



Número: **0815768-38.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **01/09/2020**

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	
EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36202866	03/11/2020 18:41	2760287_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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704001

Vítima: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

Data do Acidente: 20/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15250048

Pag. 00411/00412 - carta_01 - INVALIDEZ

00020206





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704001

Vítima: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

Data do Acidente: 20/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU**

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

Banco: **104**

Agência: **00000041**

Conta: **00000485317-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01761/01762 - carta_15R - INVALIDEZ

00010881



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: 0455333/39 CPF da vítima: 101.473.264-60 Nome completo da vítima: Evalazio de Almeida Paiva

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

Nome completo: Evalazio de Almeida Paiva CPF: 101.473.264-60

Profissão: Piloto Endereço: Rua Sverino Bezerra Cabral Número: 511 Complemento:

Bairro: Anjo Rural Cidade: Buéimadas Estado: PB CEP: 58475-000

E-mail: Tel.(DDD): 85/98805-6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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: 485317 8

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: João Pessoa, 17/12/2019

Nome: _____

CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina A ROGO

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

CAIXA
POUPANÇA



6277 8013 0905 1930

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

0041 013 00485317-8 07/21



DÉBITO





GOVERNO e
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 1293/2019, na mesma continha o seguinte teor: terça-feira, 10 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 08:00 horas, compareceu o Sr. **Evilázio de Almeida Pachu**, portador da cédula de identidade nº 3 514 777 Seds/PB, CPF nº 101.473.264 – 60, brasileira, natural de Queimadas/PB, casado, com 28 anos de idade, filho de Pedro Pereira Pachu e de Severina Lopes de Almeida, Auxiliar Administrativo, residente à rua Severino Bezerra Cabral nº 511, zona rural de Queimadas-PB, rua identificada pelo CEP 58475-000, próximo ao posto Rodoviário Federal, o qual notificou que, Na manhã do dia 20 de julho do ano fluente, por volta de 01:00 hora aproximadamente, conduzia a motocicleta Honda/NXR 150 BROS ESD, ano 2011 e modelo 2012, de cor preta, placa QET 2970/PB e chassi nº 9C2KD0540CR502205, cadastrada em nome de Rosinaldo T. da Silva, após sair do trabalho, seguindo o roteiro da cidade de Queimadas-PB, quando foi surpreendido com um veículo de placas e Condutor não identificado em sentido oposto, sem qualquer sinalização obstaculando sua passagem, consequentemente, foi alvo de colisão por parte de uma outra motocicleta que o atingiu na parte traseira da motocicleta, consequentemente, sofreu uma queda e assim, foi socorrido ao Hospital de Traumas Dom Fernandes Luiz Henrique e assim, sendo submetido a procedimentos cirúrgicos, 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, 10 de dezembro de 2019

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU



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: 0455333/39 CPF da vítima: 101.473.264-60 Nome completo da vítima: Evalazio de Almeida Paiva

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

Nome completo: Evalazio de Almeida Paiva CPF: 101.473.264-60

Profissão: Piloto Endereço: Rua Severino Bezerra Cabral Número: 511 Complemento:

Bairro: Anjo Real Cidade: Buéimadas Estado: PB CEP: 58475-000

E-mail: Tel.(DDD): 85/98805-6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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: 485317 8

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: São Paulo, 17/12/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

ISÁRIO 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: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000485317-8

Nr. da Autenticação 6D000B032FBEF4A0



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da conta focalizada da energia elétrica Nº 005.272.236



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.302.639-1

DADOS DO CLIENTE

MARLENE MENDONÇA
RUA SEVERINO BEZERRA CABRAL 511
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/94349-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	06/12/2019	215	13/12/2019	R\$ 153,41

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02957.450006 00528.736176 2 81020000015341				
Pagador: MARLENE MENDONÇA CNPJ/CPF: 048.360.334-11				
RUA SEVERINO BEZERRA CABRAL 511 - AREA RURAL - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000528736	000094349201912	13/12/2019	R\$ 153,41	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2057-5				



20/07/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1948151 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 20/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: EVILAZIO DE ALMEIDA CEP:58475000 Nascimento:22/10/1991

PACHU

Endereço: JOAO BATISTA LOPES

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Queimadas

Idade: 027

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA

RG: 3514777

N°: 25

Responsável: GIOVANNA

CPF: 10147326460

Profissão: AUXILIAR
ADMINISTRATIVO

Estado Civil: Casado(a)

Data de
Atend: 20/07/2019

CNS: 708903792680515

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

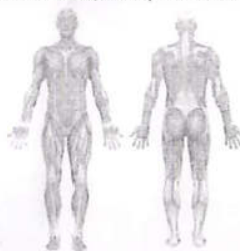
Hora: 01:19:22

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erifema subcutâneo
10. Enrugamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luvção
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rincorrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Politrauma.

