



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	<u>Petição</u>	Petição
47224 515	17/08/2021 12:15	<u>2750483_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02</u>	Outros Documentos
47224 516	17/08/2021 12:15	<u>2750483_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 12:15:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081712155809600000044849362>
Número do documento: 21081712155809600000044849362

Num. 47224513 - Pág. 1



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: 0024438120	CPF da vítima: 085.357.924-57	Nome completo da vítima: Everton Gibson da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Everton Gibson da Silva	Profissão: Relevo	Endereço: Rua Major Angélio Xavier	CPF: 085.357.924-57
Bairro: Pedregal	Cidade: Lumpimpa Grande	Estado: PB	Número: 58 Complemento:
E-mail: 133998805.6654	CEP: 58428-480		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 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** CONTA: **469671** (4)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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, desseja já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Imprimir com digital da assinatura e encaminhar para a seguradora	Local e Data: Flávio Penas, 17/01/2020 Nome: CPF:
--	---

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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



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. 2

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é surgente/via de conta.

Ruivo para sempre pagamento da nota fiscal/boleto da energia efimis Nº 005.557.821



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Av. Deg. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.818.536/0001-65 Insc. Est. 16.301.639-1

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.energisab.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 01087.589178 7 81400000006208				
Pagador: ADEILDA DA SILVA CNPJ/CPF: 931.467.284-00				
RUA MAJOR ANGELINO XAVIER 59 - PEDREGAL - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nossa-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 08.826.596/0001-85				
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				



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



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 - Mabimbas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 06/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: EVERTON GILSON DA CEP:58400002 Nascimento:09/12/1997

SILVA

Endereço: RUA MAJOR ANGELINO XAVIER Sexo:M Telefone: 88936144

Cidade: Campina Grande Idade:021 Bairro:PEDREGAL

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA RG: 4095146 N°:59

Responsável: CPF: Profissão:ATENDENTE

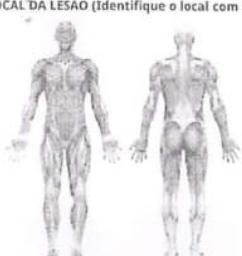
Estado Civil:Solteiro(a) Data de CNS:700006616866909

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO Atend.:06/07/2019 CONVÉNIO:SUS

OBS FÍSICA: Hora: 12:15:51

MECANISMOS DO TRAUMA

LÓCAL 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. Erisíma subcutâneo
10. Estragamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F.Corte-contuso
17. F.Perfurado-contuso
18. F Perfurado-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inurgitamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento tráctico paroxusal
28. Objeto Encravado
29. Otorreia
30. Paralisia
31. Parese
32. Paresthesia
33. Quemadura
34. Rinnorreia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Queda de moto. / F. multo contuso

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - OS CLÍNICOS

*Pele na fratura de queda de moto com escoriações em NS e onfalo
fratura fechada do M It. Pére,
tórax e abdome sem
alterações*

ALERGIAS:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreatentes () Isocôricas () Anisocôricas ()

Glasgow PA HGT: *7/10* Sáud

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *ORTOPEDIA*, às: *07*, dia: *07/07/19*

Especialista: _____, às: *06*, dia: */ /*

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Tela Bala Beixa MIE</i>	
2	<i>Inferior Hospitalar.</i>	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

*INTO. Dr. Suelio Moreira
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 10907
+ Dr. Bruno*

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

1/3

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.776.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4710 - Milmirim, Campina Grande - PB, CEP: 58427-809 Data: 05/07/2019
Data: 06/07/2019
Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 N° ATEND: 1337343

Data: 05/0

7/2019

ПУКА

A

100

11

RESEÑAS

RMEIRO/C

COREN

66

104

HTCG-Painel Administrativo

OBS: SAMU - CG
ENFERMEIRO(COREN
Ecolhimento

ESPECIALIDADES CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS: NEGA
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL: BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
INCONSCIENTE (X) DESORIENTADO
AGITADO (X) COOPERATIVO (X) DEPRESSIVO (X) APÁTICO
DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTRIZ

