



Número: **0809308-43.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **16/11/2020**

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	
LUIZ CARLOS DA SILVA (AUTOR)		RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38834097	28/01/2021 11:14	<a href="#">Petição</a>	Petição
38834551	28/01/2021 11:14	<a href="#">2776009_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
38834554	28/01/2021 11:14	<a href="#">2776009_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200347670**

**Vítima: LUIZ CARLOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 17/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUIZ CARLOS DA SILVA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
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: **LUIZ CARLOS DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001456**

Conta: **000000025783-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

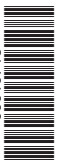
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01485/01486 - carta\_15R - INVALIDEZ

00010743





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 064 357.384-40 4 - Nome completo da vítima: Luiz Carlos da Silva

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

5 - Nome completo: Luiz Carlos da Silva 6 - CPF: 064 357.384-40  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Luiz Cláudio Pereira Siqueira 23 9 - Número: 23 10 - Complemento: A  
11 - Bairro: Cristo Redentor 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58072-825  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 988551045

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 1456 CONTA: 00025783 5  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 contestar-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (v(a)nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

--- 71 V002/2019





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

## **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00266.01.2020.1.05.101**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00266.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:14 horas do dia 23 de setembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Luiz Carlos da Silva**, conhecido(a) por Carlinhos, CPF nº 064.357.384-40, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria da Penha da Silva e José da Penha Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/12/1986 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elmano Pereira de Siqueira, Nº 23-A, complemento CASA, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Próximo da Padaria, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Avenida Ministro José Américo de Almeida, nº S/N, Via Pública, Próximo Ao Mercadinho Beira-rio, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/06/20 06:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


### **Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo CG 150 TITAN ESD, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2012/2012, UF: PB, placa OFH-9226, chassi 9C2KC1650CR309007, renavam 0048743586-9, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO PILOTAVA O VEÍCULO NO LOCAL JÁ DESCRITO AMBOS ANTERIORMENTE ACIMA, PERDEU O CONTROLE DO MESMO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE E QUE O DECLARANTE QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS PERTINENTES A SUA SITUAÇÃO E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM, O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) 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.

  
Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre I. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00266.01.2020.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 23 de setembro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

LUÍZ CARLOS DA SILVA

Noticiante



**CIVIL**  
PARAÍBA

Procedimento Policial: 00266.01.2020.1.05.101

2/2







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 064 357.384-40 4 - Nome completo da vítima: Luiz Carlos da Silva

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

5 - Nome completo: Luiz Carlos da Silva 6 - CPF: 064 357.384-40  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Luiz Cláudio Pereira Siqueira 23 9 - Número: 23 10 - Complemento: A  
11 - Bairro: Cristo Redentor 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58072-825  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 988551045

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 1456 CONTA: 000257835  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 contestar-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (v(a)nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

--- 71 V002/2019



# 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:	16/10/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

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

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CARLOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000025783-5

---

---

Nr. da Autenticação 94B7AE5A8B454561





LUIZ CARLOS DA SILVA  
RUA JUCEBAYO, 227A - CRISTOPOLIS  
JOÃO PESSOA - PB CEP: 58071-023 AD-11

CNPJ: 08.957.398-02

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1  
Classe RES MFC B1 / Subclasse RES CONVENCIONAL  
Unidade CONSUMIDORA  
Roteiro 12-2-501-5140



CADASTRE SUA FATURA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 91013839527

	VALOR DA FATURA		VENCIMENTO
	R\$ 51,84		03/06/2020
	REFERÊNCIA		CONSUMO
	Mai / 2020		63kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS			

DESCRIPTIVO									
QDT	Descrição	QDT	Taxa	Valor	Base Calc.	Alíq.	Valor	Base Calc.	Alíq.
001	Consumo de energia elétrica	63	0,00	63,00	63,00	0,00	63,00	63,00	0,00
002	Imposto de consumo	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor devido de 03/06/2020: R\$ 51,84  
Parcela 1: R\$ 51,84

