



Número: **0802737-96.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IARA CANDIDO PEREIRA (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47221 287	17/08/2021 11:48	<a href="#">Petição</a>	Petição
47221 290	17/08/2021 11:48	<a href="#">2778882_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02</a>	Outros Documentos
47221 292	17/08/2021 11:48	<a href="#">2778882_JUNTADA_DE_DOCS_01</a>	Outros Documentos
47219 496	17/08/2021 11:39	<a href="#">Certidão</a>	Certidão

EM ANEXO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do acidente: 22/07/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO(BILATERAL) COM LESÃO DO NERVO RADIAL DIREITO.  
FRATURA DO ARCO COSTAL ESQUERDO.  
FRATURA DO RAMO PÚBLICO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- ÚMERO  
TRATAMENTO CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

### 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do acidente: 22/07/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de arco costal esquerdo.  
Fratura diafisária de úmero bilateral.  
Lesão do nervo radial direito.  
Fratura de ramo púbico esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM BRAÇO DIREITO E ESQUERDO COM PERDA DE 100% DE EXTENSÃO DE MÃO + PUNHO DIREITO + PREJUÍZO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO + DEFICIT DA ELEVACÃO E ABDUÇÃO EM 50% DE OMBRO DIREITO.  
OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 50% ROTAÇÃO INTERNA, ROTAÇÃO EXTERNA E ABDUÇÃO.  
COM QUEIXAS LOMBARES NA DEAMBULAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO OSTEOSÍNTESE DOS DOIS ÚMEROS COM EXPLORAÇÃO DE NERVO RADIAL DIREITO.  
ALTA EM 13-08-2018.  
FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do membro superior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Umberto Jansen de Moraes Lima

**CRM do médico:** 5769

**UF do CRM do médico:** PB

### 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			65 %	R\$ 8.775,00



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439917/18

Número do Sinistro: 3180572513

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

CPF: 714.740.884-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IARA CANDIDO PEREIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**IARA CANDIDO PEREIRA : 714.740.884-57**

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/12/2018  
Nome: IARA CANDIDO PEREIRA  
CPF: 714.740.884-57

IARA CANDIDO PEREIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2018  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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, 06 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180572513

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), IARA CANDIDO PEREIRA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01293/01294 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050647



Carta nº 13680034



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 11:48:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081711480813300000044846748>

Número do documento: 21081711480813300000044846748

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **IARA CANDIDO PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180572513**

Vítima: **IARA CANDIDO PEREIRA**

Data do Acidente: **22/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180572513**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13680213

Pag. 00183/00184 - carta\_01 - INVALIDEZ







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, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180572513

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00351/00352 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050176



Carta nº 13704994



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 11:48:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081711480813300000044846748>

Número do documento: 21081711480813300000044846748



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
0430917138	714.740.884-57	Jana Comelido Pereira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Jana Comelido Pereira		714.740.884-57
Profissão:	Endereço:	Número:
Não informar	Rua Zulmira de Novais	228
Bairro:	Cidade:	Estado:
Itizineiro	Jacaré	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
abnaca.ete@gmail.com	58088-610	83 991928028

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

RENDA MENSAL:	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA			

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 1033	CONTA: 108728
(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e data, Jacaré 05/12/2018	TESTEMUNHAS
Nome:	CPF:	1ª   Nome: _____
CPF:		CPF: _____
		Assinatura _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2ª   Nome: _____
x Jana Comelido Pereira		CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	

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

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

FPS.001 V001/2018



**CAIXA**

**NOME: IARA CANDIDO PEREIRA**

**AG: 1033**

**OP: 013**

**C/P: 108728-7**







POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



**DADOS DO ACIDENTE**

Nº BOAT <b>0514 - 2018</b>	Responsável pelo Levantamento do Acidente: <b>EDSON CRISPIM DA SILVA</b>	Posto/Graduação: <b>SGT/PM</b>
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: <b>PB 004</b>	Hora <b>10:45</b>	Bairro <b>Zona Rural</b>
Município: <b>Santa Rita</b>	U.F. <b>PB</b>	
Data da Ocorrência <b>22/07/2018</b>	Dia da Semana <b>Domingo</b>	C/S Vítima (QT) <b>Com/02</b>
Tipo de Acidente <b>Queda/Colisão</b>	Tipo de pavimento <b>Asfalto</b>	Condições da Pista <b>Seca</b>
Condições do Tempo <b>Boa</b>	Envolvidos no acidente (Quantidade) <b>02 veículos</b>	Controle do tráfego <b>Pista Simples de sentido duplo</b>

**CONDUTOR 01**

Nome <b>Jonata Jeronimo Fontes</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>07/06/1984</b>	RG <b>2644179</b>
Endereço <b>Rua Eng. Franklin Pereira da Silva, 105, Cuiá, PB – Tel.(083)98636-1032</b>			
1ª Habilitação <b>16/08/2002</b>	Categoria <b>B</b>	Registro CNH N.º <b>02473192150</b>	U.F. <b>PB</b>
Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>11/03/2021</b>	Usava cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete <b>-</b>
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Sim (0,00 mg/l)</b>		Destino do Condutor <b>Permaneceu no local</b>	

**VEÍCULO 01**

Marca/Modelo <b>Mitsubish L200</b>	Espécie <b>Caminhonete</b>	Placa <b>PAO 4743</b>	Categoria <b>Oficial</b>	Município <b>Brasília</b>	U.F. <b>DF</b>
Nome do Proprietário <b>Ministério da Justiça</b>					
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>012221034319</b>	Renavan N.º <b>01082658941</b>	Data da Emissão <b>08/04/2016</b>		
Condições do Veículo Antes do Acidente					

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor declarou que: o condutor 02 desobedeceu ordem de parada na base 02 da CPRV, PB 004, nesse momento foi feito um acompanhamento tático já que o condutor 02 saiu em alta velocidade e na tentativa de fuga da viatura, o condutor 02 tentou uma manobra vindo a cair da motocicleta, não podendo evitar o acidente.