SIMPANAN REFERENSI

VITREOSA (V) DOR (D) DIURNEA (D) EXANTEMA
PRURIDO (D) DORSAL (D) INAPETÊNCIA (D) ALTERAÇÕES VISUAIS
ANAFILAXIA (D) FLEBITE (D) INAPETÊNCIA (D) ALTERAÇÕES VISUAIS
EPIGASTRÍGIA (D) CONSTIPAÇÃO (D) MELENA (D) SÍBILOS (D) TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DUR: DUR MUYERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERMELHO



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

funcional tienen el familia extensión entre
funciones de función (E) infra-
jerarquía + función \in clase TNE (C) +
funciones en capítulo (C) \in jerar-

Ef: Cetavolo si limita per i diritti riconosciuti ai familiari e amici.

Op of be moleculat (=
occidental.

~~Fino al verano~~ (16)

DESTINO DO PACIENTE

Centro cirúrgico _____

Internação (setor) _____

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Shob Raimundo da Silva.
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

hs
M. V. de Paiva Câmara
CIA DA ESTRADA DE
SAPB 1002

BMF Panel sits in well
06/07/13 & note, oralula
plata costa-cortes in
regia subramulata;
y si quis se fatus
et facit
ad Guttae & pseudof
111 mts.

Montañas
Sólo en zonas elevadas de picos.

cd: Infuso pl cunie do m3 p
gas liberar pels circ. sif.

00 **Ramón Gómez** Recibe una factura de compra conforme
a lo establecido en la carta de 3 horas. Pago con tarjeta + abonamiento
SERVICIOS REALIZADOS: Asistencia técnica y asesoramiento
en la instalación de una red de fibra óptica en su vivienda.

CÓDIGO/PROCEDIMENTO CBO7 **IDADE**
Abdome: Plano, firme, de peritoneo e muscular.
E&D: Abdomen: Enorme, cintura.







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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Evertton Gilson da Silva

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

B6 - ep.

RAIO-X
REALIZADO EM:
10/07/2021

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx Tornozelo (E) - AP + Perfil

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

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

RESPOSAVEL PELA SOLICITAÇÃO





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

0019

Hospital: Trst. Cn. São Judas Tadeu Código: _____
Procedimento: Trst. Pn. Em Vagão (Cód. Procedimento) _____
Paciente: Giovanni G. da Silva _____
Data da Cirurgia: 10/11/17 No prontuário: 134.243 Convênio: _____
Cirurgião: Dr. Oliveira Código: _____ Reposição Caixa Pronta

DESCRICAO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa A3Tulha			
	350DF Fino?			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	34	35	36	45		
Parafuso Cortical () mm	Qtd.	03	01	03	03		
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº	3040					
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Qtd.	03					
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Cód.						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Qtd.						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Cód.						

CBS : O ENFRENCHIMENTO DO BRONQUITÁRIO É CARACTERÍSTICO

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N-F para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. Instrumentador:

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Clínicos Ltda. - Av. Teodóro Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05





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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		6

1.6M/24
Assinatura do anestesista





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOOME:	Eveton Silveira do Nascimento						
IDADE:	21	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ /	às	h
SETOR:	Ortopedia			LEITO:	8-3		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Fr de Femur						
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:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>			
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>				
MOBILIDADE:	DEÁMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEÁMBULA C/APOIO <input 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. RONENTAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input 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: procedimento invasivo
RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
NÁUSEA	CD/FR:
DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
Kaline Pontes dos S. Lima	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
BOREN - PB 528.295 - ENF	FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	12/12	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04 mL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, 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 (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR Hiperemia).	sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	contínua	
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE	sempre	