RESERVADO AO FISCO c7d3 c1eb 296d 5923 e5b1 0f17 6753 26b4

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês	Consumo (kWh)	Descrição	Valor (R\$)
Mai/20	63	Serviço de Luz de Emergência	2,40
Jun/20	49	Serviço de Luz de Emergência	2,40
Jul/20	52	Serviço de Luz de Emergência	2,40
Agos/20	51	Serviço de Luz de Emergência	2,40
Sep/20	54	Serviço de Luz de Emergência	2,40
Out/20	58	Serviço de Luz de Emergência	2,40
Nov/20	59	Serviço de Luz de Emergência	2,40
Dez/20	59	Serviço de Luz de Emergência	2,40
Jan/21	59	Serviço de Luz de Emergência	2,40
Fev/21	59	Serviço de Luz de Emergência	2,40
Marc/21	59	Serviço de Luz de Emergência	2,40
Abr/21	59	Serviço de Luz de Emergência	2,40
Mai/21	59	Serviço de Luz de Emergência	2,40

PRÓXIMA LEITURA  
25/06/2020

REFERÊNCIA 05/2020 - Consumo 0,00 kWh			
MÉDIA	APURADO TRIMESTRAL	ANUAL	LIMITES TENSÃO (V)
3,20	2,00	12,80	CONTRATO 21
2,77			LIMITE INFERIOR
12,22			LIMITE SUPERIOR

#### ATENÇÃO

Declaração de Quitação Anual de Débitos - Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos fatos relativos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora em todo o ano de 2019 e nos anos anteriores. Esta declaração suscita, para a comprovação da quitação dos débitos do consumidor, as seguintes ações: a) a quitação dos débitos dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.  
- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais, site, App, Energia One e WhatsApp (31) 99135-5547

de taxa: 0800 725 245  
Quidvidor: 0800 725 7474

caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1241740 e PRONTUÁRIO nº 123173

PACIENTE: LUIZ CARLOS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 20.12.86

Data e Hora do Atendimento: 17.06.20

Horário: 9:46h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta procedente do ORTOTRAUMA apresentando quadro de trauma no ombro esquerdo com fratura da cabeça do úmero. Atendido pelo Dr. Heisenberg B. M. Almeida CRM 6229, Dr. Remo Soares CRM 2447, Dr. Alexandre Nishimi CRM 10730.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO**

**CID 10 S 42 2**

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**

Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do braço ombro esquerdo AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 28.06.20 com osteossíntese do úmero proximal esquerdo.

**ALTA HOSPITALAR:** Em 29.06.20 às 6:06h.

**Data da Emissão:** 17.08.20

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE  
AUDITOR CVB/HETSHL  
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





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



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1241740



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1512668	Nome LUIZ CARLOS DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/12/1986	Idade 33 anos 5 meses 28 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA PENHA DA SILVA	Pai JOSE DA PENHA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)			
DDD Celular 83	Celular 987166314	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3065717	Nº Cns 705801475129635		
Local de procedência		Tipo	UF	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58071685	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ROSA DE FÁTIMA	
Número 23	Complemento	Bairro CRISTO REDENTOR		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 17/06/2020 09:46:49	Número da pulseira 1000007950031	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Veio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou CARRO PARTICULAR			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
ECG [ ] Ultrasonografia [ ]				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por MISAELE DE JESUS MEDEIROS				Tempo 01seg

Imprimir





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



*Somos todos*  
**PARAIBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Paciente <b>LUIZ CARLOS DA SILVA</b>	BAE <b>1241740</b>	Data/Hora Entrada <b>17/06/2020 09:46:49</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>20/12/1986</b>	Idade <b>33a 5m 28d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987186314</b>
Mãe <b>MARIA DA PENHA DA SILVA</b>		CNS <b>705801475129635</b>	Prontuário
Endereço <b>ROSA DE FÁTIMA, 23</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES</b>	Nº Cons. Regional <b>12412/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>17/06/2020 09:56:09</b>		Data/Hora Prescrição <b>17/06/2020 11:00:03</b>	

### SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica:	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal:	Saturação (spO2):	Hemoglicoteste (HGT):	Cor da Pele: <b>NORMAL</b>
Peso:	Altura (m): 0		

### ANAMNESE

Ortopedia Pte com história de queda de moto há 4 horas, apresenta dor no ombro esquerdo. Veio encaminhado do ortotrauma de mangueira por dr Heizenberg. Ao exame: NV preservado; adm no ombro esquerdo limitada. Rx evidenciando fratura da cabeça do umero esquerdo. Negã elãgia medicamentosa CD: internamento para tto cirurgico Staff: Dr Remo castro

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H  
Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H  
Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA. (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H

### CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

ELETRCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP, PERFIL ESCAPULAR E AXILAR)

### EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

Dr. Andre G. S. Ximenes

CRM-PB 12412



GLICÓSE  
HEMOGRAMA COMPLETO  
UREIA  
IONOGRAMA

**PROCEDIMENTO**

TIPOIA. (OBSERVAÇÕES: MSE)

**CID10**

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

**Conduta**

Internar Paciente

Dr. André G. S. Ximenes  
Médico  
CRM-PB 12412

Enfermeiro

ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES  
(CRM: 12412/PB)

Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 17/06/2020 09:46:50





# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Paciente <b>LUIZ CARLOS DA SILVA</b>	BAE <b>1241740</b>	Data/Hora Entrada <b>17/06/2020 09:46:49</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>20/12/1986</b>	Idade <b>33a 5m 28d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987166314</b>
Mãe <b>MARIA DA PENHA DA SILVA</b>		CNS <b>705801475129635</b>	Prontuário
Endereço <b>ROSA DE FÁTIMA, 23</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>REMO SOARES DE CASTRO</b>	Nº Cons. Regional <b>2447/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>17/06/2020 09:56:09</b>		Data/Hora Prescrição <b>17/06/2020 10:21:58</b>	

## SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica:	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal:	Saturação (spO2):	Hemoglicoteste (HGT):	Cor da Pele: <b>NORMAL</b>
Peso:	Altura (m): <b>0</b>		

## NAMNESE

pcte com trauma no ombro esquerdo com fratura de cabeça de umero encaminhado do ortotrauma de mangabeira por dr heizenberg, solicitado rx

## EXAME DE IMAGEM

### RADIOGRAFIA DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDO

### CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do umero

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Remo Soares  
005002447  
REMO SOARES DE CASTRO  
(: 2447/PB)

Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 17/06/2020 09:46:50



13. ☐ Please do not include this page.

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

**Journal of**  
**Management Education**

BIÓPSIA DE CONGELACÃO:

ÓBITO/DURANTE/ATO CIRÚRGICO

28/6/2020

Dr. Alexandre L. Nishimura  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica do Ombro e Cotovelo  
CRM-PB 10.760 / REG 1997





RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
ANTIBIOTICOPROFILAXIA
Incisão:
INCISAO DELTOPEITORAL
DIVULSAO POR PLANOS
HEMOSTASIA CRITERIOSA
Achados:
FRATURA DE UMEROS PROXIMAL
Condução:

REPARO TUBEROSIDADE COM ETHIBOND + REDUÇÃO CRUENTA
FIXAÇÃO COM PLACA ANATOMICA BLOQUEADA EM UMEROS COM (PHILLUS) + PARAFUSOS
CHECADO SOB ESCOPIA COM BOA REDUÇÃO
CONTROLE DA HEMOSTASIA

Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTÉREIS
RX DE CONTROLE
TIPOIA VELPEAU
Observação:

Dr. Alexandre V. Nishimi  
CRM 10.730 / 1501 1967  
Clínica de Cirurgia e Traumatologia

Médico/CRM:

João Pessoa,

28/6/2020



# Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: <b>Osvaldo Paulos da Silva</b>		IDADE: <b>33a</b> BE <b>12417460</b> ANJO		INTERMÁRIA		LEITO	
CIRURGIÃO: <b>Fratura de úmero proximal (E)</b>		CIRURGIÃO: <b>Dr. Tiburcio + Dr. Alexandre</b>		ANESTESIA: <b>flexo + oxidação</b>		ANESTESISTA: <b>Dr. Antônio + Dr. Anderson (K.)</b>	
INSTRUMENTADOR: <b>Rox</b>		DATA: <b>28.06.2020</b>		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: <b>09:40</b>		FIM: <b>10:07:55</b>	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)		ASA <b>X</b> ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5		GRAU DE CONTAMINAÇÃO <b>X</b> COMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECCIONADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA		FIM: <b>09:30</b>	
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.		MATERIAIS CONT.		QTD.	
ALFENTANIL				JELCO Nº 11		FIO CAT GUI CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA				JELCO Nº 12		FIO CAT GUI CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº 13		FIO DE AÇO Nº	
STANDNA				JELCO Nº 14		FIO DE AÇO Nº	
PROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES		QTD. LÂMINA BISTURI Nº 11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70% <b>OK</b>		LÂMINA BISTURI Nº 13		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL		FVPI DEGERMANTE <b>OK</b>		LÂMINA BISTURI Nº 23		FIO POLIGLACTINA Nº <b>20</b>	
FLUMAZENIL		FVPI TINTURA <b>OK</b>		LÂMINA BISTURI Nº 34		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		FVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOSUPVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO <b>OK</b>		LÂMINA DE ENDERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOSUPVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS		QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAP. <b>10</b>		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº 6 <b>1</b>		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X37		LUVA ESTÉRIL Nº 5 <b>1</b>		FIO POLIGLACTINA Nº	
MEDAZOLAM		AGULHA 25X38		LUVA ESTÉRIL Nº 5		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº 5		FIO CARDIACA	
NIMETILUM		AGULHA PERIDURAL Nº 16		MASCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº 17		MULTIVIAS		QTD.	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº 18		PERFORADOR DE SORO		CATER DE PIC	
PROPÓFOL		AGULHA RAQUÍ Nº 250		SCALP Nº 9		CIMENTO CIRÚRGICO	
RAMFENTANIL		AGULHA RAQUÍ Nº 250		SCALP Nº 12		CLIP TITÂNIO LIGATURA	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº 250		SERINGA 1ML		FIO DE KIRSCHNITZ Nº <b>1,5</b>	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 1ML		FIO DE KIRSCHNITZ Nº <b>2,0</b>	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CUSPOM <b>1</b>		SERINGA 10ML		FIO STEDMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 10ML		FIO STEDMAN Nº	
MEDICAÇÕES		QTD.		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 1		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		CANULA P. TRAQUEOSFONDA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10		MEMIST. ABSORVÍVEL	
GLA DESTILADA		CATER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ATROPINA		CATER. EMBOLEO AXILAR Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14		PRÓTESE VASCULAR	
HEXTRA		CATER. EPIDURAL Nº 16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16		KIT PAM	
CEFALOTINA		CATER. EPIDURAL Nº 17		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 18		FOLADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA		CATER. EPIDURAL Nº 18		SONDA FOLEY NYLON Nº 12		EMPRESA	
DIPTRONA SÓDICA		CERA PARA OSO		SONDA FOLEY NYLON Nº 14			
EFEDRINA		COLLET. URINA FLECHADO		SONDA NAROG. CURTA		PARAFUSOS CORTICIAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS <b>10</b>		SONDA NAROG. LONGA		PARAFUSOS CORTICIAIS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA LITETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONDOSES	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE FENROSE		TORNEQUEIRA		PARAFUSOS ESPONDOSES	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELIDA		ELETRODOS <b>1</b>		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
ONDASETRONA		EQUINO MACROGOTAS <b>1</b>		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
PLASL		EQUINO TRANSF. SANGUE		TUBO SILICONE (ATEX)		PLACA	
PROSTOMINE		EQUINO MICROGOTAS					
PROTAMINA		ESPONJA DE FVPI		FIOS		EQUIPAMENTOS	
TENOCUCAN		ESPALADRAPO		FIO ALGODÃO SIA Nº		QTD. 1) ASPIRADOR	
		GAZES <b>OK</b>		FIO ALGODÃO SIA Nº		2) BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODÓCIDAS		FIO ALGODÃO SIA Nº		3) CAPNÓGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO <b>OK</b>		FIO ALGODÃO SIA Nº		4) CARDIOMONITOR	
		JELCO Nº 14		FIO ALGODÃO SIA Nº		5) DESETEBLADOR	
		JELCO Nº 16		FIO ALGODÃO SIA Nº		6) FOCO AURICULAR	
		Agulha 13x4,5		FIO ALGODÃO SIA Nº		7) FOCO CENTRAL	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		8) MICROSCOPIO	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		9) OXÍMETRO DE PULSO	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		10) PIA INVASIV. NÃO INVASIVA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		11) PERFURADOR ELÉTRICO	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		12) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		13) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		14) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		15) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		16) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		17) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		18) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		19) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		20) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		21) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		22) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		23) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		24) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		25) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		26) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		27) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		28) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		29) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		30) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		31) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		32) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		33) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		34) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		35) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		36) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		37) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		38) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		39) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		40) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		41) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		42) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		43) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		44) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		45) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		46) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		47) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		48) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		49) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		50) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		51) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		52) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		53) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		54) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		55) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		56) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		57) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		58) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		59) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		60) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		61) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		62) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		63) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		64) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		65) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		66) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		67) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		68) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		69) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		70) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		71) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		72) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		73) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		74) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		75) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		76) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		77) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		78) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		79) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		80) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		81) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		82) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		83) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		84) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		85) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		86) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		87) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		88) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		89) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		90) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		91) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		92) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		93) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		94) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		95) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		96) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		97) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		98) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		99) SERRA	
				FIO ALGODÃO SIA Nº		100) SERRA	