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

20/07/19

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DA CLÍNICA: Paciente vítima de colisão motorista. No, cerca de 01h. Chegou ao serviço trazido pelo SAMU em prancha rígida com colar cervical. Nega perda de consciência, vômitos ou cefaleia. Refere dor em pelvis esquerda. Nega outras queixas. Ao exame: A - via aérea permeável com colar cervical. B - respiração espontânea, ausência de entesmo ou crepitações. C - sem sinais de sangramento. D - Glasgow = 15. E - Escoriações e possível fratura em punho E.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS

Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

15

PA

HGT:

SatO2

98%

AP: MV+ e simétrico, sem RA.

ACV: RCR em 2T, sem soplos.

ABD: depressível, indolor à palpação.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia: FAST

() Gasometria arterial

() Radiografias: Tórax, bacia, braço e punho E.

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Ortopedia

às

Dia

Especialista:

/

às

Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SFO, 9% — 500 mL, EV, agora.	
2	Dipirona 500 mg/mL — 02 mL, EV, agora.	
3	Tilatil 40 mg — 01 FA + AD, EV, agora.	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Antonio Bido Neto
MÉDICO RESIDENTE
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 8108

letohtcg/impreclassi.php?contar=1948151&dataatend=2019-07-20&horaatend=01:20:29

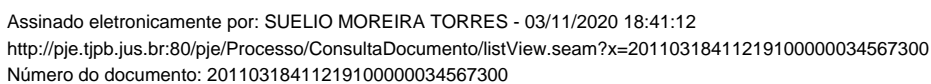
1/3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:41:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031841121910000034567300

Número do documento: 2011031841121910000034567300

Num. 36202866 - Pág. 9

HTCG-Painel Administrativo

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Evilazie de Almeida Paes

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Pelitraxumz

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:

20/07/10

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

USG FAST

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 20-7-2019	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Antonio Bilio Neto
MEDICO RESIDENTE
Cirurgia Geral 8108
CRM/PB

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

IVILZIO D. PLACIN

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

COR:

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF:

LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Car. S.E.

MATERIAL A EXAMINAR:

90 GUNIB (R) S.E.

EXAME SOLICITADO:

EXAME SOLICITADO
20/01/2020

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

22/01/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

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

REQUIS.ÃO DE EXAME

0
Zeio de Almeida Pachua
PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Pelitzum2

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx de
R-x de
torç AP, R-x de base AP e perfil, punho e base
esquerda AP e
perfil

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA: 20-7-2019

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dt. Antonio Bido Neto
MEDICO RESIDENTE
Cirurgia Geral
CRM/PB 8108

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

19/07/19
RAIO X
OLIVA





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM										
NOME:										
IDADE:	SEXO:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:			/	/	às	h
SETOR:				LEITO:						
DIAGNÓSTICO MÉDICO:										
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:							
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:							
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:							
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:							
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>		NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>		HIPERTENSO <input type="checkbox"/>					
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>		INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>		ORIENTADO <input type="checkbox"/>					
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/>		TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>		EUPNEICO <input type="checkbox"/>		BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>		POLÚRIA <input type="checkbox"/>		OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>		SVD <input type="checkbox"/>			
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>		DEÂMBULA 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. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input 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 type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA		CD/FR:							
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> NÁUSEA					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA		CD/FR:							
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE		<input type="checkbox"/> PARA BANHO		CD/FR:					
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR:					
<input type="checkbox"/>					CD/FR:					
<input type="checkbox"/>					CD/FR:					
<input type="checkbox"/>					CD/FR:					
					CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
					FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL										
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA			
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.										
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.										
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.										
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O2 A D/LMIN 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 type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).										
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.										
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE										
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.										

MOD 125





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

[illegible]

RESULTADOS ESPERADOS:									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
24-09-2019	11:00	86	35,5	98	97			Paciente evolui consciente e orientado com condi- ções em bons seguimentos de enfermagem.	Dalvani Soares de Sousa T.E.C. DE ENFERMAGEM COREN-PB 755.872 Dalva 24/07/19
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA					INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA				





PACIENTE:	EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU
DATA DO EXAME:	20/07/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

- Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente nas porções visualizadas.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

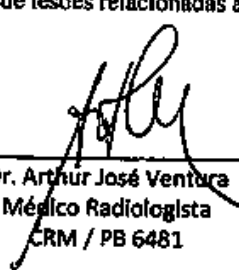
Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

- Ausência de sinais ecográficos sugestivos de lesões relacionadas ao trauma nas vísceras sólidas abdominais.