MOD 125



LAUDO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO		DE INTERNAGAO HOSPITALAR		SUS Sistema Ministerio Saude da Unica da	
Data da Internagao: 06/07/2019 Hora: 16:50:49					
<p>1- NOME DO ESTABELECIMENTO SUCURSAL</p> <p>HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</p> <p>2- CNES 2362856</p> <p>3- NOME DO ESTABELECIMENTO SUCURSAL</p> <p>HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</p> <p>4- CNES 2362856</p> <p>5- NOME DO PACIENTE</p> <p>EVERTON GLISON DA SILVA</p> <p>6- DATA DE NASCIMENTO 09/12/1997</p> <p>7- CARTELO DO SUS 700006616866909</p> <p>8- NOME DO PROFISSIONAL 193752</p> <p>9- TITULO DE PROFISSIONAL ADPTO</p> <p>ADELIDA DA SILVA</p> <p>10- NOME DA MATER DE RESPONSABIL</p> <p>11- TITULO DE PROFISSIONAL ADPTO</p> <p>12- ENDERECO (PRA. PR. BARRA)</p> <p>RUA MAJOR ANGELINO XAVIER , 59 , PEDREGAL</p> <p>13- NOME DO SERVIDOR</p> <p>Camplina Grande</p> <p>14- CEP 58400002</p> <p>15- CODIGO LOCALIZADOR 250400</p> <p>16- CEP 250400</p> <p>17- FIMAS SINAS E SURNAMES CLINICOS</p> <p>18- CONDIQES QUE JUSTIFICAM A INTERNAGAO</p> <p>19- PRESENÇAS RESULTADAS DE PRAZOS DIAGNOSTICOS RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS</p> <p>20- NOME DO PROFISSIONAL SUCURSAL/ASSISTENTE</p> <p>WVRY DE PATAI CAMARA</p> <p>21- ORDEM DE SOLICITACAO 02</p> <p>22- DOCUMENTO 70050177786557</p> <p>23- CNAE DA SEGURODA</p> <p>24- CNAE DA EMPRESA</p> <p>25- CNAE DO PROFISSIONAL</p> <p>26- CLINICA</p> <p>27- CARTER DA INTERNAGAO</p> <p>28- DOCUMENTO</p> <p>29- CNAE DA SEGURODA</p> <p>30- NOME DO PROFISSIONAL SUCURSAL/ASSISTENTE</p> <p>31- ORDEM DE SOLICITACAO 02</p> <p>32- DOCUMENTO 66/07/2019</p> <p>33- CNAE DA EMPRESA</p> <p>34- CNAE DA INTERNAGAO</p> <p>35- CNAE DA SEGURODA</p> <p>36- CNAE DA EMPRESA</p> <p>37- CNAE DA INTERNAGAO</p> <p>38- CNAE DA SEGURODA</p> <p>39- CNAE DA EMPRESA</p> <p>40- CNAE DA INTERNAGAO</p> <p>41- CNAE DA SEGURODA</p> <p>42- VINCULO COM A PROFISSAO</p> <p>43- ACIDENTE DE TRABALHO TIPO C</p> <p>44- N.º DO BILHETE</p> <p>45- CNAE</p> <p>46- CEP</p> <p>47- PRESENÇA DA MATERIAIS</p> <p>48- ASISTENCA E CUIDADOS DA AGENDA DO CONSULTOR</p> <p>AUTORIZACAO</p>					



