para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica.

Nº 005.557.821



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 06.826.596/0001-95 Insc.Est. 15.303.639-1

DADOS DO CLIENTE

ADEILDA DA SILVA
RUA MAJOR ANGELINO XAVIER 59
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/32777-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	13/01/2020	110	20/01/2020	R\$ 62,08

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 01087.689178 7 81400000006208				
Pagador: ADEILDA DA SILVA CNPJ/CPF: 931.467.284-00				
RUA MAJOR ANGELINO XAVIER 59 - PEDREGAL - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360001087689	000032777202001	20/01/2020	R\$ 62,08	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 12:15:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081712155854100000044849364>

Número do documento: 21081712155854100000044849364

Num. 47224515 - Pág. 3

06/07/2019

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



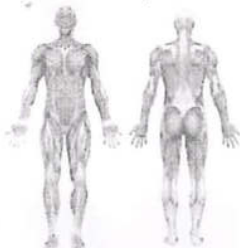
ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1937343 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-609 Data: 06/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: EVERTON GILSON DA SILVA
Endereço: RUA MAJOR ANGELINO XAVIER
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA
Responsável:
Estado Civil: Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO
OBS FLS: 4A:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

OBS FLS: 4A:

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. Empalhamento
9. Erisipela subcutânea
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortante
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paratetania
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID:

Queda de moto. / Fx múltipla (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36)

HTCCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - OS CLÍNICOS

Pat. futura de queda de moto com escorregão em MIE, outro E, fratura fechada de MIE, punho, tórax e abdome sem alterações

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA, _____ às _____ Dia 07/19

Especialista: _____ às _____ Dia 06/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	714 544 Beixa MIE	
2	Inferno 40 pulhas.	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Suelio Moreira Torres
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 11997
+ De Brão

stohtcgimpreclassi.php?contar=1937343&dataatend=2019-07-06&horaatend=12:17:06

1/3



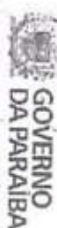
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 12:15:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081712155854100000044849364

Número do documento: 21081712155854100000044849364

Num. 47224515 - Pág. 4

06/07/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

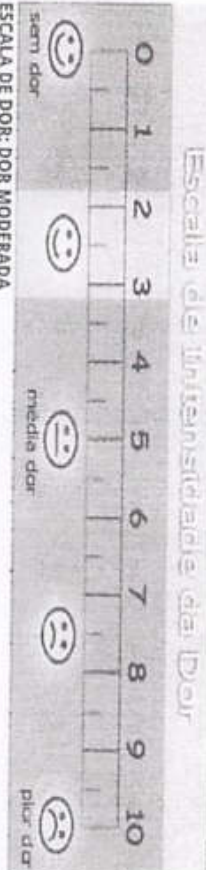
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Moinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 06/07/2019

Data: 06/07/2019

Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Nº ATEND: 1937343

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 06/07/2019 HORA : 12:17:06ESPECIALIDADE: **CIRURGIA**MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARROSINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃOALERGIAS: NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL: BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFLAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - CG
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 12:15:58
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081712155854100000044849364
Número do documento: 21081712155854100000044849364



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#ontgndia

Paciente el famulo extro em
fca gntes de pene (E) infra-
prenal + den e edna TNZ (E) +
Escuricaf em cotubolo (D) e joillo

(E)

EF. cotubolo si limitat

Den + Edna TNZ (E) ++/ut

Famulo 2 lair infomplem (E)

No cl. fo maleda latul (E) c/dm

-ocitinal

Ed. sutura + drabimaf

Aino al ora

~~Dr. Paulo Caldeira~~
~~CRMPB 10507~~

DESTINO DO PACIENTE / / às :

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revella

() Decisão Médica

() Óbito

Dr. Paulo Caldeira
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

BMF Patient admission on 06/07/19 at 10:00, appearing with acute pain in the right lower quadrant, with signs of peritonitis, and a mass in the right lower quadrant of the abdomen.