Dr. Arthur José Ventura
Médico Radiologista
CRM / PB 6481





GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

Data da Internação: 20/07/2019 Data da Alta: 28/07/2019

Registro: 1948170

Tempo de Permanência: 18098

Diagnóstico Inicial: OSTEOSSIN

Diagnóstico Final:

Data: 28/07/2019

Equipe:

Cirurgião: OTAVIO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

ao Ambulatório de : em: 08/08/2019 para revisão Repouse 0 dias

Condições de Alta: Melhorado

Data: 28/07/2019

Assinatura/Carimbo

Andre Ribeiro Araujo De Menezes

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Andre Ribeiro Araujo De Menezes



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Suelio Almeida</u>		IDADE: <u>45</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>P</u>
DATA: <u>03/11/2020</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES: <u>histórico distal</u>						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
AGENTE ANESTÉSICO	<div> <div>INDUÇÃO</div> <div>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</div> <div>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</div> <div>Náuseas: _____ Vômitos: _____</div> <div>Outros: _____</div> </div>					
QUANTIDADE	<div> <div>MANUTENÇÃO</div> <div><u>xylocaine 4% +</u></div> <div><u>Novofupri - 50mg</u></div> <div><u>apne 6mg</u></div> <div><u>drumal 1mg</u></div> <div><u>cepropreno 1mg</u></div> <div><u>clonaz 2mg</u></div> <div><u>tefanel 1mg</u></div> </div>					
LIQUIDOS	<div> <div>ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____</div> <div>Não, por quê? _____</div> </div>					
CÓDIGOS	<div> <div>DESPERTAR</div> <div>Reflexos na SO: _____</div> <div>Obstr.: _____ Co₂: _____ Excit.: _____</div> <div>Náuseas: _____ Vômitos: _____</div> <div>Outros: _____</div> </div>					
VP. ARTERIAL - O. FIL. SO. O. - RESPIRAÇÃO	<div> <div>Com cânula:</div> <div>Paro o Leito Sim _____ Não _____</div> </div>					
AX - ANESTESIA - O. - OPERAÇÃO	<div> <div>CONDIÇÕES:</div> </div>					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						
POSICÃO						
AGENTES						
TÉCNICA	<u>Propofol 1% - 10mg</u>					
OPERAÇÃO	<u>Relaxar hist. radu distal</u>					
CRURGIÕES	<u>in. clavo</u>					
ANESTESISTAS	<u>Dr. (anest. 28/11)</u>					
OBSERVAÇÕES	<u>[Signature]</u>					
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA	

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:41:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318411219100000034567300

Número do documento: 20110318411219100000034567300

Num. 36202866 - Pág. 19



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	1	2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2	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	2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2	2	2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2	2	2
TOTAL DE PONTOS:	9	10

Assinatura do anestesista



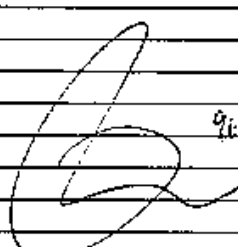


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Evelyn da Almeida Rocha</u>	Idade: <u>27</u>
Convênio: <u>Sus</u>	Data: <u>27/09/2019</u>
Procedimento: <u>1to. e 2o. laparoscopia e linc. Distal D.</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Othmar</u>	Auxiliar:
Anestesista: <u>Dr. Ama. Delfino</u>	
Início: <u>10:00</u>	Término: <u>11:00</u>
Anestesia: <u>BPD</u>	

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
11:00	145 x 81	81	100%	Rodrigues + Edgar	—	POH normal
11:30	146 x 81	74	100%	Rodrigues + Edgar	—	Amoroso

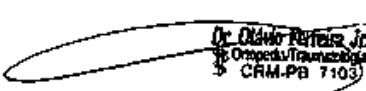
Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	
 Assinatura Anestesiologista	Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: EVILÁZIO DE ALMEIDA PACHU			Data da Cirurgia 27/07/2019
CNS	Enfermaria 7	Leito 3	Prontuário
Cirurgião: Dr. OTÁVIO FERREIRA JUNIOR		1º Auxiliar :	
2º Auxiliar		Instrumentador COSTA	
Anestesiista: DRA SOCORRO ABRANTES		Anestesia : BLOQUEIO	
Diagnóstico Pré-operatório : FX RADIO DISTAL E			
Tipo de Cirurgia : REDUÇÃO + FIXAÇÃO			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NÃO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
<p>01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</p> <p>02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE</p> <p>03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS</p> <p>04- REDUÇÃO INCRUENTA</p> <p>05- FIXAÇÃO PERCUTANEA COM 2 FIOS k CRUZADOS</p> <p>06- TALA LUVA;</p> <p>07- CURATIVOS</p>			
 Dr. Otávio Ferreira Jr. Cirurgião Traumatologista CRM-PB 7103			