Licenza di utilizzazione: 06/07/2019 Hora: 15:50:49



Nome do Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA	
Número do Documento: 1937522 Chm: ORTOPEDIA 2 / ENE 8 / Lete 1	
Nome do Profissional:	Data da Intervenção: 06/07/2019
Atendimento: 1937522	
Diagnóstico Pre-Operatório: FRATURA TORNозЕЛО ESGUEРDO	
Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA TORNозЕЛО ESGUEРDO Data: Cirurgia: 19/07/2019	
Equipamento: CIRURGICO RICARDO AMORIM FILHO Aux 1: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES Aux 2: EVERLAN DA SILVA MEFIA Aux 3:	
Instrumentador: NORMA Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO Tipo de Anestesia: RAQUIANESTESA	
Relatório Imediato do Patologista: NAO Exame Radiológico no Atº: SIM	
Acidente Durante Operação: NAO OCORREU	
Descrição da Operação: 1 - PACIENTE FM DDH SOR ANESTESIA 2 - ASSPESIA + ANTISSPESIA + APOSESIA DE CAMPOS ESTEREIS 3 - INCISAO EM FACE LATERAL DO TORNозЕLO ESGUEРDO + DIVULSAO POR PLANOS + HEMOSTASIA 4 - REDUCAO CRUENTA DA FRATURA + FIXACAO COM PLACA 1/3 CANULAR 7 F + PARAFUSOS CORTECAIS 5 - LAVADO DE FO CM SF 6 - SUTURA 7 - CURATIVO 8 - A UPPA. Dr. Ana Maria das Thesimo Jr. Ortopedia e Traumatologia	
Assinatura/Cartilha: Ana Maria Da Silva Ameslmo	
Data: 19/07/2019	



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFSCAR - TRAILHA ROSA/LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mwl. Rondon Pacheco, 4100 - Marília - SP - CEP: 1753-0058-32
Nº tel: 0800-2800000 - Fone: 0800-2800000 - Fax: 0800-2800000

DA PARABIA
GOVERNO

19/07/2019

HCG-Painel Administrativo

Número do Profissional: 76963 DATA DA CIRURGIA: 19/07/2019

Data da Intervenção: 06/07/2019

Diagnóstico Pós-Operatório:

Atendimento: 1937522

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA TORNозЕЛО ESGUEРDO

da Cirurgia: 19/07/2019

Equipamento:

CIRURGICO RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

Aux 2: EVERLAN DA SILVA MEFIA

Aux 3:

Instrumentador: NORMA

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de Anestesia: RAQUIANESTESA

Relatório Imediato do Patologista: NAO

Exame Radiológico no Atº: SIM

Acidente Durante Operação: NAO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE FM DDH SOR ANESTESIA
2 - ASSPESIA + ANTISSPESIA + APOSESIA DE CAMPOS ESTEREIS
3 - INCISAO EM FACE LATERAL DO TORNозЕLO ESGUEРDO + DIVULSAO POR PLANOS + HEMOSTASIA
4 - REDUCAO CRUENTA DA FRATURA + FIXACAO COM PLACA 1/3 CANULAR 7 F + PARAFUSOS CORTECAIS
5 - LAVADO DE FO CM SF
6 - SUTURA
7 - CURATIVO
8 - A UPPA.
Dr. Ana Maria das Thesimo Jr. Ortopedia e Traumatologia

Assinatura/Cartilha: Ana Maria Da Silva Ameslmo

Data:

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Everton Gilson da Silva DN 09-12-97

QD LESTE CONVENIO IDADE REGISTRO

CIRURGIA Trat. curv. Cifox 41 CIRURGIÃO Dr. Júlio Paulo de Everton

Trat. Tornozelo ANESTESIA De Ricardo

ANESTESIA Rufeni INSTRUMENTADORA DATA INICIO FIM

Normal 14:07-19 10:00 11:20

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Boísa Colostoma Qtd. FIOS CÓDIGO

