



Número: **0805897-25.2020.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **03/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ISAIAS DE LIMA CRUZ (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35251 062	08/10/2020 09:43	2755865_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 10 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200280623 Vítima: ISAIAS DE LIMA CRUZ

Data do Acidente: 23/02/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISAIAS DE LIMA CRUZ

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 16017092



Pag 000657/00658 - catta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:43:16
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809431652500000033683644>
Número do documento: 20100809431652500000033683644

Nº 35251062 - Pág. 1



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, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200280623 Vítima: ISAIAS DE LIMA CRUZ

Data do Acidente: 23/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ISAIAS DE LIMA CRUZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. 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

Pag. 01133/01134 - carta_02 - INVALIDEZ



00060567

Carta nº 16033471



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:43:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809431652500000033683644>
Número do documento: 20100809431652500000033683644

Num. 35251062 - Pág. 2



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, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200280623 Vítima: ISAIAS DE LIMA CRUZ

Data do Acidente: 23/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISAIAS DE LIMA CRUZ

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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: ISAIAS DE LIMA CRUZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000072384-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 01963/01964 - carta_15R - INVALIDEZ



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-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº da sinistro ou ASL: 31- CEP da vítima: 102-851-234-16 4 - Nome completo da vítima: Graia de Lima Cruz

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CAUSTRALIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Graia de Lima Cruz 6 - CPF: 102-851-234-16
 7 - Profissão: Assistente Social 9 - Endereço: Rua São Gabriel
 11 - Barro: Sumaré 12 - Cidade: Cabedelo 10 - Número: 34 11 - Complemento: Casa
 15 - E-mail:
 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58408354
 16 - Tel (DDD): (031) 98723-2644

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente se não tiver contas abertas. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (11)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036-013 CONTA: 42384

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização e/ou combutivo do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente a essa, a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 curas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme o art. 6º 1ºº/2º, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Cóns. de Parentesco com a vítima: Sim Não 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Vítim.: Sim Não 28 - Se tinha filhos vivos: Sim Não 29 - Se tinha filhos falecidos: Sim Não 30 - Se tinha netos vivos: Sim Não 31 - Se tinha netos falecidos: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítim. deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso houver, a indenização do Seguro DPVAT por morte seus beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, exímio de direito, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de devolução do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Início de Junho de 2020

Assinatura da vítima/beneficiário /declarante

Eduardo da Silveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante (se houver)

FPS-001 V002/2019

TESTEMUNHAS



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 045352.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 045352.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 12:50 min do dia 12/07/2020, na Delegacia Online, **ISAIAS DE LIMA CRUZ**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Autônomo, natural de Cabedelo, nascido(a) em 31/08/1995, idade 24, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de Marizelia de Lima Cruz e João Leite da Cruz, CPF 102.851.234-16, residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Gabriel, nº 34, bairro Renascer, na cidade de Cabedelo/PB. CEP: 58108354, telefone(s) 83987666168, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 23/02/2020 11:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: BR 230 KM 09, BR 230, Cabedelo/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O CONDUTOR SEGUIA PELA RODOVIA BR-230 SENTIDO INTERMARES, PARA DEIXAR SUA ESPOSA NO TRABALHO PILOTANDO UMA MOTO BIZ, VERMELHA, ANO 2012 MODELO 2013, PLACA OFF-1084-PB, CHASSI 9C2HC1420DR009322, EM NOME PRÓPRIO DE ISAÍAS DE LIMA CRUZ. QUANDO SEGUIA PELA FAIXA DA DIREITO UM CARRO EM ALTA VELOCIDADE COLIDIU EM SUA TRASEIRA O ARREMESSANDO LONGE E ACABOU CAINDO DENTRO DE UM BURACO. FOI SOLICITADO O SOCORRO NO LOCAL QUE FOI REALIZADO PELA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS QUE FEZ OS PRIMEIROS SOCORROS E O ENCAMINHOU PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA. LÁ FOI CONSTATADO UMA FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO, LESÕES GRAVES DO COMPLEXO LIGAMENTAR DA MÃO ENTRE OUTROS CORTES E ESCORIAÇÕES.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://delegaciaonline.pb.gov.br), Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Isaias de Lima Cruz

ISAIAS DE LIMA CRUZ

542DC8144DC4D80DB1100A8C47C18973

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18), E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br



Nº 045352.01.2020.0.00.704 2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:43:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809431652500000033683644>
Número do documento: 20100809431652500000033683644

Num. 35251062 - Pág. 6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº da sinistro ou ASL: 31- CEP da vítima: 102-851-234-16 4 - Nome completo da vítima: Graia de Lima Cruz

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CAUSTRALIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Graia de Lima Cruz 6 - CPF: 102-851-234-16
 7 - Profissão: Assistente Social 8 - Endereço: Rua São Gabriel
 11 - Barro: Sumaré 12 - Cidade: Cabedelo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58408354
 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (031) 98723-2644

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.001,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente se não tiver contas abertas. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (11)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 42384 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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)

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização e/ou combutivo do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente a essa, a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 curas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme o art. 6º 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE VÍCIOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Cón. de Parentesco com a vítima: Sim Não 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Vítim. de: Sim Não 28 - Se tinha filhos vivos: Sim Não 29 - Se tinha filhos falecidos: Sim Não 30 - Se tinha pais vivos: Sim Não 31 - Se tinha pais falecidos: Sim Não 32 - Se tinha irmãos vivos: Sim Não 33 - Se tinha irmãos falecidos: Sim Não 34 - Vítim. deixou pais/vivos: Sim Não 35 - Vítim. deixou pais/falecidos: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso houver, a indenização do Seguro DPVAT por morte seus beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, exímio de direito, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de devolução do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Nome: _____

CPF: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Início de Junho de 2020

Eduardo da Silveira

42 - Assinatura do Representante (se houver)

FPS-001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





VISTO EM: 20/07/2020

FERNANDA Diniz L. de C. Barros
N/I QOABM
Com Matrícula 525.951-W

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

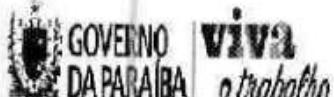
João Pessoa-PB, 20 de julho de 2020.