**CONDUTOR 02**

Nome <b>Sônio Monteiro Juriti</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>15/06/1983</b>	RG <b>2889349</b>
Endereço <b>Rua Sítio Tavares S/N, Zona Rural, Rio Tinto PB.</b>			
1ª Habilitação <b>Não Habilitado</b>	Categoria <b>-</b>	Registro CNH N.º <b>-</b>	U.F. <b>-</b>
Ex.méd./Dia <b>-</b>	Data Vencimento <b>-</b>	Usava cinto <b>-</b>	Usava Capacete <b>-</b>
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Não</b>		Destino do Condutor <b>Socorrido ao Hospital</b>	

**VEÍCULO 02**

Marca/Modelo <b>Honda Fan</b>	Espécie <b>Motocicleta</b>	Placa <b>QFJ 7804</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>Lucena</b>	U.F. <b>PB</b>
Nome do Proprietário <b>Sônio Monteiro Juriti</b>					
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>-</b>	Renavan N.º <b>1084623428</b>	Data da Emissão <b>-</b>		
Condições do Veículo Antes do Acidente <b>Nada constatado</b>					

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Versão prejudicada, pois até a presente data o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 28/08/2018  
ASSINATURA



## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0514 - 2018

## VÍTIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento	Viajava no Veículo Nº
Sônio Monteiro Juriti	Masculino	15/06/1983	02
Endereço			
Rua Sítio Tavares S/N, Zona Rural, Rio Tinto PB.			
Condição da Vítila	Conduzida Para	Usava Cinto	Usava Capacete
Condutor	Hospital de Trauma		

## VÍTIMA 02

Nome	Sexo	Nascimento	Viajava no Veículo Nº
Yara Cândido Pereira	Feminino		02
Endereço			
Rua Escritor Carlos Porto, 37, Popular, Santa Rita			
Condição da Vítila	Conduzida Para	Usava Cinto	Usava Capacete
Passageiro	Hospital de Trauma		

## TESTEMUNHA 01

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Marcelo Mendes de Oliveira	Masculino	30/01/1982	2733239
Endereço			
Sítio Jaques, Zona Rural, Cruz do Espírito Santo, PB – Tel.(083)998156-7628			

## VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

Disse que trafegava na via “A”, no sentido da VTR, momento em que o V2 fez uma manobra cruzando a frente da VTR.


## CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: envolveu VTR 1591 e uma motocicleta, condutor 02 e passageiro atendido non local pelo Samu USB 10, Enf. Raquel e levado ao Hospital de Trauma, com lesões nos membros superiores e inferiores. V1(Caminhonete) deixou marca de frenagem de 06 metros. Condutor 01 submetido ao teste do etilômetro, resultado 0,00mg/l, V1 liberado no local, V2(Motocicleta) removido ao pátio do BPTTran.

João Pessoa – PB, 16 de Junho de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 28/08/2018

ASSINATURA

  
Edson Crispim Da Silva – SGT PM  
Responsável pelo Levantamento







POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0514 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo:  
MMC L200

Placa:  
PAO 4743

Responsável pelo Preenchimento:  
SGT Crispim

Data:  
22/07/2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:  
Honda Fan

Placa:  
QFJ 7804

Responsável pelo Preenchimento:  
SGT Crispim

Data:  
22/07/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)				
							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 16 de Junho de 2018.

Edson Crispim Da Silva – SGT PM  
Responsável pelo Levantamento



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 28/08/2018



EM BRANCO





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0514/ 2018

FOTOS DO V1

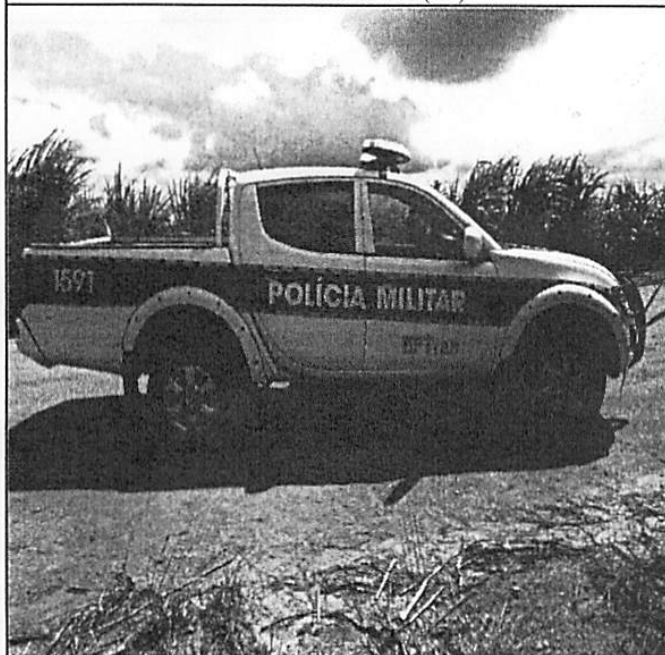
FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 28/08/2018

ASSINATURA

Edson Crispim da Silva 3º Sgt PM  
Responsável pelo Levantamento







POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0514/ 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 28/08/2018  
ASSINATURA

Edson Crispim da Silva 3º Sgt PM  
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0514/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - PB 004

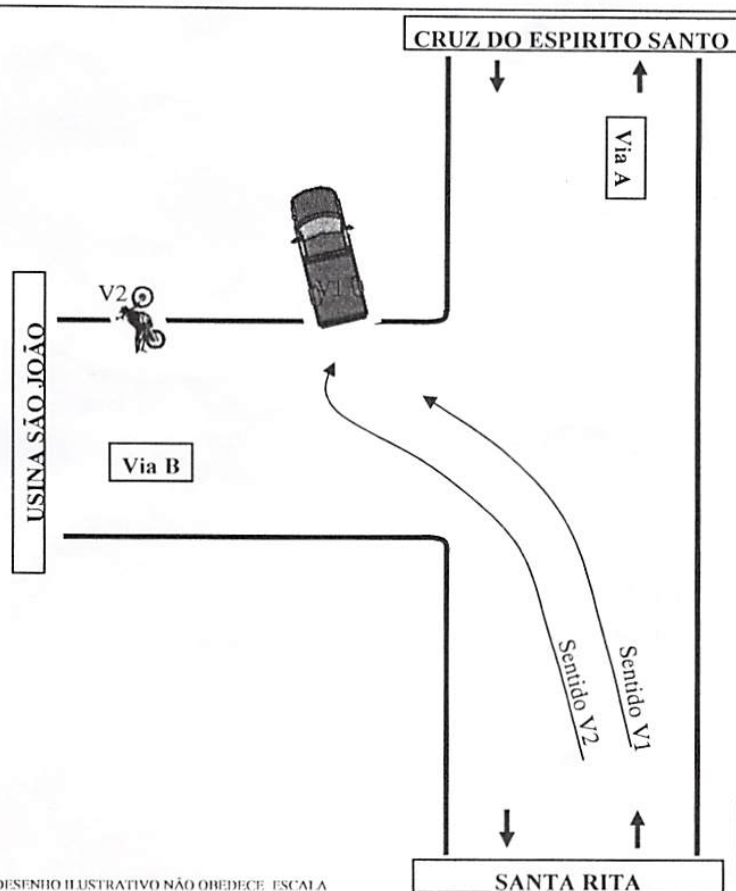
VIA "B" - Estrada da Usina São João

PR (Ponto de Referência) Matadouro José de Arnaldo

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa/ Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 03.50 e Traseiro Esquerdo 00.00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 02.00 e Traseiro Direito 00.40 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