Ed. Sutura e pontos /
Má BMF.

#ontgndia

fo TNZ el piquis Abdomen de piquis.

Ed. Infusa pl cirurgia do TNZ
aps liberação pela cir. sup

16-50/Rougeiro Geral: Paciente com história de cirurgia gástrica -
histórica há cerca de 3 horas. Depois das refeições e abdominal
sem sintomas subitâneos ou dor a palpação.
CÓDIGO PROCEDIMENTO - IDADE

ED. Alta do paciente após

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Dr. Paulo Caldeira
Cirurgião Geral





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME: Everson Gilden		IDADE: 51		SEXO: M		DATA DE NASCIMENTO: 16/07/19		SETOR: UTI		LEITO: 8-1		DIAGNÓSTICO MÉDICO: Hipertensão	
ALERGIAS:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
PRESSÃO DE ESCARA:		SIM		NÃO		LOCAL:		SIM		NÃO		QUAIS:	
PRESSÃO ARTERIAL:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
SISTEMA NEUROLÓGICO:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
SIST. GENITOURINÁRIO:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
SIST. RESPIRATORIO:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
MOBILIDADE:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
SIST. GÁS. ROINTEATUAL:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
ESTADO NUTRICIONAL:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
PA:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
T:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
FR:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
FC:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
PESO:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
CAQUETICO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
OBESO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
SNE		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
PAREIA		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
S/ DEFICITE MOTOR		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
ACAMADO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
ANÚRIA		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
OLIGÚRIA		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
BRADIPNEICO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
EUPNEICO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
ORIENTADO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
HIPERTENSO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
NORMOPOTENSO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
INCONSCIENTE		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
TAQUIPNEICO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
POLÚRIA		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
CISTOSTOMIA		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
DEAMBULA C/ APOIO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
HEMAPLEGIA		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
SNG		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
DESNUTRIDO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
FR:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
FC:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
PESO:		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
CAQUETICO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
OBESO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
SNE		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
PAREIA		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
S/ DEFICITE MOTOR		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
ACAMADO		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
ANÚRIA		SIM		NÃO		QUAIS:		SIM		NÃO		QUAIS:	
OLIGÚRIA													



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: *Inverton Gilson da Silva*

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

lós - op.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx Tornozelo @ - AP + Perfil

**RAIO X
REALIZADO EM:**
19/07/19

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: <i>19/07/19</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

0019

Hospital: Inst. Am. em Cirurgia de Código: _____
Procedimento: Inst. 3a. em Cirurgia de Cód. Procedimento: _____
Paciente: Evanton G. Silva
Data da Cirurgia: 01/07/17 Nº prontuário: 1334343 Convênio: _____
Cirurgião: Dr. G. Silva Código: _____ ☒ Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa 1/3 Tubo 35x10x1.5 mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3.5) mm	Nº	14	15	24	45			
	Qtd.	03	03	03	03			
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº	3040						
	Qtd.	01						
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____
Faturar N.F. para: _____
Cód. do consultor: _____ Total: _____
Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 - www.bioimplants.com.br





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		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		6


Assinatura do anestesista





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



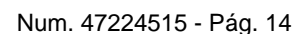
BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:	<u>Evelton Selson do Silva</u>				
IDADE:	<u>21</u>	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às h
SETOR:	<u>Oncologia II</u>	LEITO:	<u>8-3</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	<u>Fx de Pâncreas</u>				
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO			CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO			CD/FR: <u>procedimento invasivo</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/>	RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NAUSEA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/>	DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/>	ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/>	PARA BANHO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO			CD/FR:		
			CD/FR:		
			CD/FR:		
			CD/FR:		
<u>Kaline Pontes dos S. Lima</u> RGREN-25.528.295 - ENF			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			<u>12/12</u>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O ₂ A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			<u>ampicilina</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			<u>continua</u>		
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE			<u>bom bu</u>		