CERTIDÃO N°. 0038/2020

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 23/02/2020, consta que foi socorrido por volta das 09h57min o Sr. ISAIAS DE LIMA CRUZ, RG. 4.140.320, SSP/PB, CPF 102.851.234-16, Vítima de COLISÃO CARRO X MOTO. Ocorrido na BR 230, Intermares, Cabedelo - PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-39, tendo como chefe o 3º SGT UIRAPURU DA SILVA FLORENCIO, Matrícula 520.061-0. Vítima consciente, com suspeita de TCE, fratura de cotovelo direito e úmero direito, após procedimentos de estabilização e imobilização a referida guarnição o transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu Wallyson Cardoso Guedes, Mat. 525.953-3, (Assinatura) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JOSE ERIVAN SANTOS DE SOUZA – 2º TEN QOABM
Chefe da 3ª Seção - BAPH



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba – Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3218-7979 - E-mail: baphbm@gmail.com



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: 24/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISAIAS DE LIMA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

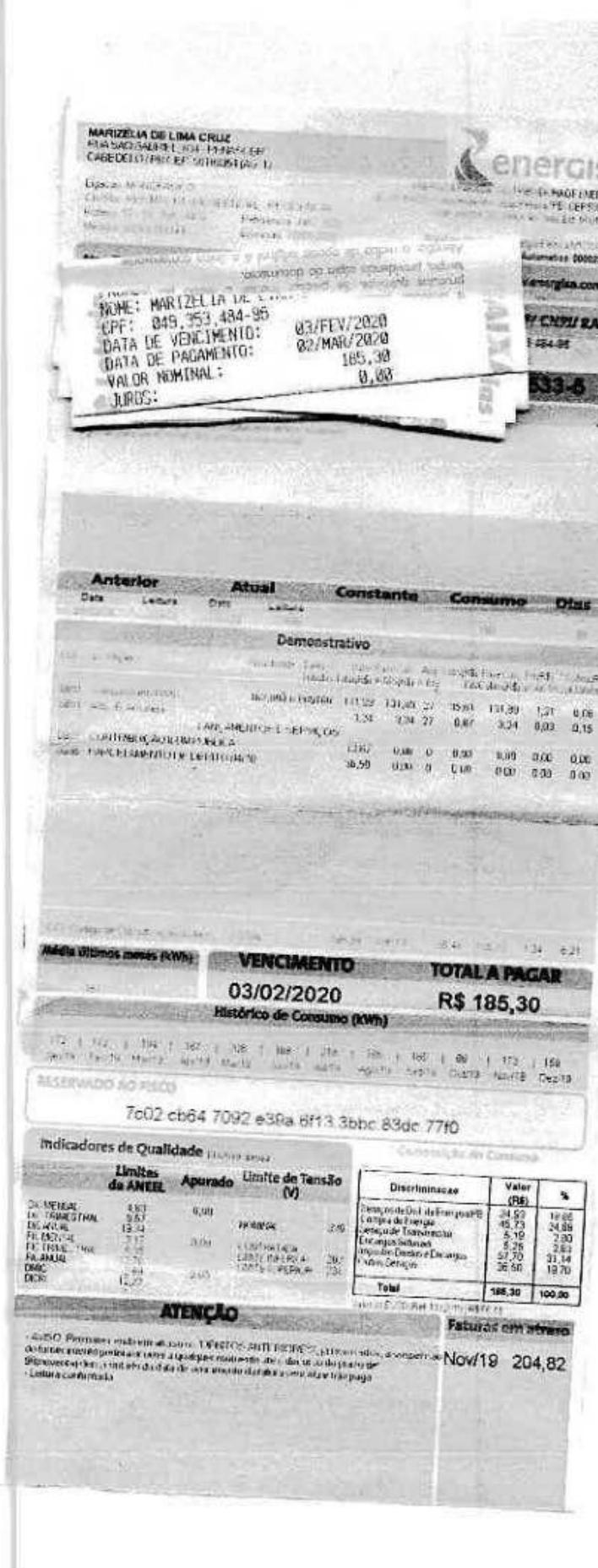
CONTA: 000000072384-1

Nr. da Autenticação CD5B1EF6D7BD8B65



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:43:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809431652500000033683644>
Número do documento: 20100809431652500000033683644

Num. 35251062 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:43:16
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010080943165250000033683644>
Número do documento: 2010080943165250000033683644

Nº 35251062 - Pág. 10

REFERÉNCIA				
CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS		JUL/2020		
EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO RUA POLICARPO QUARESMA, SN - JARDIM EUROPA SANTA RITA PB 58300-000				
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável	
003 009.300.0356.000	000	Potencial Geral Inicial Fim		
1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto	
Y18R976599	20/03/2019	EXT LACR LIGADO	POTENCIAL	
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (MB) NÚM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA				
40	46	6	31	25/08/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 NS.				
JUN/2020	2	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2020	8	TURBIDEZ	0	0
AER/2020	4	CLORO	0	0
MAR/2020	2	PH	0	0
FEV/2020	2	COR	0	0
JAN/2020	3	COL.TOTAIS	0	0
MÍDIA(M)	3	DADOS REFERENTES A: MAI/2020		
DATA DA IMPRESSÃO: 27/07/2020		HORA DA IMPRESSÃO: 09:44:31		
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)		
ÁGUA				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
CONSUMO DE ÁGUA	6 MB	37,91		
ESGOTO				
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 05/2020		0,75		
JUROS DE MORA 05/2020		0,26		
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS.LEI 17.741/12				
VENCIMENTO:	07/08/2020	Total a Pagar:	R\$ 38,72	

 CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1	INFORMAÇÕES GERAIS:	
	SEMPRE OS USUÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVIRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (125), REDES SOCIAIS E AGENCIA VIRTUAL (CAGEPA.PB.GOV.BR)	

CAGEPA	MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	88651533	JUL/2020	07/08/2020	R\$ 38,72

82660000000 2 38720010003 1 08865153301 5 07202010003 7





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desse Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Evandro g. de Souza declaro:

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 034.645.454-70, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Yurias de Lima Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.851.234-16

do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Yurias de Lima Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.851.234-16, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>R. Palácio Europa</u>	Número:	<u>304</u>	Complemento:	<u>lara</u>
Bairro:	<u>Jardim Europa</u>	Cidade:	<u>Santa Rita</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58300-0</u>

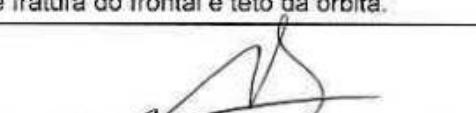
Tel.(DDD): (83) 98723-2644

Local e Data: João Pessoa 01 de Agosto de 2020

Evandro g. de Souza

Assinatura do Declarante



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
LAUDO MÉDICO		
INFORMAÇÕES PESSOAIS		
NOME DO PACIENTE	Isaias de Lima Cruz	
DATA DE NASCIMENTO	31/08/95	
NOME DA MÃE	Marizelia de Lima Cruz	
DADOS EXTRAÍDOS		
PRONTUÁRIO N.º	121289	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1224873	
DATA DO ATENDIMENTO	23/02/20	
HORA DO ATENDIMENTO	10:48	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto	
DIAGNÓSTICO (S)	Luxação exposta de cotovelo D	
CID 10	S53.0	
<u>AVALIAÇÃO INICIAL:</u>		
<p>Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando ferimentos em fronte e mento, fratura exposta em cotovelo direito, apresenta neuropraxia do nervo ulnar direito, edema e hematoma periorbital direito, com limitação de abertura da palpebra direita.</p>		
<u>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</u>		
TC de crânio, face, cervical RX tórax, bacia, cotovelo D, braço D, mão E Usg(fast)		
<u>RESULTADOS DOS EXAMES:</u>		
TC: sem patologia Neurocirúrgica. Fratura de parede anterior e posterior do frontal e teto da órbita, lado direito. RX: luxação de cotovelo D.		
<u>TRATAMENTO:</u>		
Tratamento cirúrgico de luxação exposta cotovelo D com fixador externo (23/01/19). Retirada de fixador externo (13/03/19), sutura de ferimentos, tratamento conservador de fratura do frontal e teto da órbita.		
ALTA HOSPITALAR:	20/03/2019	
DATA DA EMISSÃO:	15/06/2020	
 Dr. Juan Jaime Alcoba Arce CRM: 3323/PB		
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO		





RUA PEDRO GONDIM, S/N -- CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1224873



Identificação do paciente				
ID 1104406	Nome ISAIAS DE LIMA CRUZ			Sexo Masculino
Data de nascimento 31/08/1995	Idade 24 anos 6 meses 26 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário 121289
Mãe MARIZELIA DE LIMA CRUZ				Pai JOAO LEITE DA CRUZ
Escolaridade MEDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Celular 83	Celular 986692901			DDD Telefone
Tipo documento CPF	Número documento 10285123416			Nº Cns. 764105243723750
Local de procedência CABEDELO				Tipo MUNICIPIO
s/n	Naturalidade JOAO PESSOA			UF PB
CBO/R				
Endereço				
CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro SAO GABRIEL	
Número 634	Complemento OBS SEM DOC	Bairro RENASCER III		
Admissão				
Data e Hora 23/02/2020 10:48:33	Número da pulseira 1000008836518			Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clinica
Classificação de risco				Origem do paciente RODOVIA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
o de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉		Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				CID
				Tempo

[Imprimir](#)





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Sistema: Numberic Locene



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1224873



Identificação do paciente				
ID 1104406	Nome ISAIAS DE LIMA CRUZ			Sexo: Masculino
Data de nascimento 31/08/1995	Idade 24 anos 5 meses 22 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião EVANGELICA	Pronome Pronome
Mãe MARIZELIA DE LIMA CRUZ				Pai JOAO LEITE DA CRUZ
Escolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Parensco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Celular 83	Celular 987786502	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento	Nº Cns 764105243723750		
Local de procedência SEDELO		Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58210000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro SAO GABRIEL	
Número 634	Complemento OBS SEM DOC		Bairro RENASCER III	
Admissão				
Data e Hora 23/02/2020 10:46:33	Número da pulseira 1000008836518			Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RCDOVIA
Veículo de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Uso policial Nao	Peso de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não	
União Temporária SGATE - BOMBEIROS				Quem transportou
Sinais Vitais				
X	mmHg	Pulse	Temperatura	
Exames complementares				
Ralo X [] Dados clínicos	Sangue [] Urina [] TC [] Liquor []	ECG []	Ultrasonografia [+]	
Pct frarelo pelo saco, fechado no tecido ca bebedo, queimado.				
Diagnóstico				
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				
Imprimir				



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente ISAIAS DE LIMA CRUZ	BAE 1224873	Data/Hora Entrada: 23/02/2020 10:48:33	Data Baixa
Data de nascimento 31/08/1995	Idade 24a 5m 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987786502
Mãe MARIZELIA DE LIMA CRUZ			Prontuário
Endereço SAO GABRIEL, 634 - OBS SEM DOC	Bairro RENASCER III	Município CABEDELO	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional 6700/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2020 10:48:33		Data/Hora Prescrição 23/02/2020 10:58:08	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO VS AUTO SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS NAO LEMBRA DO OCORRIDO APRESENTA FCC EXTENSO NA FRONTE FCC EM MENTO FRATURA EXPOSTA DE COTOVelo DIREITO ABDOME E TORAX APARENTEMENTE SEM LESAO ABDOME FLACIDO E INDOLOR CD: AVALIAÇÃO DA NEURO, BUZO E ORTOPEDIA TC RX ANALGESIA

EDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS)

Diluir

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), DILUIR 10,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML) SOLUCAO DE IRRIGACAO PARA CURATIVOS,ESTÉRIL, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA IRRIGAÇÃO, AGORA, 0,0 (MGTS)

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTS)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

ADIOGRAFIA DE COTOVelo DIREITO

ADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO

RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA

SUTURA DE FERIMENTO

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
CRM-PB 6700
Urologia

CID10

S06.9 - Traumatismo intracraniano, não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 23/02/2020 10:48:33



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:43:16
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809431652500000033683644
Número do documento: 20100809431652500000033683644