Edson Crispim da Silva 3º Sgt PM  
Responsável pelo Levantamento



EM BRANCO







ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
SINDICÂNCIA

**TERMO DE DECLARAÇÃO DA VÍTIMA**

Aos vinte e oito dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Santa Rita- PB, por volta das 10h30min, presente **A VÍTIMA** consciente e orientada, em sua própria residência por motivos de saúde, abaixo qualificada da forma seguinte: a Sr<sup>a</sup> YARA CÂNDIDO PEREIRA, brasileira, natural de Santa Rita- PB, com vinte e três anos de idade, filha de Silvana Cândido Pereira, solteira, residente na Rua Escritor Carlos Porto, 37, Alto das Polulares - PB, sabendo ler e escrever. Presente na audiência o Advogado LUCIANO GONÇALVES DE ANDRADE JÚNIOR, OAB- 17348-B. Perguntada a respeito do fato, cuja Portaria nº 116.2018.012.0025 P/1-BPTran, datada de 07 de agosto de 2018, instaurada pelo Ilmo. Sr. TC QOC JUCIER PEREIRA DE LIMA, Comandante do BPTran para apurar fato constante nos documentos anexados à Portaria da Sindicância referenciada, e documentos anexos que lhe foram lidos, respondeu que: no dia 22 de julho deste ano, por volta das 11 horas do dia, estava na residência de sua avó na Cidade de Santa Rita e telefonou para um moto táxi para fazer uma viagem para Cidade de Cruz de Espírito Santo para visitar o pai. Que: conhecia o moto táxi só de vista e tinha o contato desse moto táxi onde ligava para ele quando precisava. Que: quando passou na Manzuá de Santa Rita tinha 2 (dois) policiais e 1(uma) viatura que deu ordem para o moto táxi parar, porém o moto táxi apenas diminuiu a velocidade e disse que não ia parar porque era moto táxi e aumentou a velocidade para fugir dos policiais chegando a uma velocidade de aproximadamente 120 km/h. Que: aconteceu o acidente próximo à entrada da Usina São João onde a estrada é só de barro e plantação de cana dos dois lados não sendo muito distante do posto. Que: a viatura já estava bem próxima da moto foi quando a moto derrapou no barro, o mototaxista perdeu o controle, reduziu fortemente a velocidade, a viatura bateu na traseira da moto e passou por cima da moto e dos 2 (dois) que estavam na moto. Que: antes de acontecer o acidente olhou para trás e percebeu que os policiais estavam perseguindo a moto com a viatura e pediu para o moto taxista deixar descer da moto, mas ele disse que não ia parar porque os policiais iam alcançar ele. Que: o local onde aconteceu o acidente não tem movimento de pedestres, mas passam alguns carros e motos, porém na hora do acidente não tinha pessoas por perto e por isso não tinha testemunhas. Que: não visualizou se a viatura e a moto sofreram danos. Que: após o acidente ficou caída em baixo do carro e o mototaxista do lado, ficando os 2 (dois) gritando muito e em seguida encheu de pessoas curiosas no local. Que: a ambulância do SAMU chegou em aproximadamente 5 (cinco) minutos após o acidente e foram levados para o Hospital de Traumas em João Pessoa. Que: passou uns 24 (vinte e quatro) dias no Hospital de Traumas e mais uns 8 (oito) dias no Hospital HTOP. Que: nunca foi presa e nem conduzida para a delegacia de Polícia, sendo apenas estudante do ensino fundamental. Que: após o acidente um dos policiais apenas teria perguntado estressado se alguém estava com drogas, mas depois de um tempo ficou chorando dizendo “a moça quase morreu” e dizendo também “porque não parou a moto”. Que: reconhece os 2 (dois) policiais, mas antes do acidente nunca tinha visto os 2 (dois) policiais. Que: acha que a culpa do acidente foi do moto taxista que desobedeceu a ordem e não é culpa dos policiais que estavam apenas fazendo o serviço deles. Que: quebrou os 2 (dois) braços, mas não foi fratura exposta e também quebrou a bacia em 1 (um) só local do lado esquerdo. Que: perguntado pelo advogado se os policiais tinham a intenção de machucar eles? Respondeu negativamente.

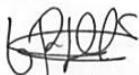


*[Handwritten signature]*





Nada mais disse, nem lhe foi perguntado, pelo que se deu por encerrado este Termo, o qual depois de lido e achado conforme, vai legalmente assinado.



WALDIRLANE **PORTELLA** DOS SANTOS – CAP QOC  
Sindicante



YARA CÂNDIDO PEREIRA  
Vítima

LUCIANO GONÇALVES DE ANDRADE JÚNIOR  
OAB- 17348-B





# 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: <b>04309917118</b>	CPF da vítima: <b>714.740.884-57</b>	Nome completo da vítima: <b>Sara Comédico Pereira</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <b>Sara Comédico Pereira</b>		CPF: <b>714.740.884-57</b>
Profissão: <b>Não Informar</b>	Endereço: <b>Rua Zolmiria de Novais</b>	Número: <b>228</b>
Bairro: <b>Itizineiro</b>	Cidade: <b>Jacaré</b>	Complemento: <b>Casa</b>
E-mail: <b>abnaca.ete@gmail.com</b>	Estado: <b>PB</b>	CEP: <b>58088-610</b>
		Tel. (DDD): <b>83 991928028</b>

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECURSO 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <b>1033</b>	CONTA: <b>108728</b>	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

