



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	Petição	Petição
47221 290	17/08/2021 11:48	2778882_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
47221 292	17/08/2021 11:48	2778882_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos
47219 496	17/08/2021 11:39	Certidão	Certidão

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 11:48:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108171148073290000044846745>
Número do documento: 2108171148073290000044846745

Num. 47221287 - Pág. 1

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 PÚBICO 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 público 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 ELEVAÇÃO 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

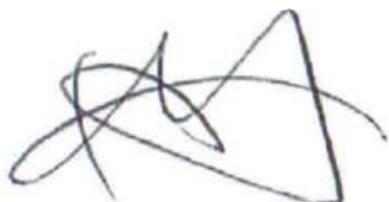
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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. 3

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439917/18

Número do Sinistro: 3180572513

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do acidente: 22/07/2018

CPF: 714.740.884-57

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IARA CANDIDO PEREIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

IARA CANDIDO PEREIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 11:48:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108171148081330000044846748>
Número do documento: 2108171148081330000044846748

Num. 47221290 - Pág. 4



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

Rio de Janeiro, 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 11:48:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108171148081330000044846748>
Número do documento: 2108171148081330000044846748

Carta nº 15680034

Num. 47221290 - Pág. 5

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**.

Pag. 00183/00184 - carta_01 - INVALIDEZ



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





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

Rio de Janeiro, 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: INTERRUPÇÃO 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=2108171148081330000044846748>
Número do documento: 2108171148081330000044846748

Num. 47221290 - Pág. 7



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:		
01309957118	414.740.884-54	Jara Comidio Pereira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	414.740.884-54
Profissão:	Endereço:		Número:	228
None informar	Rua Zulmira de Novais		Complemento:	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	58088-630
Vitória	Jacu Pernac	PB	Tel. (DDD):	83 991928028
E-mail:	abracaxete@gmail.com			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 308728 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 atende 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: Vivos:	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.									

Local e Data, Indicação distributária vítmica ou beneficiária do benefício	Assinatura de quem assina A ROGO Jara Comidio Pereira	TESTEMUNHAS
Nome:	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	1 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura
CPF:		2 ^a 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.
NECESSARIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



CALDA

NOME: IARA CANDIDO PEREIRA

AG: 1033

OP: 013

C/R: 108728-7





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

CONDUTOR 01

Nome Jonata Jeronimo Fontes	Sexo Masculino	Nascimento 07/06/1984	RG 2644179
---------------------------------------	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço

Rua Eng. Franklin Pereira da Silva, 105, Cuiá, PB – Tel.(083)98636-1032

1ª Habilitação 16/08/2002	Categoria B	Registro CNH N.º 02473192150	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 11/03/2021	Usava cinto Sim	Usava Capacete -
-------------------------------------	-----------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	---------------------------	----------------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00 mg/l)	Destino do Condutor Permaneceu no local
---	---

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Mitsubishi L200	Espécie Caminhonete	Placa PAO 4743	Categoria Oficial	Município Brasília	U.F. DF
--	-------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Ministério da Justiça

Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012221034319	Renavan Nº 01082658941	Data da Emissão 08/04/2016
----------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

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 Sônio Monteiro Juriti	Sexo Masculino	Nascimento 15/06/1983	RG 2889349
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço

Rua Sítio Tavares S/N, Zona Rural, Rio Tinto PB.