Num. 35251062 - Pág. 16



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165780 - CNES: 2593262

Paciente ISAIAS DE LIMA CRUZ	BAE 1224873	Data/Hora Entrada 23/02/2020 10:48:33	Data Baixa
Data de nascimento 31/08/1995	idade 24a 5m 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987786502
Mãe MARIZELIA DE LIMA CRUZ			Prontuário 121289
Endereço SAO GABRIEL, 634 - OBS SEM DOC	Bairro RENASCER III	Município CABEDELO	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional B252/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2020 10:48:33		Data/Hora Prescrição 23/02/2020 15:05:20	

ANAMNESE

ORTOPEDIA PCT VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, ERA O PILOTO DA MOTO. REFERE QUE RECEBEU IMPACTO TRASEIRO NA MOTO POR CARRO. USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. RESGATE INFORMA QUE O PCT CAIU EM UMA VALA APÓS A COLISÃO. REFERE DOR NA CABEÇA, FACE E COTOVelo DIREITO EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO FERIMENTOS NO COURO CABELEDO E REG. DE MENTO MSD. FERIMENTO E DEFORMIDADE NO COTOVelo DIREITO. SANGRAMENTO ATIVO NO LOCAL. NEUROPRAXIA SENSITIVA E MOTORA DO NERVO ULNAR DIREITO DISTAL AO COTOVelo, SEM ALTERAÇÕES DO PULSO RADIAL E ULNAR. SEM SINAIS DE COMPARTIMENTAL RX: LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVelo DIREITO HD. LUXAÇÃO EXPOSTA DO COTOVelo DIREITO COM NEUROPRAXIA DO NERVO ULNAR CD: AO CENTRO CIRÚRGICO PARA LIMPEZA + DESBRIDAMENTO + FIXAÇÃO EXTERNA DO COTOVelo DIREITO EXPLÍCO AO PCT SOBRE A GRAVIDADE DE SUAS LESÕES

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 12/12H
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSIM)
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H
OMEPRAZOL 40 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V, 6/6H, 0,0 (MGTSIM)
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, 6/6H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEA OU VOMITO (DOSE MAXIMA DIÁRIA: 6,0)

EXAME DE IMAGEM

ECOCARDIOGRAMA

RADIOGRAFIA DE COTOVelo DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTROLE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVelo DIREITO

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: COTOVelo DIREITO - DIÁRIO)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)

COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)

CID10

S53.1 - Luxação do cotovelo, não especificada

Conduta

Internar Paciente

Dr. Tíberio Vanomark
Ortopedia/Cirurgia de Mão
CRM: 8252/RCE 5489

Enfermeiro

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Senadores
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LÍSBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
ISAIAS DE LIMA CRUZ	1224873	23/02/2020 10:48:33	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
31/08/1995	24a 5m 23d	Masculino	(83) 987786502
Mãe			Prontuário
MARIZELIA DE LIMA CRUZ			
Endereço	Bairro	Município	UF
SAO GABRIEL, 634 - OBS SEM DOC	RENASCER III	CABEDELO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA	4149/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
23/02/2020 10:48:33		23/02/2020 13:40:30	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO DE MOTO X CARRO TRAZIDO PELO SAMU, CURSANDO COM TRAUMA EM FACE, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, ÊMESE E SINCOPE. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EUPNEICO, ACIANÓTICO, ORIENTADO, CONSCIENTE, VERBALIZANDO, AFEBRIL AO TOQUE, EM MACA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA FCC EM REGIÃO DO FRONTAL, MENTO, LABIO INFERIOR EXTRA E INTRA-ORAL, EDEMA E HEMATOMA PERIORBITÁRIO LADO DIREITO, ACUIDADE VISUAL PRESERVADA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA PÁLEBRA LADO DIREITO DEVIDO AO EDEMA, PERFUSÃO NASAL MANTIDA, BOA ABERTURA BUCAL E OCCLUSÃO ESTAVEL, AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO E DEGRAU ÓSSEO. AO EXAME DE IMAGEM APRESENTA FRATURA DA PAREDE ANTERIOR E POSTERIOR DO FRONTAL E TETO DA ÓRBITA LADO DIREITO (TTO CONSERVADOR). CD EXAME CLINICO SUTURA + ORIENTAÇÕES ALTA DA BMF, SEGUO AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro

OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA
4149/PB

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 23/02/2020 10:48:33





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ISAIAS DE LIMA CRUZ		1224873	23/02/2020 10:48:33	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
31/08/1995	24a 5m 23d	Masculino	704105243723750	(83) 987786502
Mãe				Prontuário
MARIZELIA DE LIMA CRUZ				
Endereço		Bairro	Município	UF
SAO GABRIEL, 634 - OBS SEM DOC		RENASCER III	CABEDELO	PB
Acidente	Motivo		Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	6628/PB
Data/Hora Classificação			Data/Hora Prescrição	
23/02/2020 10:48:33			23/02/2020 12:58:20	

ANAMNESE

*****NEUROCIRURGIA***** ACIDENTE DE MOTO (COLISÃO ATRÁS) SEM USO DE CAPACETE; CONSCIENTE, ORIENTADO, QUADRO DE NEUROPRAXIA DO NERVO ULNAR A DIREITA; TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS. INTRACRANIANA TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL SEM FRATURAS NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL CD: LIBERO DA NEUROCIRURGIA PARA ORTOPEDIA (TRATAMENTO DE LUXAÇÃO EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO); AGUARDA CURATIVO E SUTURA E FERIMENTOS EM FACE

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Ricardo Rodrigues de Carvalho
Neurocirurgia
CRM: 6628

Enfermeiro

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 23/02/2020 10:48:33





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
General Humberto Lucena



Governo do Estado
PARAÍBA

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 20/03/2020 16:46:27

Nome: ISAIAS DE LIMA CRUZ		Boletim de Atendimento 1224873	Data/Hora Entrada 23/02/2020 10:48:33	Data/Hora Saída
Data de nascimento: 31/08/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 704105243723750	Prontuário 121289
Tempo de Internação 26d 1h 41min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 23/02/2020 10:48:33	Data Internação 23/02/2020 15:05:10	Permanência na Unidade 26d 5h 58min		Permanência no Leito: 6d 22h 23min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 20/03/2020 16:46:21)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

#ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO

#23º DPO LUXAÇÃO EXPOSTA COTOVELO DIREITO + EXPLORAÇÃO N. ULNAR EVOLUI COM DESCRIÇÃO CIRÚRGICA COM LESÃO N. ULNAR, LESÃO GRAVE DO COMPLEXO LIGAMENTAR. APRESENTA PARESTESIA EM TERRITÓRIO DO ULNAR E INCAPACIDADE DE ADUÇÃO E ABDUÇÃO DOS DEDOS DA MÃO DIREITA. APRESENTA HIPEREMIA AO REDOR DO FERIMENTO, PRESENÇA DE SECREÇÃO.