## 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Imprensa digital da vítima ou beneficiário do acidente Local e Data, <b>Jacaré PB 05/12/2018</b> Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <b>Sara Comédico Pereira</b>	<b>TESTEMUNHAS</b> 1ª   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura 2ª   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura
--	--

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018



# 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:	21/12/2018
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	8.775,00
--------------	----------

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

CLIENTE: IARA CANDIDO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000108728-7

---

---

Nr. da Autenticação 7E69AE68AF2EC66E







Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DO PARÁIBA

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

Boletim de Atendimento: 1096217



**Identificação do paciente**

ID 1308863	Nome IARA CANDIDO PEREIRA	Sexo Feminino
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22 anos 11 meses 6 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA	Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987595950	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência SANTA RITA		Tipo MUNICIPIO
Email	Naturalidade SANTA RITA	UF PB
		CBO/R

**Endereço**

CEP 58301300	Município de residência SANTA RITA	UF PB
Número 37	Complemento	Logradouro ESCRITOR CARLOS PORTO
		Bairro POPULAR

**Admissão**

Data e Hora 22/07/2018 12:32:02	Número da pulseira 1000059891948	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	

Classificação de risco	Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA	mmHg	Pulso	Temperatura
----	------	-------	-------------

**Exames complementares**

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos  
paciente IEOP, eventualmente, apresenta possível fratura em MSDIE. Segue aos cuidados

Diagnóstico

Atendido por  
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

imprimiu

COFEN 10.000



22/07/2018 10:11

JOSEFA MARCOLINO DE OLIVEIRA  
RUA ZULMIRA DE NOVAIS 228 CASA - OITIZEIRO  
CEP 58088-610 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcl.: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA / Monofásica

Roteiro: 018-0002-539-0380

Nº do Medidor: 00008291669

0  
Referência: FEV/18  
Emissão: 01/03/2018



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-61  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.822

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica

Atendimento ao Cliente ENERGISA  
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta

0800 083 0196 ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00005250113

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/525011-3

CANAL DE CONTATO

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um electricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

#### Indicadores de Qualidade

LIMITES DA ANEEL	12/2017 - APURADO	Conjunto Mustré	LIMITE DE TENSÃO (V)
DIC MENSAL	5,43		NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	10,86		CONTRATADA
DIC ANUAL	21,73		LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	3,36		LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	6,72		
FIC ANUAL	13,5		
DMIC	3,11		
DICRI	12,22		

DIC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DICRI: Duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito à compensação. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.

#### DADOS DO CLIENTE

JOSEFA MARCOLINO DE OLIVEIRA

RUA ZULMIRA DE NOVAIS 228 CASA

JOAO PESSOA

CNPJ/CPF/RANI 20370199472

INSC. EST. 000000000000

#### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA/PB	0,00	0,00
COMPRA DE ENERGIA	0,00	0,00
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	0,00	0,00
ENCARGOS SETORIAIS	0,00	0,00
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	0,00	0,00
OUTROS SERVIÇOS	30,68	100,00
TOTAL	30,68	100,00

- Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 12/2017): R\$ 0,00

#### CONTA REFERENTE A

FEV/18

#### APRESENTAÇÃO

06/03/2018

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

29/03/2018

#### FATURAS EM ATRASO

09/02/2018	30,68
12/01/2018	30,68
13/12/2017	30,68
14/11/2017	37,09
06/10/2017	46,52
06/09/2017	142,42
04/08/2017	142,42
06/07/2017	152,94
05/06/2017	138,34
08/05/2017	218,67
05/04/2017	170,22
07/03/2017	127,20

ANTERIOR	ATUAL
DATA	DATA
29/01/18	28/02/18
11861	11861
	1
	0
	30

#### DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) (1,1288%)	COFINS (R\$) (5,1994%)
0806	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0806	PARCELAMENTO DE DÉBITO 40/72			30,68	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item Total: 30,68 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00



#### ATENÇÃO

- Além das faturas em atraso acima, existe(m) 22 fatura(s) no montante de R\$ 4.206,86 relativa(s) a período(s) anterior(es).  
- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 31/03/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere essa mensagem.  
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.  
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.  
- Leitura não processada

Media últimos meses (kWh)

111

VENCIMENTO

13/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 30,68

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

0	0	0	0	30	165	162	181	150	285	193	141
JAN/18	DEZ/17	NOV/17	OUT/17	SET/17	AGO/17	JUL/17	JUN/17	MAI/17	ABR/17	MAR/17	FEV/17

Reservado ao FISCO

91e9.62ef.39da.4d6f.9006.91c5.1428.9ac5



DESTAQUE AQUI

JOSEFA MARCOLINO DE OLIVEIRA

Roteiro: 018-0002-539-0380

83680000000-9 30680149000-5 05250112018-3 02900002019-7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 11:48:08

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081711480813300000044846748

Número do documento: 21081711480813300000044846748

Itaú Unibanco S.A.



CTC REC'D 11 16 1966



IARA CANDIDO PEREIRA  
RUA ZULMIRA NOVAIS 213  
OITIZEIRO  
58088-610 JOAO PESSOA PB



721109423013383000002574330071118

Data de Postagem: 07/11/2018      Data de Vencimento: 22/11/2018



QJ031 7981 MD30100 REM - C

PARA USO DAS COMISSÕES	1. Modos de	<input type="checkbox"/>
2. Indicação referente	<input type="checkbox"/>	
3. Não existe o material indicado	<input type="checkbox"/>	
4. Determinado	<input type="checkbox"/>	
5. Recusado	<input type="checkbox"/>	
6. Não procurado	<input type="checkbox"/>	
Assinatura	<input type="checkbox"/>	
Informação escrita	<input type="checkbox"/>	
por protocolo ou relator	<input type="checkbox"/>	
em:	<input type="checkbox"/>	
Relatório de avaliação	<input type="checkbox"/>	
entidade:	<input type="checkbox"/>	





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	IARA CANDIDO PEREIRA
DATA DE NASCIMENTO	16/08/95
NOME DA MÃE	SILVANIA CANDIDO PEREIRA

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110.024
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.096.217
DATA DO ATENDIMENTO	22/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	12:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO + FRATURA DE DIÁFISE DE ÚMERO DIREITO + LESÃO DO NERVO RADIAL DIREITO FRATURA DE ARCO COSTAL ESQUERDO + FRATURA DE RAMO PÚBLICO ESQUERDO
CID 10	S42.3 + S32.5 +