Data de internação: 06/07/2019 Hora: 16:50:49

SUS Sistema Nacional de Saúde Unico de Saúde	
AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 2 - CNES: 2362856 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 4 - CNES: 2362856	
Identificação do Paciente 1 - NOME DO PACIENTE: EVERTON GILSON DA SILVA 2 - CARTÃO DO SUS: 70006616866909 3 - DATA DE NASCIMENTO: 09/12/1997 4 - SEXO: M 5 - N° DO PACIENTE: 1937522	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>Handwritten text describing symptoms</i> 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>Handwritten text describing conditions</i> 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS: <i>Handwritten text describing test results</i> 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Handwritten text describing diagnosis</i> 21 - CID 10 PRINCIPAL: <i>Handwritten text describing ICD-10 code</i> 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: <i>Handwritten text describing ICD-10 code</i> 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: <i>Handwritten text describing ICD-10 code</i>	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Handwritten text describing procedure</i> 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <i>Handwritten text describing code</i> 26 - CLÍNICA: <i>Handwritten text describing clinic</i> 27 - CAETER DA INTERNAÇÃO: 02 28 - DOCUMENTO: 700501777865557 29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <i>Handwritten text describing professional ID</i> 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: YVARY DE PAIVA CAMARA 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 06/07/2019 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO: <i>Handwritten signature and stamp</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 33 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO 36 - CNPJ DA SEGURADORA: <i>Handwritten text describing CNPJ</i> 37 - N° DO BILHETE: <i>Handwritten text describing bill number</i> 38 - SEGRE: <i>Handwritten text describing insurance type</i> 39 - CNPJ EMPRESA: <i>Handwritten text describing CNPJ</i> 40 - CNPJ DA EMPRESA: <i>Handwritten text describing CNPJ</i> 41 - CBOA: <i>Handwritten text describing CBOA</i> 42 - VEHICULO COM A PREVIDÊNCIA: <i>Handwritten text describing vehicle</i> 43 - EMPREGADOR: <i>Handwritten text describing employer</i> 44 - AUTÔNOMO: <i>Handwritten text describing status</i> 45 - DESEMPREGADO: <i>Handwritten text describing status</i> 46 - APOSENTADO: <i>Handwritten text describing status</i> 47 - NÃO SEGURO: <i>Handwritten text describing status</i>	
AUTORIZAÇÃO 48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <i>Handwritten text describing name</i> 49 - COB. ORGÃO EMISSOR: <i>Handwritten text describing organization</i> 50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <i>Handwritten text describing authorization number</i> 51 - DOCUMENTO: <i>Handwritten text describing document</i> 52 - CPF: <i>Handwritten text describing CPF</i> 53 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO: <i>Handwritten signature and stamp</i> 54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <i>Handwritten text describing date</i>	

Data da Intimação: 06/07/2019 Hora: 16:50:49



Data da Internação: 06/07/2019	
Atendimento: 1937522	
Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA TORNOZELO ESQUERDO	
Diagnóstico Pós-Operatório:	
Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA TORNOZELO ESQUERDO	
Data da Cirurgia: 19/07/2019	
Equipe:	Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO
Aux 1: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES	Aux 2: EVERLAN DA SILVA MEIRA
Aux 3:	Instrumentador: NORMA
Anestesiista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO	
Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA	
Relatório Imediato do Patologista: NÃO	
Exame Radiológico no Ato: SIM	
Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU	
Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
2 - ASSEPISA + ANTISSEPISA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS	
3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO + DIVULSAO POR	
PLANOS + HEMOSTASIA	
4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 CANULAR 7 F +	
PARAFUSOS CORTICAIS	
5 - LAVADO DE FO CM SF	
6 - SUTURA	
7 - CURATIVO	
8 - A URPA.	
Data 19/07/2019	
Assinatura/Cartão	
Ana Maria Da Silva Anselmo	

Dr. Ana Maria Da Silva Anselmo
 19. Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PR 1825