1ª Habilitação Não Habilitado	Categoria -	Registro CNH N.º -	U.F. -	Ex.méd./Dia -	Data Vencimento -	Usava cinto -	Usava Capacete -
---	-----------------------	------------------------------	------------------	-------------------------	-----------------------------	-------------------------	----------------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Socorrido ao Hospital
---	---

VEÍCULO 02

Marca/Modelo Honda Fan	Espécie Motocicleta	Placa QFJ 7804	Categoria Particular	Município Lucena	U.F. PB
----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	----------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Sônio Monteiro Juriti

Seguradora DPVAT	Bilhete Nº -	Renavan Nº 1084623428	Data da Emissão
----------------------------	------------------------	---------------------------------	-----------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

Nada constatado

ASSINATURA
CORRETA
ASSESSORIA
EM: 28/08/2018

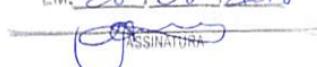
VERSÃO DO CONDUTOR 02

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 N° 0514 - 2018				
VÍTIMA 01				
Nome Sônio Monteiro Juriti		Sexo Masculino	Nascimento 15/06/1983	Viajavá no Veículo N° 02
Endereço Rua Sítio Tavares S/N, Zona Rural, Rio Tinto PB.				
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto		Usava Capacete
VÍTIMA 02				
Nome Yara Cândido Pereira		Sexo Feminino	Nascimento	Viajava no Veículo N° 02
Endereço Rua Escritor Carlos Porto, 37, Popular, Santa Rita				
Condição da Vítima Passageiro	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto		Usava Capacete
TESTEMUNHA 01				
Nome Marcelo Mendes de Oliveira		Sexo Masculino	Nascimento 30/01/1982	RG 2733239
Endereço Sítio Jaques, Zona Rural, Cruz do Espírito Santo, PB – Tel.(083)998156-7628				
VERSAO DA TESTEMUNHA 01				
<p>Disse que trafegava na via “A”, no sentido da VTR, momento em que o V2 fez uma manobra cruzando a frente da VTR.</p>				
CONSTATADO				
<p>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 BPTran.</p>				
<p>João Pessoa – PB, 16 de Junho de 2018.</p> <div style="text-align: right;"> BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO Cópia de Conformidade com o Original EM: 28/08/2018  ASSINATURA </div> <div style="text-align: center;">  Edson Crispim Da Silva – SGT PM Responsável pelo Levantamento </div>				





POLICIA 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			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			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 (tricíclos)		
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
ASSINATURA



EMBRANCO



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. 13



POLICIA 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

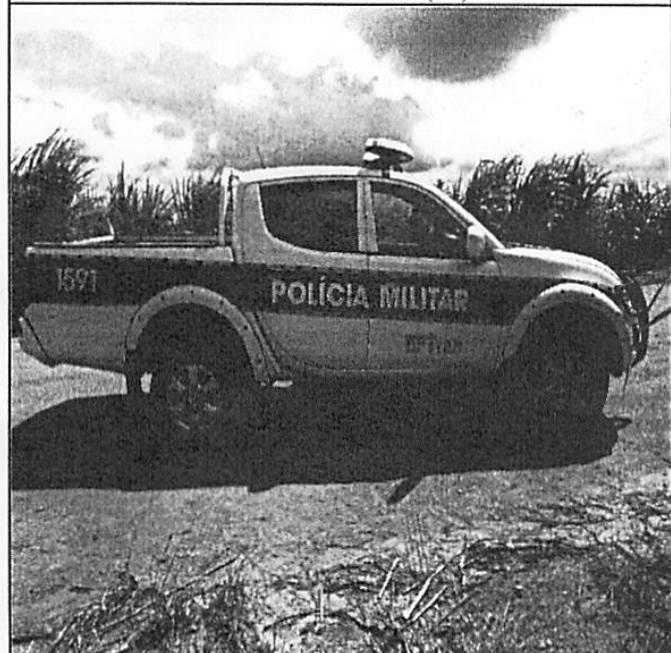
FRENTE (V1)