Adrenalin amp. 01 Catet p/ Oxyg. Catgut cromado Sertix

Atropina amp. Catet. Da Urinar Sist. Fech. Catgut cromado Sertix

Diazepam amp. Compressa Grande Catgut cromado Sertix

Dimorfan amp. Compressa Pequena Catgut Simples

Dolantina amp. Colonolice Catgut Simples Sertix

Efrane ml. Dreno Catgut Simples Sertix

Fenegaram amp. Dreno Kerr nº Catgut Simples Sertix

Fentanit ml. Dreno Penrose nº Cera p/ osso

Inova ml. Dreno Pezzer nº Ethibond

Ketalar ml. Equipo de Macrogolos Ethibond

Mucalcina 1% ml. Equipo de Macrogolos Ethibond

Nubatin amp. Equipo de Sangue Fio de Algodão Sertix

Pavulon amp. Equipo de PVC Fio de Algodão Sertix

Protigmine amp. Espanadrapo Larco cm Fio de Algodão Sutupak

Protóxido l/m. Furacim ml Fio de Algodão Sutupak

Quelicin ml. Gase Pacote c/ 10 unidades Fita cardíaca

Rapifén amp. H.O. ml 02 Mononylon 2-0

Thionembutal ml. Intracath Adulto Mononylon

Tracrium amp. Infraçath Infantil Prolene Sertix

Qtd. MEDICAÇÕES 01 Lâmina de Bisturi nº 23 Prolene Sertix

Agua Destilada amp. Lâmina de Bisturi nº 11 Prolene Sertix

Decadron amp. Lâmina de Bisturi nº 15 Prolene Sertix

Dipirona amp. 02 Luvas 7.0 Vicryl Sertix

Flaxidol amp. 03 Luvas 7.5 Vicryl Sertix

Flebocordil amp. 02 Luvas 8.0 Vicryl Sertix

Geramicina amp. Luvas 8.5 Vicryl Sertix

Glicose amp. TC Oxigênio l/m 22 Polifix

Glucagon de Calcio amp. Polifix

Haemaccel ml. PVPI Degemerante ml

Heparina ml. PVPI 1000 ml 02 SOROS

Kanakinon amp. Sabão Antiséptico 01 SG Normotérmico fr 500 ml 81ml

Lasix amp. Saco coletor SG Gelado fr 500 ml

Medrolinazol. 02 Seringa desc. 10 ml SG Hipertérmico fr 500 ml

Pentacalor 02 Seringa desc. 20 ml SG Ringr fr 500 ml

Prolamina 03 Seringa desc. 05 ml SG fr 500 ml

Revivan amp. Sonda

Siupantan amp. Sonda foley Qtd. ORTESE E PRÓTESE

Cefalofina 1g. Sonda Nasogástrica

02 e 7 esgade 1/2 Sonda Uretral nº

Torcicinha

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES 01 Vaseline ml

Aquila desc. 25x7 40x12 01 Gelcon 18 EQUIPAMENTOS

Aquila desc. 28 x 28 Laje

Aquila desc. 3 x 4,5 05 Electrônica

Aquila p/ raque nº

Alcool de Enfermagem

Alcool todo ml

02 Ataduras de Crepon 30

Ataduras de Gessada

Azul metileno amp.

Perfuração ml 01

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Serra
- Eletrocautério
- Desbrilador
- Oxicapilôgrafo
- Foco Frontal
- Cardiomonitor
- Fonte de Luz
- Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

M00006



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Montero Gilson da Silveira Idade:
Convênio: SUS Data:
Procedimento: Trat. Enarg e fix. de Frat. tornozelo

Cirurgião: Dr. João Paulo Auxiliar: Anestesista: Dr. Ricardo
Início: 10:00 Término: 11:10 Anestesia: Roque

Assinatura Anestesiista

Circulante

Relatório de Operação

2000 103



marcos Rodrigues da Silva

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 18/07/2019
Horas: 06:20:01
Medico (a) Damaris Cristina

PRESCRIGO MEDICA

10

DA MARIBA



Núm. 47224515 - Pág. 18

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 12:15:58
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108171215585410000044849364>
Número do documento: 2108171215585410000044849364



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 17/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

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

EVOLUÇÃO

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

FRAT TORN ESQ + FERI EXTEÑO Perna

BEG, ESTÁVEL

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

EXAMES OK

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

CD:VPM
AGUARDA CIRURGIA TNZASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da SilvaP.A P.R.T.C.
110x90 76 19 3617 



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h	14/22/16
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	14/08/16
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, TAMPOLA, 6h/6h	12/12/16
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18/06/16
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8h	SNX 5/22/16
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, TAMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	(1) P.D. 12/16
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Clente
9	CURATIVOS 1X POR DIA	Clente