19/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE ESPERANÇA E TRAIUA (RMS) LUIZ GONZAGA FERNANDES
 Av. Mat. Rondon Farias, 4700 - Matinhos, Caminho Centro - PR.
 Nome: Ana Maria Da Silva Anselmo

Data: 19/07/2019
 CNPJ: 08.778.268/0038-52

GOVERNO
 DA PARAIABA



GOVERNO
 DA PARAIABA




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 12:15:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081712155854100000044849364

Número do documento: 21081712155854100000044849364

Num. 47224515 - Pág. 15

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Everton Gilson da Silva</u> DN <u>09-12-97</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO		
		<u>SUS</u>		<u>1937343</u>		
CIRURGIA <u>Tat. cirurg. cefix de</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. João Paulo de Evaristo</u>			
ANESTESIA <u>Rafael</u>			ANESTESIA <u>Dr. Ricardo</u>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM		
<u>Norma</u>		<u>14-07-19</u>	<u>10:00</u>	<u>11:20</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Boia Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.	<u>01</u>	Cat. p. Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Cat. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<u>15</u>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
<u>01</u>	Dimorf. amp.	<u>0.2</u>	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.		Colostoma		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
<u>01</u>	Ketalar ml	<u>01</u>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Meclozina amp.		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	<u>15</u>	Espandrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido 1m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelicin ml	<u>08</u>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	<u>02</u>	Mononylon <u>2-0</u>	
	Thionembul ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	<u>01</u>	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
<u>01</u>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
<u>02</u>	Dipirona amp.	<u>02</u>	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	<u>03</u>	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	<u>02</u>	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	<u>10</u>	Oxigênio 1m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacet ml		PVP Degemante ml			
	Heparina ml	<u>015</u>	PVP Iodado ml			
	Kanexion amp.		Sabão Antisséptico	<u>01</u>	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
<u>01</u>	Medrolinazol.	<u>02</u>	Seringa desc. 10 ml	<u>02</u>	SG Hipertermico fr 500 ml	
	Phenylephrine	<u>02</u>	Seringa desc. 20 ml	<u>01</u>	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	<u>03</u>	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuplanon amp.		Sonda Foley			
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			
<u>02</u>	Cefazalone 1g		Sonda Uretral n°			
			Steridrom ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
<u>01</u>	Aguilha desc. 25 x 40 x 12	<u>01</u>	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Lalase			
	Aguilha desc. 3 x 4.5	<u>05</u>	Electrodo			
	Aguilha p/ raque n°					
<u>015</u>	Alcool de Enfermagem					
	Alcool iodado ml					
<u>02</u>	Ataduras de Crepon	<u>30</u>				
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
<u>15</u>	Betadine ml					

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"/> Oxímetro |
| <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor |
| <input type="checkbox"/> Fonte de Luz | <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico |

CIRCUJANTE RESPONSÁVEL

Atividade

MOD 005





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Joaquim Gilson da Silva		Idade:	
Convênio:	Bás		Data:	
Procedimento:	Trat. Luxag. el. fix. de Fract. femoral			
Cirurgião:	Dr. João Paulo	Auxiliar:	Anestesista:	Dr. Ricardo
Início:	10:00	Término:	11:20 Anestesia Raquí	

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

500 105





CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 18/07/2019
 Hora: 06:20:01
 Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M
 Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019 DI - 12
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Letto: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 18/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Indicação	Prescrição	Apazamento
1. DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 8h/8h FAZER SE NECESSARIO RATOMAX 250g 100mg/10ml CURATIVOS 1X POR DIA	7h 00m 7h 00m	CS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: ++

EXAMES OK

FERIM NA PERNA SEM SINAIS DE INFECÇÃO EM CICATRIZAÇÃO.