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

2

Edson Crispim da Silva 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento





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

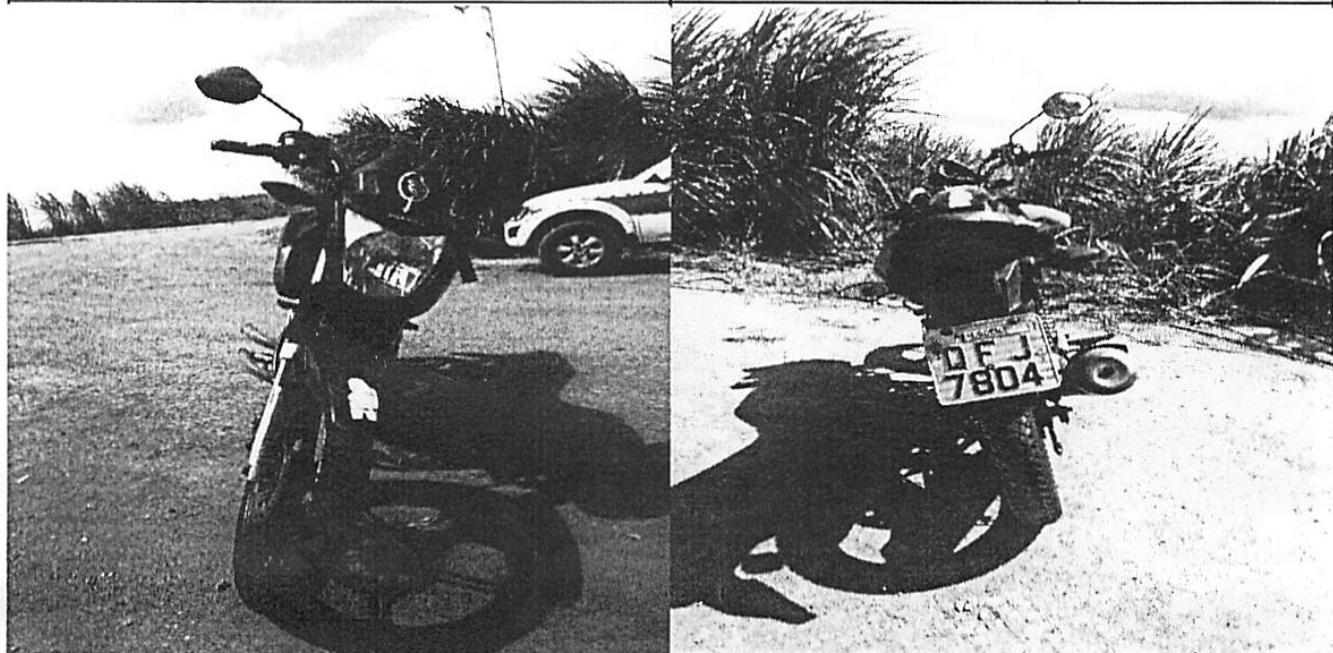


BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0514/ 2018

FOTOS DO V2

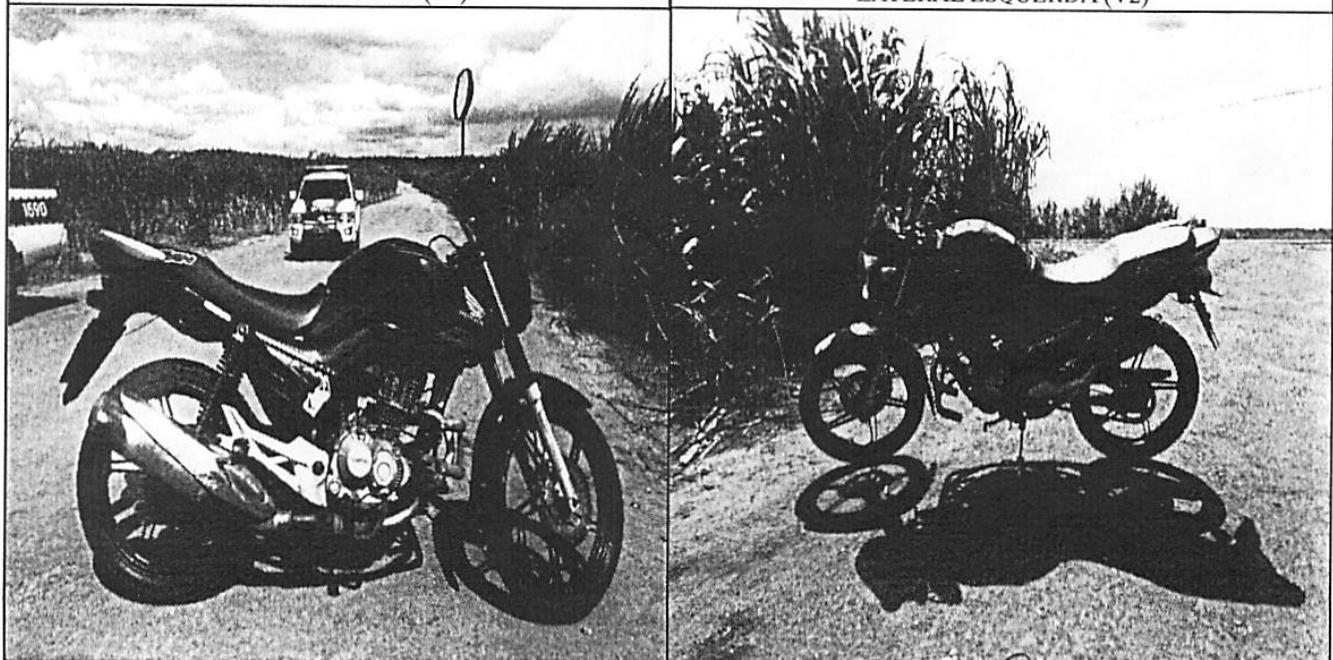
FRENTE (V2)