usado 1/2 guax

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:30



## CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS

HEBTS/SH

### Período Pré-Operatório

16/02  
Domingo

#### 1.1 Dados de Identificação

Nome: Paulo Carlos Silva  
Idade: 33 Sexo: M BE/Prontuário: 1243790  
Data da visita Pré-Operatória: 26/06/20 Hora: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ leito: \_\_\_\_\_  
Alergias: ( ) sim ( ☒ ) não ( ) não sabe Quais: \_\_\_\_\_  
Dor: ( ) presente ( ) ausente Local: \_\_\_\_\_  
Sítio Cirúrgico - Passado Cirúrgico: \_\_\_\_\_  
Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_  
Checar exames pré operatório( hemograma, glicemia, SSVV, ECG e risco cirúrgico)  
OBS: OK  
Chegar documentos: visita pré-cirúrgica ( ☒ ), visita pré - anestésica ( ) Termo de autorização para procedimento cirúrgicos( ) OBS: \_\_\_\_\_  
Utilização( ) sim ( ) não  
Orientações:  
( ☒ ) Retirar prótese e adornos  
( ☒ ) Jejum informado  
( ☒ ) Orientação sobre: banho com clorexidina deg-1-2horas antes da cirurgia mais higiene oral criteriosa, confortar o paciente explicando o procedimento e funcionamento do centro cirúrgico  
( ☒ ) Realizar tricotomia Dra. Fabiana Costa, Vendas  
Enfermeiro/Coren(a): CORENE PEREIRA ENF  
Obs. Sinalizar aos enfermeiros plantonistas e aos médicos responsáveis quaisquer pendências.

### Período Transoperatório

Procedimento: Tto. Cir. de Trat. de Útero Proximal (E)  
1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

( ☒ ) identidade concluída/avaliação pré-anestésica  
( ☒ ) Sítio demarcado ( ☒ ) Consentimento informado  
( ☒ ) Procedimento cirúrgico ( ☒ ) Jejum  
( ☒ ) Verificação de segurança anestésica

> O PACIENTE POSSUI:

Via aérea difícil/ risco de aspiração?