CD:VPM
 AGUARDA CIRURGIA TNZ

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva

Crismarcos Rodrigues da Silva
 MÉDICO - CRM 3335

① 15m 2m + 1m 00:00

Dr. Wagner Luiz Filho de Mello
 MR. ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
 CRM / PS 8926

PA-90/50
 P-69
 T-36,9

Elea de...
 TEC. ENFERM.
 COREN-PB 387.050



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/07/2019

Horas: 07:55:16

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 17/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	rt
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	rt
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12/18 24/6
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18/6
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8/8H	rt
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	rt
7	CURATIVOS 1X POR DIA	rt

EVOLUÇÃO

DATA: 17/07/2019 HORA: 07:55:01

FRAT TORN ESQ + FERI EXTENSO PERNA

BEG, ESTÁVEL

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

EXAMES OK

FERIM NA PERNA SEM SINAIS DE INFECÇÃO EM FASE DE CICATRIZAÇÃO.

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA TNZ

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA
MÉDICO(A) ASSISTENTE
17/07/2019
07:55:01

P.A P R T^c
110x90 76 19 36,7





GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/07/2019

Horas: 07:29:17

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 16/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 22/06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06/06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 06/06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06/06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	SNX. sem dor
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	4 pol. sem dor
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cliente
9	CURATIVOS 1X POR DIA	cliente

EVOLUÇÃO

DATA: 16/07/2019 HORA: 07:28:20

FRAT TORN ESQ + FERI EXTENSO PERNA

BEG, ESTÁVEL

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

EXAMES OK

FERIM NA PERNA SEM SINAIS DE INFECÇÃO EM FASE DE CICATRIZAÇÃO.

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA TNZ

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva



15/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/07/2019

Horas: 07:31:14

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 15/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 12:00h (16/07/19))	SND
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	X
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 26
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 26 26 26
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 26
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	(14) 22 (06)
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	che
9	CURATIVOS 1X POR DIA	che

EVOLUÇÃO

DATA: 15/07/2019 HORA: 07:29:41

FRAT TORN ESQ + FERI EXTENSO PERNA

BEG. ESTÁVEL

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

EXAMES OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/07/2019

Horas: 10:40:07

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: **EVERTON GILSON DA SILVA** Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: I Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 14/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	11 22 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	15 25
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	15 18 21 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	15 26
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	30
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	14 22 06
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente
9	CURATIVOS 1X POR DIA	ciente

EVOLUÇÃO

DATA: 14/07/2019 HORA: 10:39:55

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTURBIOS NAS ÚLTIMAS 24H

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dia. Ana Maria Da Silva Anselmo
Méd. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7825





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome do Aluno: ADELDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clinica: ANAGLA Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: EX TNZ E

DIA 06/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Apreçamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	22 06
3	CLIFENOXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPYRIZONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18 06 - 06
5	TENONIC AM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8/8h	CT
7	FRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h = 100ML SE LENTO	22 06
8	DECLUBITO MUDANÇA 2/2h	CT
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT
10	CURATIVOS 1X POR DIA	CT

EVOLUÇÃO

DATA:06/07/2019 HORA:16:57:00

ADMISSÃO

Paciente vítima de acidente de moto com trauma em MMF e Cotovelo D, e cotovelo D.
Dor + deformidade em TNZ E, bem como ferimento extenso e profundo em face anterior
de Perna Esquerda, sangrante com exposição muscular.
Raio X evidenciou fratura de TNE Esquerda com abertura de Pinça tibial E.
Nega alergias, HAS ou DM2.

10

1. LMC + Sutura de Ferimentos
2. Inibição de LNC com Tala Boza MIE
3. Solicitação operatória
4. Intervenção para cirurgia eletiva

ASSINATURY CARIMBO
L'OFFICE DE LA VIE COMMUNE



12/07/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/07/2019

Horas: 07:40:03

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 12/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	RT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 2A 8
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 6
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 8A 8
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 6
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	RT
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	14 2A 8
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	RT
9	CURATIVOS 1X POR DIA	RT

EVOLUÇÃO

DATA: 12/07/2019 HORA: 07:39:39

Diagnóstico: FX TNZ E + FERIMENTO EXTENSO PERNA ESQ Data de Internamento: 06/07/2019