#5º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE COTOVELO POR DR. RODRIGO AMARAL

PARACER ## Neurocirurgia ##

- Lesão nervo ulnar traumática com inflamação/infecção ferimento;
- Aguarda tanto a resolução do processo inflamatório, quanto o tempo necessário para formação de neuroma de amputação em coto proximal para possibilitar anastomose termino-terminal futura (02 a 03 meses). Na alta hospitalar, encaminhar para seguimento ambulatorial CEREST em 02 meses - Dr. Erickson.

CD: ALTA HOSPITALAR
SEGUIR RECEITUARIO
ACOMPANHAMENTO CEREST
ORIENTAÇÕES

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 001
Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Governo do Estado
PARAÍBA

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO
Em: 19/03/2020 07:57:40

Nome: ISAIAS DE LIMA CRUZ	Boletim de Atendimento 1224873	Data/Hora Entrada 23/02/2020 10:48:33	Data/Hora Saída
Data de nascimento 31/08/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 704105243723750 Prontuário 121289
Tempo de Internação 24d 16h 52min		Convênio SUS	Plantão DIURNO
Data de Entrada 23/02/2020 10:48:33	Data Internação 23/02/2020 15:05:16	Permanência na Unidade 24d 21h 9min	Permanência no Leito: 5d 13h 34min

Evolução Médica (CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO - 19/03/2020 07:57:35)

Evolução

Procedimento

Descrição da evolução:

ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO

#22º DPO LUXAÇÃO EXPOSTA COTOVELO DIREITO + EXPLORAÇÃO N. ULNAR EVOLUI COM DESCRIÇÃO CIRÚRGICA COM LESÃO N. ULNAR, LESÃO GRAVE DO COMPLEXO LIGAMENTAR. APRESENTA PARESTESIA EM TERRITÓRIO DO ULNAR E INCAPACIDADE DE ADUÇÃO E ABDUÇÃO DOS DEDOS DA MÃO DIREITA. APRESENTA HIPEREMIA AO REDOR DO FERIMENTO, PRESENÇA DE SECREÇÃO.

#4º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE COTOVELO POR DR. RODRIGO AMARAL

CD: VPM

SOLICITO RX DE COTOVELO DIREITO (*Suspenso !!*)
PARECER DA NEUROCIRURGIA

Seção: POSTO IA - ENF 08 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO

Número Conselho: 7596



RELATÓRIO DE CIRURGIA


 REETSHI

NOOME:	ISAIAS DE LIMA CRUZ		BE/PRONTUÁRIO	1224873
IDADE:	24	SEXO: MASC	COR:	DATA: 13/3/2020
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA			
CIRURGIA:	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE COTOVELO DIREITO			
CIRURGIÃO:	DR. RODRIGO AMARAL	1º ASS:	MR2 JANSEN	
2º ASS:		3º ASS:		
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA:		
TIPO DE ANESTESIA:	SEDAÇÃO	HORÁRIO INÍCIO:	TÉRMINO:	

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CÓDIGO
LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE COTOVELO DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

Dra. Thyago Costa
 Medicina
 CRM-PB 12.799

MÉDICO/CRM:

DATA: 13/3/2020



RELATÓRIO DE CIRURGIA


HÉC TSHL

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

Incisão:

Achados:

Conduta:

**REALIZADA DESMONTAGEM DO SISTEMA DE FIXADOR EXTERNO , RETIRANDO BARRAS E PRESILHAS
RETIRADA DE PINOS DE SCHANZ: 2 PRÓXIMAS EM ÚMERO E 2 DISTAIS EM ULNA**

Fechamento:

CURATIVO LOCAL

Observação:

TALA AXILO PALMAR

Médico/CRM:

Dra Mayra Costa
Médica
CRM 12.782

João Pessoa,

13/3/2020



Nota de Sala Cirúrgica

Traíres de la Sierra Cruz

NOME DO PACIENTE	Traíres de la Sierra Cruz		
IDADE	24	SEXO	MALE
DATA DO ACONTECIMENTO	22/08/13		
ENTERRARIA	ENTERMÁRCA		
LEITO	LEITO		
CIRURGIA	PMS em P52 (Fix + extenso)		
L'URGÉRCIO	Rechage Alveolar + Jansen (K2)		
ANESTESIA	Sedac		
ANESTESISTA	Acuaria Belo		