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em membro superior esquerdo e membro superior direito. Dor torácica à esquerda. Abdomen sem queixas. Presença de fratura em arco costal esquerdo. Glasgow 15. Fratura de ramo púbico esquerdo. Fratura de diáfise de úmero direito. Fratura de diáfise de úmero esquerdo. Lesão de nervo radial direito

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de braço direito  
RX de braço esquerdo  
RX de bacia  
RX de coxa esquerda  
RX de torax

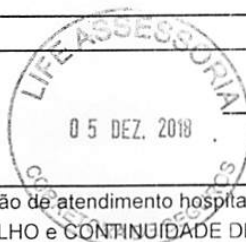
### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de diáfise de úmero esquerdo  
Fratura de diáfise de úmero direito  
Fratura de arco costal esquerdo  
Fratura de ramo púbico esquerdo.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de diáfise de úmero direito. Exploração de lesão de nervo radial direito. Tratamento cirurgico de fratura de diáfise de úmero esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	13/08/18
DATA DA EMISSÃO:	19/11/18



Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1096217



### Identificação do paciente

ID <b>1308863</b>	Nome <b>IARA CANDIDO PEREIRA</b>	Sexo <b>Feminino</b>
Data de nascimento <b>16/08/1995</b>	Idade <b>22 anos 11 meses 6 dias</b>	Estado civil <b>Prontuário</b>
Mãe <b>SILVANA CANDIDO PEREIRA</b>	Pai <b>NAO INFORMADO</b>	Responsável (Parentesco) <b>A MESMA - O MESMO(A)</b>
Escolaridade	Responsável (Parentesco) <b>A MESMA - O MESMO(A)</b>	Responsável (Parentesco) <b>A MESMA - O MESMO(A)</b>
DDD Móvel <b>83</b>	Fone Móvel <b>987695950</b>	DDD Fixo <b>Fone Fixo</b>
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência <b>SANTA RITA</b>	Tipo <b>MUNICIPIO</b>	UF <b>PB</b>
E-mail	Naturalidade <b>SANTA RITA</b>	CBO/R

### Endereço

CEP <b>58301300</b>	Município de residência <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>ESCRITOR CARLOS PORTO</b>
Número <b>37</b>	Complemento	Bairro <b>POPULAR</b>	

### Admissão

Data e Hora <b>22/07/2018 12:32:02</b>	Número da pulseira <b>1000059891948</b>	Convênio <b>SUS</b>
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RUA</b>	

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>
------------------------	---	--

### Indicadores e Transporte

Caso principal <b>Não</b>	Plano de saúde <b>Não</b>	Veio de ambulância <b>Não</b>	Trauma <b>Não</b>
Meio de transporte <b>SAMU</b>	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA	mmHg	Puls	Temperatura
----	------	------	-------------

### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

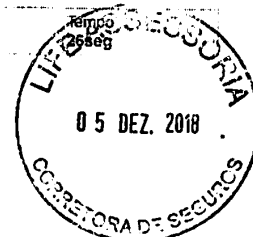
*paciente, 16/08, envolvido, apresenta possível fratura em M.D.E. Segue com lesões*

Diagnóstico

Atendido por  
**MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA**

Imprimir

COREN-PA 100003



03-72118-10-1







# REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRÓSES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



**Número:**

**Paciente:**

**Procedimento:**

SUS: ☒ Não SUS ( )

Médico: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_  
 Paciente: Tora Cinthula Pereira  
 Procedimento: part. em. sigt. de umido  
 SUS: ☒ Não SUS ( )  
 Médico: Dr. Redine

### Prontuário:

**Data:**

**Represión:**

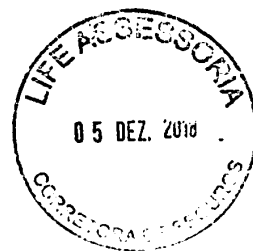
Date: 12/21/20

**Caixa Postal:**

[illegible]

ASSINATURA DOMENIGO - CIRAI  
FMI 10075

ASSINATURA ESPERIMENTALE: COREN



ASSIN: George C. Fierman  
TELEPHONE: 101052  
COREN-PB 101052

610. 24.01.2013



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HTOP

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Lara Cândido Pereira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1290217

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

cx 4,5 TMC  
01 placa Estéril antiostrac  
01 parafuso certicam n° 20  
03 parafusos certicam n° 24  
03 parafusos certicam n° 26



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

MEDICO  
CRM-PE 10075

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHI

Nome: Isabela Condado Pereira BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ☒ ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Procedimento cirúrgico de fratura de diáfise de úmero  
 Cirurgião: Dr. Rodrigo Lima 1º Assistente: Dr. Frederico  
 2º Assistente: Blumen Roma R1 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ Término \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	
<u>Fratura de diáfise de úmero</u>	CID

Procedimentos Cirúrgicos	
<u>Procedimento cirúrgico de fratura de diáfise de úmero</u>	Código

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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



✓CRM: \_\_\_\_\_

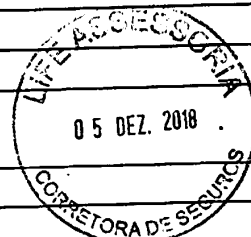
João Pessoa, 20/10/2018

F(NG).ASCIR.009-1





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em DDIT sob o-fisco Cirurgia + 2 Sinopse Aproximado de campo cirúrgico
Incisão:	Longitudinal em região lateral do braço esquerdo
Achados:	Fratura de diáfise de rádio esquerdo
Condução:	Divulsão por planos Identificado o eixo do membro lateral eixo radial de base do ulna de rádio Fixação com placa DCI e parafusos por pontos ulnares Drenagem extensiva com SF 6,91. Ligamento de homologia Sutura por planos Curativos assépticos
Fechamento:	
Observação:	Foto de uma do membro lateral proximal, por o membro do membro do membro proximal e do membro do membro e do membro do membro e do membro do membro



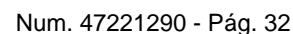
Dr. Brando da Silva  
MÉDICO  
CRM-BR/0075