DIH 7

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

EXAMES OK

COM TALA GESSADA MIE

CD:VPM

AGUARDA TRAT CIRURGICO TNZ

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da SilvaDr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3342



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/07/2019

Horas: 08:17:43

Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 13/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	et
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	et
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	et
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	et
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	et
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	et
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	et
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	et
9	CURATIVOS 1X POR DIA	et

EVOLUÇÃO

DATA: 13/07/2019 HORA: 08:17:37

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS NAS ÚLTIMAS 24H

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 12:15:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081712155854100000044849364>

Número do documento: 21081712155854100000044849364

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

REGISTRO DE IDENT. N.º 234



Everton Gilson da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.095.146 DATA DE EMISSÃO 14/09/2012

NOME EVERTON GILSON DA SILVA

FILIAÇÃO GILSON RAIMUNDO DA SILVA ADEILDA DA SILVA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 09/12/1997

DOC. ORIGEM NASC. N.º 72.489 FLS. 03V LIV. A/64 CARTÓRIO 2 CAMPINA GRANDE-PB

CPF

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

085 357.924-51

Nome

EVERTON GILSON DA SILVA

Nascimento





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200029102 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVERTON GILSON DA SILVA **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 12_CIRURGIA.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024718/20

Vítima: EVERTON GILSON DA SILVA

CPF: 085.357.924-57

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 06/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVERTON GILSON DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVERTON GILSON DA SILVA : 085.357.924-57

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: 17/01/2020
Nome: EVERTON GILSON DA SILVA
CPF: 085.357.924-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

EVERTON GILSON DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200029102

Vítima: EVERTON GILSON DA SILVA

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVERTON GILSON DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15398152





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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200029102

Vítima: EVERTON GILSON DA SILVA

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVERTON GILSON DA SILVA

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 tornozelo 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: EVERTON GILSON DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000469671-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

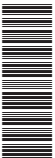
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00303/00304 - carta_15R - INVALIDEZ

00030152





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
0024738120	085.357.924-57	Everton Gilson da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Everton Gilson da Silva	085.357.924-57	
Profissão:	Endereço:	Número:
Prelo	Rua Major Angélio Xavier	58
Bairro:	Cidade:	Estado:
Pradinegal	Campina Grande	PB
E-mail:	CEP:	Telefone:
	58428-480	(55) 98805.6654

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0041

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 469671

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura digital da vítima/beneficiário ou representante

Local e Data: São Paulo, 17/06/2020

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Everton Gilson da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 40 /2019, na mesma continha o seguinte teor: quinta-feira, 9 de janeiro de 2020, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, às 11:50 horas, compareceu o Sr. **Everton Gilson da Silva**, portador da cédula de identidade nº 4.095.146 Seds/PB, CPF nº 085.357.924 - 57, brasileira, natural de Campina Grande/PB, solteiro, com 22 anos de idade, filho de Gilson Raimundo da Silva e de Adeilda da Silva, Atendente, residente à rua Major Angelino Xavier nº 59, bairro do Pedregal, Campina Grande-PB, o qual notificou que, No início da tarde do dia 06 de julho de 2019, se conduzia na motocicleta Shineray Phoenix, ano e modelo 2012, cor vermelha, placa QFL 8628/PB e identificada pelo chassi nº LXYXCBL08DO534218, cadastrada em nome de Djailson Sousa Silva, pela avenida João Moura, quando foi surpreendido por um veículo cruzando a sua frente e assim, mesmo tendo tentado livrá-lo, não conseguiu, colidiu na lateral do veículo e acidentou-se, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas Dom Luiz Gonzaga Fernandes, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, quinta-feira, 9 de janeiro de 2020.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

Everton Gilson da Silva.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08070453020208150001

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

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

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)

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.

Cumprе ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que **não há incapacidade permanente**.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 22 de abril 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 12:15:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081712155915000000044849365>
Número do documento: 21081712155915000000044849365