( ) Não ( ☒ ) Sim e equipamento/ Aspiração disponível ( ) Houve recusa de resposta médica

Risco de perda sanguínea > 500ml. ( 7ml/kg em crianças)?

( ) Não  
( ☒ ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos  
( ☒ ) Reserva Hemocomponentes  
( ) Houve recusa da resposta médica

> Checagem equipamentos

( ☒ ) Monitorização ( ☒ ) Bisturi elétrico (placa+cabo) ( ☒ ) Suporte de oxigênio  
( ☒ ) Aspirador ( ☒ ) Carro de anestesia + gases + oxigênio e agentes inalatórios  
( ☒ ) OPME ( ☒ ) não se aplica ( ☒ ) Realização de desinfecção na sala N° 01  
( ☒ ) Conferir esterilização das embalagens ( ) Houve recusa da resposta médica

> ACESSO VENOSO

( ☒ ) Periférico ( ) ACV

F(NG).ASCIR.035-1





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Trazendo o melhor para o paciente



Governo do Estado  
**PARAIBA**  
Governo do Estado

Documento de Alta

<b>Nome:</b> LUIZ CARLOS DA SILVA			<b>Número Prontuário:</b> 123173
<b>Data de Nascimento:</b> 20/12/1986	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 17/06/2020 12:27:54	<b>Data de Alta:</b> 29/06/2020 06:06:15
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> TRATAMENTO CIRURGICO DE UMEROS PROXIMAL ESQUERO			
<b>Resumo da Internação:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMEROS PROXIMAL E #12º DIA ADMISSAO: Paciente com historia de queda de moto ha 4 horas, apresenta dor no ombro esquerdo. Vem encaminhado do ortotrauma de mangabeira por dr Heizenberg. Ao exame: NV preservado; adm no ombro esquerdo limitada. Rx evidenciando fratura da cabeça do umero esquerdo. Nega alergia medicamentosa HOJE, PACIENTE NO 1º DPO OSTEOSSISTENTE DE UMEROS PROXIMAL E SEM INTERCORRENCIAS. POR DR ALEXANDRE NISHIME CD: ALTA HOSPITALAR ATB ANES ANALGESICOS ORIENTACOES RETORNO AMBULATORIAL HEMI-J STAFF DR HEISEMBERG			
<b>Resultado de Exames:</b> RADIOGRAFIA EXAMES LABORATORIAIS EXAME CLINICO			
<b>Tratamento:</b> ALTA HOSPITALAR ATB ANES ANALGESICOS ORIENTACOES RETORNO AMBULATORIAL HEMI-J			
<b>Diagnóstico:</b> S42.2 - Fratura da extremidade superior do umero			
<b>Recomendações:</b> TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS SEGUIR ORIENTAÇÕES RETORNO AMBULATORIAL			

Data: 28/06/2020

Dr. Heizenberg R.M. Almeida  
MÉDICO CRM PB/6629  
CNS 90001627-2/04340

CLEMENTINO ALEXANDRE DE  
CALDAS NETO  
CRM: 7596 - PB





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma



Senador Humberto  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

### Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR(A)

**LUIZ CARLOS DA SILVA**

RG (IDENTIDADE)

**3065717**

FOI ATENDIDO(A) POR **CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO**

DO(A) **SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

NO DIA **17/06/2020 10:05:41**

NECESSITANDO DE **60**

**- sessenta**

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID: **S42.2**

**S42.2**

OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

*J. Pessoa* **29/06/2020**  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ODONTÓLOGO

(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO  
ART. 27 DE CLPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E  
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE  
AFASTAMENTO DO TRABALHO.