João Pessoa, 10/09/2018

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica





DATA: 10 1031 18

PRONTUÁRIO: 1096240

Ana Luisa Sandoval  
Ana Luisa Sandoval  
CRM-PB 99190





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>IARA CANDIDO PEREIRA</b>		BAE <b>1096217</b>	Data/Hora Entrada <b>22/07/2018 12:32:02</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>16/08/1995</b>	Idade <b>22a 11m 6d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 987595950</b>
Mãe <b>SILVANA CANDIDO PEREIRA</b>				Prontuário
Endereço <b>ESCRITOR CARLOS PORTO, 37</b>		Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO</b>		Nº Cons. Regional <b>6311/</b>
Data/Hora Classificação <b>22/07/2018 12:32:02</b>		Data/Hora Prescrição <b>22/07/2018 17:23:02</b>		

## Anamnese

PACIENTE EVOLUI COM QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL, REFERINDO DOR EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.  
 3DOME: FLÁCIDO, INDOLOR E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL  
 RX DE TÓRAX SEM EVIDÊNCIA DE HEMO OU PNEUMOTÓRAX, PRESENÇA DE FRATURA EM ARCO COSTAL ESQUERDO.  
 FAST: Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico. Ausência de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.  
 IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Ultrassonografia dentro dos padrões normais  
 TC DE PELVE EVIDÊNCIA PEQUENO HEMATOMA LOCAL

CONDUTA: SEM INDICAÇÃO CIRÚRGICA NO MOMENTO DEVIDO HEMATOMA SER EM ZONA III  
 RETROPERITONEAL  
 SOLICITO HB + HTO  
 ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM A ORTOPEDIA.

## EXAME LABORATORIAL

HB + HT

## Conduta

Em observação

IARA CANDIDO PEREIRA

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO  
(CRM-6311)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>IARA CANDIDO PEREIRA</b>	BAE <b>1098217</b>	Data/Hora Entrada <b>22/07/2018 12:32:02</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>16/08/1995</b>	Idade <b>22a 11m 6d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>SILVANA CANDIDO PEREIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 987595950</b>
Endereço <b>ESCRITOR CARLOS PORTO, 37</b>	Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE</b>	Nº Cons. Regional <b>165843/SP</b>
Data/Hora Classificação <b>22/07/2018 12:32:02</b>		Data/Hora Prescrição <b>22/07/2018 17:33:41</b>	Prontuário

**Anamnese**

PACIENTE RETORNA COM EXAMES

RADIO: FRATURA BILATERAL DIAFISÁRIA DE ÚMERO

FRATURA DOS RAMOS PÚBICOS ESQUERDO

FRATURA DE ARCO COSTAL ESQUERDO

NEUROVASCULAR DOS MEMBROS SUPERIORES CONTINUAM NORMAIS APÓS PINÇA

CIRURGIÃO SOLICITOU ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO DEVIDO À HEMATOMA LOCALIZADO NA PELVE À

TC

INTERNO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ÚMERO BILATERAL

**DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD&gt;110MMHG E/OU PAS&gt;160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTS)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTS) SE NECESSÁRIO SE HGT&lt;60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTS)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 22/07/2018 12:32:28

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

### CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSV + CCGG

### EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

UREIA - SORO

CREATININA

SÓDIO - SORO

TASSIO

COAGULOGRAMA COMPLETO

### Conduta

Internar Paciente

IARA CANDIDO PEREIRA

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE  
(CRM: 165843/SP)

*[Handwritten signature]*





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>IARA CANDIDO PEREIRA</b>	BAE <b>1096217</b>	Data/Hora Entrada <b>22/07/2018 12:32:02</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>16/08/1995</b>	Idade <b>22a 11m 6d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>SILVANA CANDIDO PEREIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 987595950</b>
Endereço <b>ESCRITOR CARLOS PORTO, 37</b>	Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	Prontuário
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO</b>	Nº Cons. Regional <b>6700/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>22/07/2018 12:32:02</b>		Data/Hora Prescrição <b>22/07/2018 12:39:48</b>	

## Anamnese

Paciente vítima de acidente Moto vs carro  
apresenta suspeita de fratura de umero bilateral fechada  
limbo flácido e indolor  
trax sem alterações  
dor na coxa esquerda  
Nega TCE  
glasgow 15

cd: RX

FAST

BACIA

Avaliação da ortopedia

## MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)  
(OBSERVAÇÕES: 5000 UI IM)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

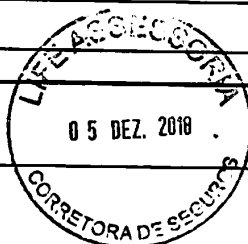
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação



Dr. Rafael de Arruda S. Pinto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - PB 6700

Boletim registrado por: IARA CANDIDO PEREIRA em 22/07/2018 12:32:28

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

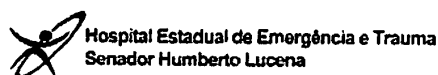
6.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=342948&amp;pesquisa=S&amp;perform=im... 1/1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 11:48:08

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081711480813300000044846748

Número do documento: 21081711480813300000044846748

Num. 47221290 - Pág. 37

**AREA AMARELA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>IARA CANDIDO PEREIRA</b>	BAE <b>1098217</b>	Data/Hora Entrada <b>22/07/2018 12:32:02</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>16/08/1995</b>	Idade <b>22a 11m 6d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>SILVANA CANDIDO PEREIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 987595950</b>
Endereço <b>ESCRITOR CARLOS PORTO, 37</b>	Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL CONSERVA ARRUDA</b>	Nº Cons. Regional <b>11134/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>22/07/2018 12:32:02</b>		Data/Hora Prescrição <b>22/07/2018 13:50:55</b>	

**Anamnese****#ORTOPEDIA**

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (MOTO X CARRO)  
EVOLUINDO COM DOR E DEFORMIDADE EM BRAÇOS BILATERAL  
IMOBILIZAÇÃO DO SAMU  
COM QUEIXAS DE DOR EM BACIA  
SEM DEAMBULAR

RX COM FRATURA DE UMEMO BILATERAL  
FRATURA DE RAMO PUBICO ESQUERDO

CD:  
SOLICITO TC DE BACIA ANALGESIA  
IMOBILIZAÇÃO  
ANALGESIA

**MEDICAÇÃO**

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

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

**CUIDADOS**

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: PINÇA DE CONFEITEIRO BILATERAL)

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA

**Conduta**

Em observação

IARA CANDIDO PEREIRA

Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM 11134

DANIEL CONSERVA ARRUDA  
(CRM: 11134/PB)



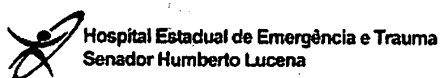
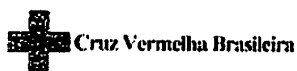
Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 22/07/2018 12:32:28





25/07/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&amp;perform=imprimir&amp;controle=2&amp;id=410560&amp;dataInicial=25/07/2018 08:00:01&amp;dataFin...



AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TIBIRICA  
MEDEIROS BARBOSA  
Em: 25/07/2018 08:00:12

Paciente <b>IARA CANDIDO PEREIRA</b>	Boletim de Atendimento <b>1096217</b>	Data/Hora Entrada <b>22/07/2018 12:32:02</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>16/08/1995</b>	Idade <b>22</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Tempo de Internação	Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>

### EVOLUÇÃO MEDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 25/07/2018 08:00:01)

#### EVOLUÇÃO

##### PROCEDIMENTO:

##### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA BILATERAL DE Umero + FRATURA DE BACIA + FRATURA DE COSTELA  
EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL  
EXAMES OK  
CD: AGUARDA CIRURGIA  
MAT: CX 4.5.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0004

Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		SUS Sistema Único de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - C.NES	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N.º DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	
19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	
21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO	
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
27 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
29 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		30 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		32 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
33 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		34 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
35 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		36 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
37 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		38 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
39 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		40 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
41 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		42 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
43 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		44 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
45 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		46 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
47 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		48 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
49 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		50 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
51 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		52 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
53 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		54 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
55 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		56 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
57 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		58 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
59 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		60 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
61 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		62 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
63 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		64 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
65 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		66 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
67 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		68 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
69 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		70 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
71 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		72 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
73 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		74 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
75 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		76 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
77 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		78 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
79 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		80 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
81 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		82 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
83 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		84 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
85 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		86 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
87 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		88 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
89 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		90 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
91 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		92 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
93 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		94 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
95 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		96 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
97 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		98 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
99 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		100 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: João Candido Pereira BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 26/07/18  
Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Síntese de Frot diáfise de membro D + Exploração de N. Radial  
Cirurgião: Dr. Jacque 1º Assistente: Dr. Pedro Henrique (R)  
2º Assistente: Dr. 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: Dr. Gaston Anestesista: Dr. Davi  
Tipo de Anestesia: Bloqueio + Genf Horário: Início 13:00 Término 15:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura de diáfise de membro D	
+ lesão de N. Radial constatada	
no exame físico prévio a cirurgia	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Síntese ao plano 4,5 +	
Exploração de N. Radial	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

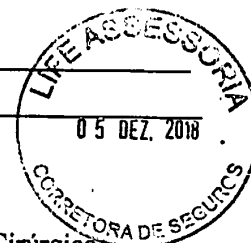
Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 26/07/18

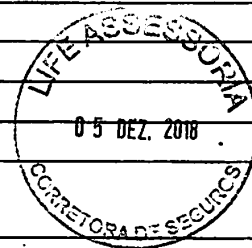


João P. da Silva  
CRM-PE 19492



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em DIT sob anestesia Assessora, antissepsia e agitação de campo estéril
Incisão:	Em zona lateral de braço D por plano. Exposição do fratura - após verificação de leitura do R. Radial
Achados:	Após ultrassom simultâneo foi explorado o R. Radial no qual foi verificada fratura completa.
Conduta:	Em seguida realizado fixação de fratura de mero mero a placa 45 entre o punho lanceu um ar. em 500 ml.
Fechamento:	Por plano. Curativo
Observação:	Solicite parecer do MP para realizar neurologia de R. Radial em braço D. R. R.



João Pessoa, 20/07/2018  
CRM-PE 19652

Médico/CRM:

João Pessoa,

20/07/2018

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

Sala 02

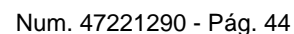
NOME DO PACIENTE: JAZA GONCALVES RIBEIRO  
 IDADE: 72 DE 1096341  
 CÍRURGIA: HIPOTIRÓIDISMO  
 ANESTESIA: GERAL (E) RIBEIRO  
 INSTRUMENTADOR: GONCALVES + PAULA  
 TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA INÍCIO: 12:30 FIM: 16:00  
 CÍRURGIA INÍCIO: FIM:  
 ÍNDICE DE RISCO DE CÍRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST):  
 ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5  
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMP (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	01	JELCO Nº18	01	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	01	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	01	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	01	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL	01	KIT SIST DREN TORANICA Nº		FIO DE NYLON Nº	30 05
ETOMIDATO	01	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	01	LÂMINA BISTURI Nº15	01	FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	01	LÂMINA BISTURI Nº23	01	FIO POLIGLACTINA Nº	20 04
FLUMAZENIL	01	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	01	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LIVOBUPACAÍNA C VASO	01	SABÃO ANTISEPTICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPACAÍNA S VASO	01	MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C VASO	01	AGULHA 13X4.5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S VASO	01	AGULHA 25X07		FIO POLIGLACTAPRONI Nº	
MIDAZOLAM	01	AGULHA 25X08		FIO SEDA Nº	
MORFINA	01	AGULHA 40X12		FITA CARDIACA	
NIMBUTIL	01	AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRÔNIO	01	AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC	
PIRIDINA	01	AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	01	AGULHA RAQUIN Nº25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RANIBEXANTILA	01	AGULHA RAQUIN Nº26G		FIO DL KIRSCHNER Nº	
ROCIÔNIO	01	AGULHA RAQUIN Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	01	ALGODÃO ORTOPEDICO	05	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	01	ATADURA DE CREPOM	05	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTHAL	01	ATADURA GESSADA	05	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		HEMOST ABSORVIVEL	
ADRENALINA	01	CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
AGUA DESTILADA	20 ml	CATETER DE ONIGÊNIO	01	PROTESE VASCULAR	
ATROPINA	01	CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BENTRA	01	CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CETAZOLINA	01	CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA	01	CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SODICA	02	CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA	01	COLET URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FI ROSENIIDA	01	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	10	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%	01	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	10	PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CALCIO	01	DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA	01	DRENO DE SUCCÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELIA	01	ELETRODOS	05	PLACA	
ONDASESTRONA	01	EQUIPO MACROGOTAS	01	EQUIPAMENTOS	
PLASIL	01	EQUIPO TRANSF SANGUE		( ) ASPIRADOR	
PROSTIGMINE	01	EQUIPO MICROGOTAS	01	( ) BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA	01	ESPONJA DE PVPI	10	( ) CAPNOGRAFO	
TENONICAN	01	ESPARADRAPO		( ) CARDIOMONITOR	
		GAZES	20	( ) DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODÓADAS		( ) FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLITICO		( ) FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14		( ) MICROSCOPIO	
		JELCO Nº16		( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) PA INVASIVA NÃO INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	
				CIRULANTE	