ANESTESIOLOGO: INSTRUMENTADOR: DATA: HORA: DURACION:
10/03/2000 CIRUGIA - ANESTESIA: INICIO 14:30 CIRUGIA: FIN 15:00

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ÍNDICE DE RISCO DE CRIGUA - ASA I (ASA 1) (ASA 1 1/ASA 2) (ASA 2 1/ASA 2 1)					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO NO DPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.					
ALFENTANILA		JELCO N°18		MATERIAIS CONT.	QTD.
BUTIVACAINA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUTIVACAINA PESADA		JELCO N°22		FIO CAT GUT CROMADO N°	
TANINA		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
PERISOL		KIT SIST. DIEN. TORAXICAN		FIO DE NYLON N°	
IDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°	
ENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°13	FIO POLIGLACTINA N°	
ANTIA	PVP/DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°15	FIO POLIGLACTINA N°	
AZENIL	PVP/TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVP/ TÓPICO		LÂMINA DE DEMATÔMOM	FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUTIVACAINA SV/VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENCERTE	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUTIVACAINA SV/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	
lidocaina SV/VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°3	FIO POLIPROPILENO N°	
lidocaina SV/VASO	AGULHA 25X6,0		LUVA ESTÉRIL N°5	FIO POLIGLACTINA N°	
midazolam	AGULHA 23X8,0		LUVA ESTÉRIL N°6	FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12		MÁSCARA CIRÚRGICA	FITA CARDIACA	
HIPNÓTICO	AGULHA PERIODURAL N°16		MULTIVIAS	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURONIO	AGULHA PERIODURAL N°17		PENETRADOR DE SORO	CATETER DE PIC	
PETÔNA	AGULHA PERIODURAL N°18		SCALP N°19	EMENTO CIRÚRGICO	
PILOPORFOL	AGULHA RAQUI N°21G		SCALP N°21	CUP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RADIX N°26G		SERINGA INJ.	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURONIO	AGULHA RADIX N°21G		SERINGA INJ.	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SONDA 20ML	FIO STEINMAN N°	
TIVOFENTAL	ATADURA GESSADA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA	BOLSA IN COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	KIT PERUVA VENTILACIONAL	
ÁGUA DESTILADA	CÂNTULA PV TRAQUOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	PRÓTESE VASCULAR	
IPNA	CATETER DE OXIGENO		SONDA FOLEY 2VIAS N°16	KIT PAM	
RA	CATETER EMBOLÍC ARTERIAL N°		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	FIKADOR EXTERNO	
L-2011NA	CATETER EPIDURAL N°16		SONDA NASOG. CURTA	ENTRESA	
ANESTESIANA	CATETER EPIDURAL N°17		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
RÔNA SÓDICA	CATETER EPIDURAL N°18		SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS CORTICais	
DURMA	CERA PARA OSSO		TONNEREIRIA	PARAFUSOS ENROSCO	
TIROSEPTIMA	COLET. URINA FECHADO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS ENROSCO	
GLUCOSE 10%	COMPRESSAS CIRURGICAS	BT	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MAIS POLAR	
GLUCONATO DE CALCIO	COMPRESSAS CIRURGICAS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MAIS POLAR	
HIDROCORTISONA	DREN. DE PENROSE		TUBO SILICONE (LATEX)	PLAÇA	
LIDOCAINA DELEIA	DREN. DE SUCCÃO			PLAÇA	
ONDAS ENTIGNA	ELETRODOS				
PLASE	EQUIPO MAGNETOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROSTONERINE	EQUIPO TRANSF SANGUE				
PROTAMINA	EQUIPO MICROGOTAS		FIOS	QTD. 1) ASPIRADOR	
TENOXICAN	ESPINHA DE PVA		FIO ALGODÃO SIA N°	1) INST. ELÉTRICO	
	ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO SIA N°	1) CAPNÓGRAFO	
	GAZES	OK	FIO ALGODÃO CIA N°	1) CARDIOMONITOR	
	GAZES ALGOOJADAS		FIO ALGODÃO CIA N°	1) DESBRIOLADOR	
	GEL ELETROLÍTICO			1) FOCO ADICIONAL	
	JELCO N°14			1) FOCO CENTRAL	
	JELCO N°18			1) MICROSCOPIO	
				1) OXÍMETRO DE PULSO	
				1) TEP A INVASIVA/ NIVELADA	
				1) TEPURADOR ELÉTRICO	
				1) SERRA	
				CIRCULANTE	





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 13/02/2020

PRONTUÁRIO:

DADE: 24-0-9

PACIENTE: Isaías de Lima Cruz

PRESSÃO ARTERIAL	FUSO 150x90	RESPIRAÇÃO	MV(6)	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	X BOM / IRREGULAR / MAU / PESSIMO	RISCO CIRÚRGICO	X BOM / REGULAR / MAL / MUITO MAL			
EXAMES COMPLEMENTARES	chirados					
AP. RESPIRATÓRIO	auscultar	AP. CIRCULATÓRIO	estável			
AP. DIGESTIVO	Jegum	ESTADO MENTAL	orientado	DROGAS EM USO		
PRE-ANESTÉSICO						
DOSE/HORA						
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	Retirada de fixador em catorro					DSAT
CIRURGIA REALIZADA						
CIRURGÃO	Dr. Rodrigo Amanal	VITARES	Dr. Soncen (R2)			
INÍCIO DA ANESTESIA	19:30	TERMINO DA ANESTESIA	20:45:00	DURAÇÃO DA ANESTESIA	35 min	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE	Dra Adriana Lobão AZ-0095-00	VALORES R\$		
ANESTESISTA	Dr. Fabrizio	Dra Adriana Lobão AZ-0095-00	CRM-SP Matr. 10000	CRM-SP		
	CPF	CRM-SP	CRM-SP			

ANESTÉSICA GERAL		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
TECNICA			
LÍQUIDOS	VOLUME (ml)		
0.0000		1. Propofol 300mg	11
NADA		2. Cetazolina 0g	12
SANGUE		3. Dipirona 0g	13
BINDER		4. Oxametazolina 10mg	14
ALCOOL		5.	15
PERFIL DO PACIENTE			
<input type="checkbox"/> ADT	<input type="checkbox"/> ENFERMERA		16
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA		17
<input type="checkbox"/> OUTROS			18
			19
			20
DESCRIÇÃO DO PACIENTE			
Paciente monitorizado em decúbito dorsal horizontal, feto escuro verde grau em NSE, feito sedação com O ₂ , sem intubação.			