*Clementino Alexandre de Caldas Neto*  
**CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO**  
(7596/PB)

HULTSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



3218-5822



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



### CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Luiz Carlos da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 14/06/2020

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ FICHA: \_\_\_\_\_

MÉDICO (CARIMBO): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: Fratura Unco Proximal

PROCEDIMENTO: Fixação Cirúrgica

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNOS	SALA
<u>Em 10 dias</u>	<u>Ortopedia</u>		
	<u>Dr. Alexandre Pishine</u>		
	<u>em especialidade</u>		
	<u>e Ambrósio</u>		

F(NG).APC.035-1





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
1631715571

**PRIMEIRO PLÁSTICO**  
1631715571

**NOME**  
LUIZ CARLOS DA SILVA

**DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF**  
3065749 / SSP / PB

**CNPJ**  
064.357.384-40

**DATA NASCIMENTO**  
20/12/1986

**FUNÇÃO**  
JOSE DA PENHA SILVA  
MARIA DA PENHA DA SILVA

**PERMISSÃO**  
[ ]

**ACC**  
[ ]

**CARTELA**  
AO

**1ª EMISSÃO**  
04688657390

**VALIDADE**  
30/11/2023

**1ª RENOVAÇÃO**  
06/07/2009

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
LUIZ CARLOS DA SILVA

**LOCAL**  
JOÃO PESSOA, PB

**DATA EMISSÃO**  
15/12/2017

**76878474665**  
P8035815582

**PARAÍBA**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

**P. 920**

**ASSINATURA DO TITULAR**  
LUIZ CARLOS DA SILVA

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**REGISTRO GERAL**  
3065717

**DATA DE EMISSÃO**  
27/12/2002

**NOME**  
LUIZ CARLOS DA SILVA

**FILIAÇÃO**  
JOSE DA PENHA SILVA  
MARIA DA PENHA DA SILVA

**JOÃO PESSOA, PB.**  
20.12.1986

**Cert. Nascimento Nº 42855-fls. 106.11v. A-40**

**DOC. ORIGEM**  
3065717 - João Pessoa, PB.

**CPF**  
064.357.384-40

**ASSINATURA DO DIRETOR**  
[ ]

**VALIDADE**  
27/12/2002

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**  
Cadastro de Pessoas Físicas

**Número de Inscrição**  
064.357.384-40

**NOME**  
LUIZ CARLOS DA SILVA

**Nascimento**  
20/12/1986

**Sistema Único de Saúde**

**CPF**  
064.357.384-40

**DISQUE SAÚDE 136**

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque Saúde.

**VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.**

**SUS**







SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS POR  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE  
TRANSPORTADAS OU NA

CAUSADOS POR VEICULOS  
POR SUA CARGA, A PESSOA  
SEGURO DPVAT

PB Nº 014666609934

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

22/08/2019

VIA

06435738440

CPE / CNPJ

PLACA  
OFH9226/ PB

RENAVAM  
00487435869

MARCA / MODELO  
HONDA / CG 150 TITAN ESD

ANO FAB  
2012

CAT. TAXA  
9

Nº CHASSI  
9C2KC1650CR309007

### PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)  
\*\*\*\*\*

DENATRAN (R\$)  
\*\*\*\*\*

CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$)  
\*\*\*\*\*

IOF (R\$)  
SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)  
P A G O

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO  
19/08/2019

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

52006-1531051-20190822

6102-101



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200347670 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 17/06/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CABEÇA DO ÚMERO ESQUERDO.P.3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA+PARAFUSOS) - ALTA MÉDICA.  
P.3,6,7,10

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** VÍTIMA COM 33 ANOS/FOLHA CIRÚRGICA-P.6,7.

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





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### - IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_  
DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( ) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### - DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

*Suelio Moreira Torres*

DATA

NOME

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274187/20

**Vítima:** LUIZ CARLOS DA SILVA

**CPF:** 064.357.384-40

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 17/06/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUIZ CARLOS DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**LUIZ CARLOS DA SILVA : 064.357.384-40**

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](http://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: 28/09/2020  
Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA  
CPF: 064.357.384-40

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

\_\_\_\_\_  
LUIZ CARLOS DA SILVA

\_\_\_\_\_  
IVANEIDE DE PAIVA FREIRE







EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

**Processo: 08093084320208152003**

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

**DO LAUDO PERICIAL**

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

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 26 de janeiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811143060000000037023642>  
Número do documento: 21012811143060000000037023642