26/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/07/2019

Horas: 09:23:16

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues



GOVERNO
DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18103

Clinica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 26/07/2019 HORA: 09:23:10

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUMNA
CRM/PB 5523



26/07/2019



GOVERNO DA PARAIBA

HTCG-Painel Administrativo

Data: 26/07/2019
 Horas: 09:22:43
 Médico (a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

OK

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3

DADOS DO PACIENTE:

Nº de prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHE

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clínica: CATARATA Enfermeira: 0 Lector: 0 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 26/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE (liberta após a partir de 00:00 h)	CC
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h-6h	CC
3	TENOXCAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	CC
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	CC
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	CC
6	MANTER COM JEJUNO HEPARINIZADO	CC

Dr. Schubert Costa
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 5523

- Solicito exames laboratoriais (Ct-qt).

Dr. Ana Maria de S. Almeida
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 7815



25/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/07/2019

Horas: 09:30:21

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues



GOVERNO
DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18102

Clinica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 25/07/2019 HORA: 09:30:14

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert ^{Luigi}
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUMNA
CRM/PB 5523

EWf. 05




**GOVERNO
DA PARAÍBA**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027
 Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 27/07/2019
MÉDICO(A): Otavio Ferreira Junior /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA FAZER SE NECESSARIO	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA FAZER SE NECESSARIO	
8	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Dr. Otavio Ferreira Jr.
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-PB 7103



27/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 10:42:17

Médico (a) Diarista : Otavio Ferreira Junior

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18104


Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 10:40:03

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE RADIO DISTAL E, SEM INTERCORRÊNCIAS.
CONDUTA: 1. SOLICITO RX POS-OPE. 2. VPM. 3. VBO

ASSINATURA + CARIMBO
Otavio Ferreira Junior


Dr. Otavio Ferreira Jr.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 7103



25/07/2019

HTCG-Panel Administrativo

Data: 25/07/2019
Horas: 09:29:29

Médico (a) Diarista: Schubert Luiz Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leitor: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 25/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luiz Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aproximadamente
DIETA LIVRE		
DIFIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML	E.V. IAMPOLA, 6h/6h	5 no
TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE	E.V. IFRA AMP, 12h/12h	12 18
Reconstituir 2ML ABD.		12 18
ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 2 ML	E.V. IAMPOLA, FAZER SE	5 no
NECESSARIO		5 no
TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML	E.V. IAMPOLA, FAZER SE	5 no
NECESSARIO		5 no
MANTER COM JELCO HEPARINIZADO		5 no

24/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/07/2019

Horas: 09:45:22

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues



GOVERNO
DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18101

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 24/07/2019 HORA: 09:45:12

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

De Schubert Luigi Costa Rodrigues
Médico (a) Diarista



22/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/07/2019

Horas: 09:51:14

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 22/07/2019 HORA: 09:50:05

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUMNA
CRM/PB 5523



21/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 21/07/2019
Horas: 13:40:09

Médico (a) Diarista: Wry De Paiva Camara

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 7 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

Dia 21/07/2019

MÉDICO(A): Wry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	OK
2	DIFIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	OK
3	TENOXCAN 20 MG SEMI DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h	OK
4	Reconstituir 2ML ABD.	OK
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	OK
5	NECESSARIO	OK
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	OK
6	NECESSARIO	OK
6	MANTER COM JEICO HEPARINIZADO	OK

J = 054

B26, B26, 51, 51, 51, 51

Dura + 51, 51, 51

cd: 1/1/1

Wry de Paiva Camara
ORTOMEDICINA-MATILDE
CRM/PR 10907

10.1.1.148/projeto/htcg/enviarprescri.php?datasai=2019-07-21&contar=1948170

1/1





GOVERNO DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027
 Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 7 Diagnóstico:

DIA 20/07/2019

MÉDICO(A): Andrey Leal Wanderley /

Item	Prescrição	Apresentação
6	NECESSARIO	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	5/11 - 5/11
4	NECESSARIO	
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	5/11 - 5/11
2	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
1	OMEPRAZOL 100 MG/20ML 20 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	5/11 - 5/11
0	Reconstituir 20ML ABD.	
0	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IAMPOLA, 6h/6h	5/11 - 5/11
0	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	5/11 - 5/11
0	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. 02FRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	5/11 - 5/11