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:43:16
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010080943165250000033683644>
Número do documento: 2010080943165250000033683644

Núm. 35251062 - Pág. 25

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Tibério Vanomark

CRM-PB #239 - AQE 5489

MÉDICO

Nome: Iraiz de Lima Cruz BE/Prontuário: 1224873
 Idade: 24 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 23/02/2020
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tipo compe luxos ap. cefalotio (2) + fratura ulna (1)
 Cirurgião: Tibério Vanomark 1º Assistente: Cálos
 2º Assistente: Rogério 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesiista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>LUXAÇÃO EXOSTA COLEOVELO (2)</u>	
<u>LESÃO NEURO ULNAR (1)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Limpeza cutânea + desbridamento</u>	
<u>fixação externa</u>	
<u>exploração nervo ulnar (1)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:


 Dr. Tibério Vanomark
 CRM-PB #239 - AQE 5489
 Especialista em Cirurgia da Mão

João Pessoa, 23/02/2020

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA



RETSUL

DESCRICAO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Fct cu DOM sob ausente
2. Anatomia, autotransfusão, colocação de campo estéril
3. Ferimento extenso res- autotransfusão catóculo Ⓛ

Incisão:

4. Radicectomia incis 81 proximal + base p. Ram.

Achados:

5. Identificado os de fato estruturas anatômicas resistentes ao catóculo + envoltas pelo músculo flexor do dedo distal da cinqueta Ⓛ
6. Músculo traqueal e nervo mediano nas lâminas

Conduta:

7. Poderoso nervo ulnar observado nas lâminas no ressecamento do nervo de esconderijo p. dedo, perdeu o poder de falar e bateu na ferida
8. Limpeza + desbridamento da cicatriz
9. Monitorou fixador externo transfixador catóculo Ⓛ e colíbrio de escoria
10. Sutura de ferida e canto
11. Fim da operação final da procedimento.
12. De volta

Fechamento:

Observação:

Dr. Tiberio Vantur Park
Ortopedia / Cirurgia da mão
CRM-PB 8252 / CRCE 5483

23/02/2020

Médico/CRM:

João Pessoa, 1 1

F(NG) ASCIR.009.1



Nota de Sala Cirúrgica



NO ME DO PACIENTE	NOME DO PACIENTE	IDADE	SE	SEXO	HABITACAO	ENFERMAGIA	LITO
24	1994833						
CRURGIA	TROCA DE BUCHAS EXPONTA DE COLORETO D.						
CLUBRIO	DR. T. LOPES DI ROGÉRIO AND R2						
ANESTESIA	Rgenell						
ANESTESISTA							
INSTRUMENTADOR							
DATAS	DATA	MATERIAL	ANESTESIA	INICIO	CRURGIA	INICIO	TEMPO
	23/02/2020			15:00			17:00
INDICE DE RISCO DE CRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)							
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO	() LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.				MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTANILA					FIOS CONT.		FIO CAT GUT CROMADO N°
EUFIVACAINA ISOBARICA					TELCO N°6		FIO CAT GUT CROMADO N°
EUFIVACAINA PESADA					TELCO N°4		FIO DE AÇO N°
CETamina					KIT SIST. DREN. TORÁNICA N°		FIO DE NYLON N°
ROPERIDOL					100ML LÍQUIDA BISTURI N°1		FIO DE NYLON N°
OMIDATO					100ML LÍQUIDA BISTURI N°3		FIO POLIGLACTINA N°
ENOBARBITAL					100ML LÍQUIDA BISTURI N°2		FIO POLIGLACTINA N°
ENTANILA					100ML LÍQUIDA BISTURI N°4		FIO POLIGLACTINA N°
FLUMAZENIL					LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIPROPILENO N°
ISOFLURANO					LÂMINA DE ENZERTO		FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUTYRACAINA C/VASO					LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FITA CARDIACA
LEVOSIBUTYRACAINA C/VASO					LUVA ESTERIL N°6		FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAINA C/VASO					LUVA ESTERIL N°7,5		FIO POLIGLECAPRONE N°
LIDOCAINA S/VASO					LUVA ESTERIL N°8,0		FIO SEDA N°
MIDAZOLAN					LUVA ESTERIL N°8,5		
MORFINA					MASCARA CIRÚRGICA		
NINGUIM					MULTIVAS		MATERIAL ESPECIAL
PAN-CLONÔNIO					PIPERIDRADOR DE SORO		CATETER DE PIC
PETEDINA					SCALP N°19		EMENTO CIRÚRGICO
PROPÓFOL					SCALP N°21		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA					SERINGA JML		FIO DE KIRSCHNER N°
ROCUROTANO					SERINGA SML		FIO STEINMAN N°
SEVOFLURANO					SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°
SUX ANESTÔNICO					SERINGA 30ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
TIOPENTAL					SONDA ASP. TRAQUEAL N°6		HEMOST. ABSORVVEL
MEDICAÇÕES	QTD.				SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA. VENTRICULAR
ADRENALINA					SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR
ÁGUA DESTILADA					SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT FAM
ROPINA					SONDA FOLEY 21VAS N°12		FIJADOR EXTERNO
EXTRA					SONDA FOLEY 21VAS N°14		EMPRESA
FAZOLINA					SONDA NASOG. CURTA		
DEXAMETASONA					SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTECAIS
DIFRONA SÓDICA					SONDA UNETRAL N°		PARAFUSOS CORTECAIS
HEDRINA					TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPINHOSOS
FUROSEMIDA					TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS P. CINTO
GLICOSE 30%					TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS P. CINTO
GLUCORATO DE CALCIO					TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS P. CINTO
HIDROCORTISONA					TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLARES
LEDOCAINA GELADA					TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA
ONDASENTONA					TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA
PLASL							
PROSTODINE							EQUIPAMENTOS
PROTAMINA					ESPINHA DE FVII		1) ASPIRADOR
TENOXICAN					ESPARADAS		1) BISTURI ELÉTRICO
Rgenell					GAZES		1) CAPNOGRAFO
					GAZIS ALGODoadAS		1) CARDIOMONITOR
					GEI ELETROLITICO		1) DESFIBRILADOR
					TELCO N°14		1) FOCO AUXILIAR
					TELCO N°16		1) FOCO CENTRAL
							1) MICROSCOPIO
							1) OXIMETRICO DE PULSO
							1) PA INVASIVA/NAO INVASIVA
							1) PERFURADOR ELÉTRICO
							1) SERRA
							CIRCULAT