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

3

Edson Crispim da Silva 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento





POLICIA 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

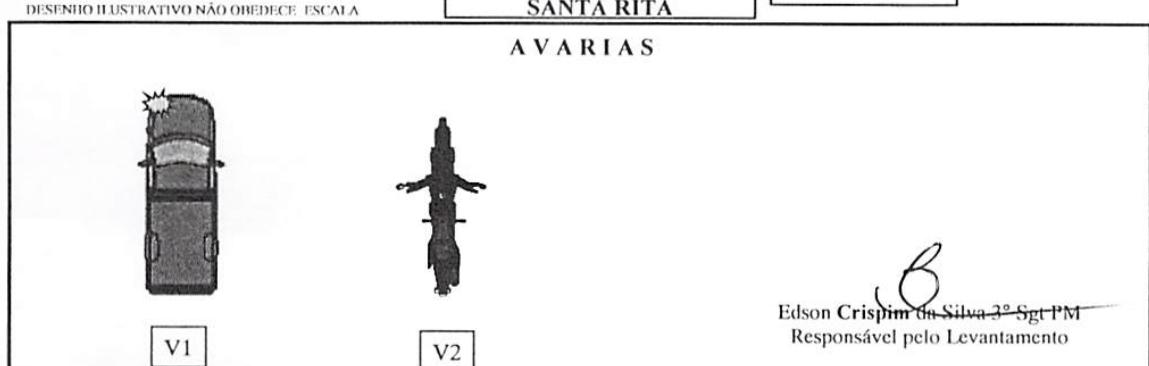
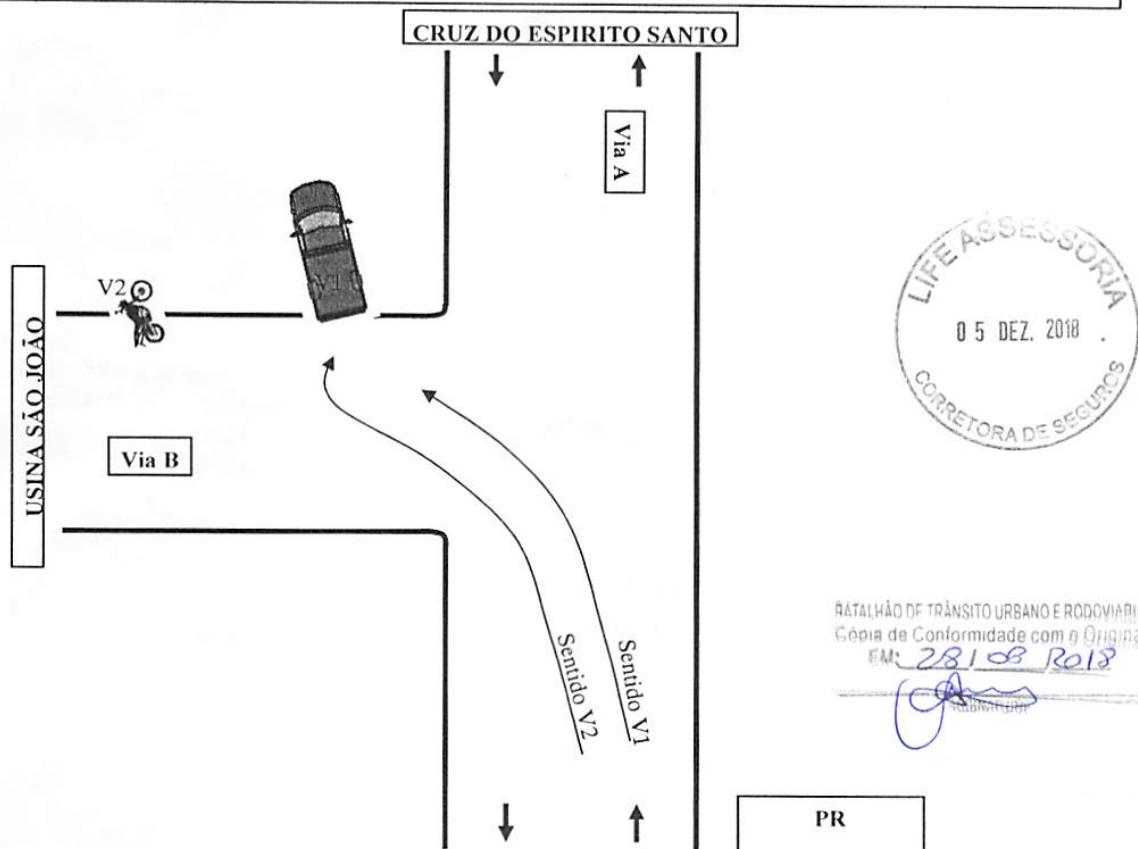
VIA "B" - Estrada da Usina São João

PR (Ponto de Referência) Matadouro José de Arrnaldo

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)



EM BRANCO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 11:48:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108171148081330000044846748>
Número do documento: 2108171148081330000044846748

Num. 47221290 - Pág. 17



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^a 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 perseguinto 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.



**ANEXO AO DOCUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA
DE INVESTIMENTOS NA FORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA**

ANEXO AO DOCUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA

Este documento é o resultado de um trabalho de avaliação da política pública de investimento na formação científica e tecnológica, realizada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelo Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicação (MCTIC). O documento é dividido em quatro partes principais: I) Introdução, II) Análise da Política Pública, III) Conclusão e IV) Recomendações. A introdução apresenta o contexto da avaliação, os objetivos e o escopo do documento. A análise da política pública aborda aspectos como a estrutura organizacional, os recursos financeiros, a execução das ações e a eficiência no uso dos recursos. A conclusão sintetiza os resultados da avaliação e aponta diretrizes para a melhoria da política. As recomendações sugerem ações para fortalecer a política, como a criação de novas linhas de financiamento, a ampliação da base de pesquisadores e a promoção de parcerias com o setor privado.