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/07/2019

Horas: 07:31:14

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 15/07/2019

ok ok

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 12:00 h (36/07/19))	SND
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	X 7/8
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	X 6 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	X 2 X 5 00/06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	X 8 06
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) 32 06
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cte
9	CURATIVOS 1X POR DIA	cte

EVOLUÇÃO

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

FRAT TORN ESQ + FERI EXTEÑO 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

0V
0L

DIA 14/07/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 22 00
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	16 56
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	17/18 21 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	15 56
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	50 22 00
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	14 22 00
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente
9	CURATIVOS 1X POR DIA	ciente

EVOLUÇÃO

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

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS NAS ÚLTIMAS 24H

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA

 ASSINATURA + CRÉDITO
 Ana Maria Da Silva Anselmo

Dr. Ana Maria Da Silva Anselmo
 M.R. Ortopedico e Traumatologo
 CRM-PB 7825



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M
 Nome do M.: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019
 Clínica: VITÓRIA Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

90%

DIA 06/07/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	26-07
3	LITETANONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconsituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18-07-06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	18-07-06
5	TENOCICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconsituir 2ML ABD.	18-07-06
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8-8H	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 8h/8h - 100ML SF, LENTO	27-07-06
8	DECUBITO MUDANÇA 20H	CT
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT
10	CURATIVOS IX POR DIA	CT

EVOLUÇÃO

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

ADMISSÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito com trauma em MIE 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 evidencia fratura de TNE Esquerdo com abertura de Pinça tibial E.
 Nega alergias, HAS ou DM2.

1. LMC + Sutura de Ferimentos
2. Immobilização de TNE com Vela Bota MIE
3. Solicito ato operatório
4. Interno para cirurgia eletiva

ASSINATURA / CARIMBO
Ywry De Paiva Camara



12/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/07/2019

Horas: 07:40:03

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva



GOVERNO
DA PARÁIBA

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 12/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	RT
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	RT 2A 8
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	1B 8
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	RT 1B 8H 8
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1B 8
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	RT 2A 8
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	RT
9	CURATIVOS IX 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 Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICO - CRM 3002





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

OK
OK

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

DIA 13/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	et
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14/07/19 08:00
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/07/19 08:00
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	12/07/19 08:00
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18/07/19 08:00
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	et
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	14/07/19 08:00
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	et
9	CURATIVOS 1X POR DIA	et

EVOLUÇÃO

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

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS 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

Num. 47224515 - Pág. 26

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



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. 28

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024718/20

Vítima: EVERTON GILSON DA SILVA

CPF: 085.357.924-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: EVERTON GILSON DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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



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. 29



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, contados 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



230 00763/00764 - Carta 01 - INVAI IDEZ



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

Núm. 47224515 - Pág. 30



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, retorno 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-DRVAT

Estamos aqui para Você





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: 0024438120	CPF da vítima: 085.357.924-57	Nome completo da vítima: Everton Gibson da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Everton Gibson da Silva	Profissão: Relevo	Endereço: Rua Major Angélio Xavier	CPF: 085.357.924-57
Bairro: Pedregal	Cidade: Lumpimpa Grande	Estado: PB	Número: 58 Complemento:
E-mail: 133998805.6654	CEP: 58428-480		

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CóPIA].

RENDA MENSAL:

- RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 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)

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **469671** (4)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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, desseja já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Imprimir com digital da assinatura e encaminhar para a seguradora	Local e Data: Flávio Penas, 17/01/2020
Nome: Everton Gibson da Silva	CPF: 133998805.6654

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Everton Gibson da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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 8^a 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 inicio 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

BRADESCO 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 Duto 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.

Cumpre 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



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

Num. 47224516 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 12:15:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108171215591500000044849365>
Número do documento: 2108171215591500000044849365

Num. 47224516 - Pág. 2