JELICO Nº 16
Agulha Flexo. 1
Ferrado Extremo 1



FICHA DE ANESTESIA

DATA 23/2/2020

PRONTUÁRIO: 1224873



CLIENTE	Isaias da Lima Geuz		SEXO:	COR:	IDADE:	24	
RESSÃO ARTERIAL	PLISO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO		
ESTADO GERAL	1 BOM / 2 REGULAR / 3 MAL / 4 PESSIMO		RISCO CIRÚRGICO	1 BOM / 2 REGULAR / 3 MAL / 4 PESSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES		LIPR					
P. RESPIRATÓRIO	5 PONTOS		AP. CIRCULATORIO				
P. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO				
ANESTÉSICO	Urecaz		ESTADO FÍSICO (ASA)				
ISOFLORA	Uso de eutanásia		3				
AGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Uso de eutanásia						
RUTGIA REALIZADA	Uso de eutanásia						
RUTGIA	AUXILIARES						
INÍCIO DA ANESTESIA	15:00	TERMINO DA ANESTESIA	17:00	DURAÇÃO DA ANESTESIA			
ODOGO DO PROCEDIMENTO	QUANT.	DE CH.	VALORES RS				
VESTESISTA	Dr. Ribamar		CRM-PB				

15:00									
16:									
17:									
18:									
19:									
20:									
21:									
22:									
23:									
24:									

DR. COMPANHIA PB
Dr. José Ribamar Lazzarino
Médico Anestesiologista
CRM-PB 8194

PARAFASESTÓICA/ BRONTOCICA	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	
ANÔNOMA	RS	RS	NS	NS																					
ANÔNOMA	100	500	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

ANESTÉSICO GERAL	<input type="checkbox"/> RADICULAR	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> PLANOPELO	<input type="checkbox"/> ALDO HÉVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
ANESTÉSICO LOCAL	GERAL				
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1	Propofol	200mg	11		
2	Tetralil	750mg	12		
3	Dialerax		13		
4	Giroflexa	10g	14		
5	Sporcex	200	15		
6	Dexacont 100 10g		16		
7	Efdriano 500		17		
8	Oleumfus 1000		18		
9			19		
10			20		

AVOCES IMPORTAÇÕES	① Breve exame do paciente, 150g N-8, p acunad Plantola VCU, estovar. Hemoder
--------------------	---

ASSINATURA DO ANESTESESTA

DR. COMPANHIA PB
Dr. José Ribamar Lazzarino
Médico Anestesiologista
CRM-PB 8194





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200280623 **Cidade:** Cabedelo
Vítima: ISAIAS DE LIMA CRUZ **Data do acidente:** 23/02/2020
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação exposta do cotovelo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no cotovelo direito, limitação moderada da extensão do cotovelo, hipotrofia muscular do braço, deficit de força motora em grau médio do cotovelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico de urgência com limpeza cirúrgica, desbridamento, colocação de fixador externo trans-articular no cotovelo direito.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/08/2020

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:43:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809431652500000033683644>
Número do documento: 20100809431652500000033683644

Num. 35251062 - Pág. 32

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200280623**

Nome do(a) Examinado(a): **ISAIAS DE LIMA CRUZ**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua São Gabriel, 34 - Cabedelo - PB - CEP 58108-354**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **4140320**

Data e local do acidente: [**23/02/2020**] **BR 230, KM 09 MUNICÍPIO DE CABEDELO-PB**

Data e local do exame: [**17/08/2020**] **João Pessoa [PB]**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Luxação exposta do cotovelo direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no cotovelo direito, limitação de 50% da extensão do cotovelo, hipotrofia muscular do braço, deficit de força motora em grau médio do cotovelo direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico de urgência com limpeza cirúrgica, desbridamento, colocação de fixador externo trans-articular no cotovelo direito.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta hipotrofia muscular do braço, limitação de mobilidade do cotovelo direito, deficit de força motora em grau médio do referido cotovelo.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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



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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Cotovelo Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

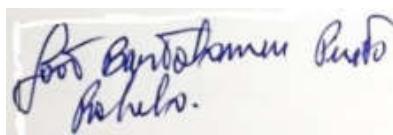
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB



PROCURAÇÃO

Outorgante: *ISAIAS DE LIMA CRUZ*, brasileiro(a), estado civil *SOLTEIRO*, profissão *PROMOTOR DE VENDAS*, residente e domiciliado à Rua *SAO GABRIEL*, nº *634*, bairro *RENASCER III*, Município de *CABEDELO*, Estado de(o) *PARAÍBA*, Cep.: *58.108-354*, portador(a) do RG nº *4-140-320*, SSP/..... e CPF nº *102.851.234-16*.

Outorgado: *Evanilson de Moura*, brasileiro(a), estado civil *SOLTEIRO*, profissão *Melancia*, residente e domiciliado(a) à Rua *Padre José Amaro*, nº *304*, bairro *Jardim Europa*, Município de *Santa Rita*, Estado de (o) *PB*, Cep. *58.300-000*, portador (a) do RG nº *2215.828*, SSP/ *PB* e CPF nº *034.645.454-40*.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) *ISAIAS DE LIMA CRUZ*, ocorrido em *23/02/2020*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza *Invalido*.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

CABEDELO, *02* de *JULHO* de 2020.



Provao de Lima Cruz.

Outorgante
CPF Nº *102.851.234-16*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registral - CABEDELO
1º Ofício de Notas e Primitiva do Registro imobiliário - PARÁIBA
Av. Presidente Dutra, 22 - Centro - CEP: 58.100-000 - Fone/Fax: (032) 3228-1462

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) que se segue(m):
ISAIAS DE LIMA CRUZ
Em testemunha: Suelio Moreira Torres
En test. de verdade, Cabedelo-PB 02/07/2020 19:52:57
Suelio Moreira Torres - Substituto
[2020-004744]ENOL:RF 10,22 FPMENORF 0,39 FEPJRF 2,04 ISS:RS 0,51
SELÓ DIGITAL: ARQ69556-EA61
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Scanned by TopScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220240/20

Vítima: ISAIAS DE LIMA CRUZ

CPF: 102.851.234-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2020

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Titular do CPF: ISAIAS DE LIMA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO : 037.645.454-70

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ISAIAS DE LIMA CRUZ : 102.851.234-16

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: 06/08/2020
Nome: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO
CPF: 037.645.454-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:43:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809431652500000033683644>
Número do documento: 20100809431652500000033683644

Num. 35251062 - Pág. 36