Admãe
 Paciente admitido vítima de acidente
 de carro. Aguarda produção de
 radiografia de tórax
 Indicação para cirurgia

Dr. Andrey Leal Wanderley
 CRM: 5525-PB

24/07/2019

HTCG-Panel Administrativo

Data: 24/07/2019
Hora: 09:44:53

Médico (a): Diarista: Schubert Luiz Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHECO Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermagem: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

Data 24/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luiz Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, 2 ML. E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
3	TENOXICAM 20 MG SEMI DIUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	
4	Reconstituir 2ML ABD.	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML, 2 ML. E.V. IAMPOLA, FAZER SE	
5	NECESSARIO	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML, 2 ML. E.V. IAMPOLA, FAZER SE	
6	NECESSARIO	
6	MANTER COM JEJUNO HEPARINIZADO	

Dr. Schubert Costa
Cirurgião de Coluna
CRM/PA 5523

23/07/2019

HPM-Panel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/07/2019

Horas: 10:18:51

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues



GOVERNO
DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18100

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 23/07/2019 HORA: 10:18:44

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE MÃO E COTOVELO
CRM/PB 5523



Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	ST
2	DIFIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. I.V.A.M.P.O.L.A. 6h/6h	12
3	TENOXICAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. I.F.R.A.A.M.P. 12h/12h	12
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. I.V.A.M.P.O.L.A. FAZER SE	ST
5	TRANIADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. I.V.A.M.P.O.L.A. FAZER SE	ST
6	MANTER COM JEIJO HEPARINIZADO	U

MÉDICO(A): Schubert Luiz Costa Rodrigues /

DIA 23/07/2019

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA
 Nº do prontuário: 1948170
 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU
 Idade: 027
 Data de Nascimento: 22/10/1991
 Sexo: M
 Clínica: AMARELA
 Enfermidade: 3
 Leitor: 4
 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

03

GOVERNO
DA PARAIBA

Data: 23/07/2019
 Horas: 10:18:18
 Médico (a): Schubert Luiz Costa Rodrigues

HTCG-Painel Administrativo

23/07/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:41:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318411219100000034567300

Número do documento: 20110318411219100000034567300

22/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 22/07/2019

Horas: 09:51:29

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

03 OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 22/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	5.2.2
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	1.2.2
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1.2.2
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5.2.2
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5.2.2
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO ATT	5.2.2

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



PB

NOME
EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3514777 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO
101.473.264-60 22/10/1991

FILIAÇÃO
PEDRO PEREIRA PACHU
SEVERINA LOPES DE
ALMEIDA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05366585719

VALIDADE
13/03/2023

1º HABILITAÇÃO
01/12/2011

OBSERVAÇÕES

A ;

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
15/03/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

48048176497
PB036478733

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1549095332

PROIBIDO PLASTIFICAR

1549095332



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014665985886

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

LA
C
R
E
D
O
O
4
0
0
3
0
4
1
2

VIA 2 COD. RENAVAM 003580300000 ENTRC 04426 EXERCÍCIO 2018

NOME
ROSINALDO TIETE DA SILVA

CPE/CNPJ 51863499415 PLACA OET2970/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2KD0540CR502205

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC/COTAS
IPVA PAGO EM 00/00/0000 1ª
FAIXA IPVA ***** 2ª
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SUELIO P A G O 09/01/201

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PORTO DE ORIGEM
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL QUE IMADAS - P DATA 10/06/20
01076 361



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014665985886

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

LA
C
R
E

0
0
4
0
3
0
4
1
2

VIA

COD. RENAVAM

ENTR

EXERCÍCIO

2

003580300

00/00000000

2018

NOME

ROSINALDO TIBTE DA SILVA

CPE/CNPJ

51863499415

PLACA

OET2970/PB

PLACA ANT/UF

NOVO PB

CHASSI

9C2KBD540CR502205

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB

2011

ANO MOD

2012

CAP/POT/CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC/COTAS

IPVA PAGO EM 00/00/0000

1ª

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2ª

0

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

09/01/201

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO

DE PORTO OBRIQUEIRA

NAO VAL

PARA TRANSFEREN

LOCAL

DATA

QUEIMADAS

10/06/20

01076

361

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704001 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU **Data do acidente:** 20/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA. P10,14

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455111/19

Vítima: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

CPF: 101.473.264-60

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU : 101.473.264-60

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: 17/12/2019
Nome: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU
CPF: 101.473.264-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