01 Pura & F Citric  
 Paula Conf.  
 07 N. 20  
 04 N. 22  
 01 N. 26

05 DEZ 2010

429053





Nome: <u>Iara Candido Pereira</u>		N de BE: <u>1096217</u>	
Idade:	Sexo: <u>F</u>	Clínica:	Enf.: <u>Leito:</u>
Data de admissão: <u>22/07/18</u>		Alta: <u>13/08/18</u>	Tempo de Permanência: <u>21 dias</u>
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura Diáfise Bilateral do Úmero</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>0 mesmo.</u>			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames:			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>RAFI de fratura bilateral do úmero (D) e</u> <u>em 2º tempo fratura diáfise do úmero (E).</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica: <u>Cirurgião: Dr. Jaques</u> <u>1ª cirurgia: Úmero (D) Dr. Pedro Henrique</u>			
Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( ) <u>Úmero (E) Rodrigo Amador</u> <u>Dr. Fredente</u>			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( ) À Revelia ( )			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Paciente com quadro de fratura operatória</u> <u>do úmero (D) e úmero (E) submetido a tratamento</u> <u>cirúrgico em 2 tempos.</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u>livre</u>			
Repouso:			
Relativo em casa por, <u>90</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>90</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>90</u> dias e com maior em, <u>90</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>Cefalexina + Plavix</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>13 de 08 de 18</u>			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML/INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180572513**

Nome do(a) Examinado(a): **IARA CANDIDO PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R ZULMIRA NOVAIS, 228 - OITIZEIRO - João Pessoa - PB - CEP 58088-610**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **4488749**

Data e local do acidente: [ **22/07/2018** ] **CRUZ DO ESPIRITO SANTO -PB**

Data e local do exame: [ **18/12/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

***Fratura de arco costal esquerdo Fratura diafisária de úmero bilateral Lesão do nervo radial direito Fratura de ramo púbico esquerdo***

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

***ACIDENTE EM 22/07/2018 AO EXAME :PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM BRAÇO DIREITO E ESQUERDO COM PERDA DE 100% DE EXTENSÃO DE MÃO+PUNHO DIREITO +ELEVÇÃO DE /ABDUÇÃO EM 50% DE OMBRO DIREITO . OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 50% RI,RE E ABDUÇÃO . COM QUEIXAS LOMBARES NA DEAMBULAÇÃO .***

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

***REALIZADO OSTEOSÍNTESE DOS DOIS ÚMEROS COM EXPLORAÇÃO DE NERVO RADIAL DIREITO ALTA EM 13-08-2018 FEZ FISIOTERAPIA***

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

***LIMITAÇÃO MOTORA DE MMSS***

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

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



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

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR DIREITO**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO ESQUERDO**

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jana Camêdo Pereira  
DATA DO ACIDENTE 22/07/2018 CPF DA VÍTIMA 114.740.884-57  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Jana Camêdo Pereira  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR × VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Zulmira de Norais BAIRRO Orizéio  
Nº 228 COMPLEMENTO Casa UF PB CEP 58088-610  
CIDADE João Pessoa TELEFONE (53) 99192-8028  
E-MAIL abraaefe@gmail.com

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
(X) 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)  
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
(X) 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  
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 RECETUÁRIO 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, TAIS 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/12/2018

IDENTIDADE 44583749

ASSINATURA x Jana Camêdo Pereira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

05 DEZ. 2018

CORRETORA DE SEGUROS



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do acidente: 22/07/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO(BILATERAL) COM LESÃO DO NERVO RADIAL DIREITO.  
FRATURA DO ARCO COSTAL ESQUERDO.  
FRATURA DO RAMO PÚBLICO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- ÚMERO  
TRATAMENTO CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

### 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do acidente: 22/07/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de arco costal esquerdo.  
Fratura diafisária de úmero bilateral.  
Lesão do nervo radial direito.  
Fratura de ramo púbico esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM BRAÇO DIREITO E ESQUERDO COM PERDA DE 100% DE EXTENSÃO DE MÃO + PUNHO DIREITO + PREJUÍZO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO + DEFICIT DA ELEVACÃO E ABDUÇÃO EM 50% DE OMBRO DIREITO.  
OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 50% ROTAÇÃO INTERNA, ROTAÇÃO EXTERNA E ABDUÇÃO.  
COM QUEIXAS LOMBARES NA DEAMBULAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO OSTEOSÍNTESE DOS DOIS ÚMEROS COM EXPLORAÇÃO DE NERVO RADIAL DIREITO.  
ALTA EM 13-08-2018.  
FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do membro superior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Umberto Jansen de Moraes Lima

**CRM do médico:** 5769

**UF do CRM do médico:** PB

### 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			65 %	R\$ 8.775,00



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439917/18

**Vítima:** IARA CANDIDO PEREIRA

**CPF:** 714.740.884-57

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/07/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** IARA CANDIDO PEREIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**IARA CANDIDO PEREIRA : 714.740.884-57**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/12/2018  
Nome: IARA CANDIDO PEREIRA  
CPF: 714.740.884-57

IARA CANDIDO PEREIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2018  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

Processo n.º 08027379620198152001

**BRADESCO SEGUROS S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **IARA CANDIDO PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,  
Pede Juntada.

JOAO PESSOA, 13 de agosto de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
OAB/PB 4246-A

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





Poder Judiciário da Paraíba  
10ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número do Processo: 0802737-96.2019.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto: [Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito]  
Polo ativo: AUTOR: IARA CANDIDO PEREIRA  
Polo passivo: REU: BRADESCO SEGUROS S/A

### CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, o advogado da parte promovida juntou aos autos o comprovante de depósito sob o Id. 44781698.

JOÃO PESSOA, 17 de agosto de 2021  
MARIA DAS NEVES CABRAL DUARTE