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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
01309957118	414.740.884-54	Joice Comidio Pereira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	414.740.884-54
Profissão:	Endereço:		Número:	228
None informar	Rua 25 de Março, 21 Novais		Complemento:	Casa
Bairro:	Cidade:	PB	Estado:	58088-630
E-mail:	Tel. (DDD): 83 991928028			
abnacar.ete@gmail.com				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<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 type="checkbox"/> SEM RENDA	<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

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

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 308728 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário do documento
Local e Data: Jucel Pereira 05/12/2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 11:48:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108171148081330000044846748>
Número do documento: 2108171148081330000044846748

Num. 47221290 - Pág. 22



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1096217



Identificação do paciente

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

Endereço

CEP 58301300	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro ESCRITOR CARLOS PORTO
Número 37	Complemento		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
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA	mmHg	P脉	Temperatura
----	------	----	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urine [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos

Paciente, F. S., oriundo, apresenta perna fraturada na MSD.E. Segue as encadeias

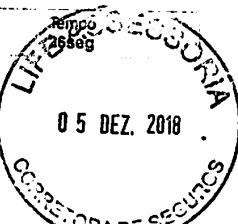
Diagnóstico

Atendido por
MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Nutrição e Dietoterapia
Enfermagem
COREN-PB 07703

Imprimir

CID



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

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA / Monofásica
 Roteiro: 018-0002-539-0380 0
 Nº do Medidor: 00008291669 Referência: FEV/18
 Emissão: 01/03/2018

Atendimento ao Cliente ENERGISA
 Até hoje, tem sempre em mãos a conta



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S
 Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-6
 CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.820

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica

Nº 002.952.115

Acesse: www.energisa.com.br

0800 083 0196

ligação gratuita

32

Identificador para Débito Automático: 00005250113
 UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/525011-3

CANAL DE CONTATO

- Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista 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	12/2017 - Conjunto - Mussuré	LIMITE DE TENSÃO (V)
DIC MENSAL	5,43	0,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	10,66		CONTRATADA	
DIC ANUAL	21,73		LIMITE INFERIOR	202
FIC MENSAL	3,36	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
FIC TRIMESTRAL	6,72			
FIC ANUAL	13,5			
DMIC	3,11			
DICRI	12,22	0,00		

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 critico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito à compensação. É de direito do consumidor solicitar, a quaisquer termos, 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\$)	%
SERVICOS DE DISTRIBUICAO DA ENERGISA/PB	0,00	0,00
COMPRA DE ENERGIA	0,00	0,00
SERVICO DE TRANSMISSAO	0,00	0,00
ENCARGOS SETORIAIS	0,00	0,00
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	0,00	0,00
OUTROS SERVICOS	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 PROXIMA 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

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

ATENÇÃO

- Além das faturas em atraso acima, existe(m) 22 fatura(s) no montante de R\$ 4.200,86 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 21/03/2018. 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, desconsiderar 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 80(novem) 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 inadimplemento.

- Leitura não processada

Media últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

111

13/03/2018

R\$ 30,68

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

0	0	0	0	30	165	162	181	150	285	193	141
---	---	---	---	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Reservado ao FISCO

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

DESTQUE AQUI



JOSEFA MARCOLINO DE OLIVEIRA

Roteiro: 018-0002-539-0380

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

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



Paraíba

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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108171148081330000044846748

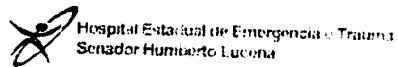
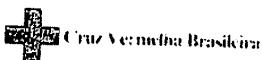
Número do documento: 2108171148081330000044846748

Num. 47221290 - Pág. 24

	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
LAUDO MÉDICO		
INFORMAÇÕES PESSOAIS		
NOME DO PACIENTE	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 dec ramo púbicop 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 público esquerdo.		
TRATAMENTO:		
Tratamento cirúrgico de fratura de diáfise de úmero direito. Exploração de lesão de nervo radial direito. Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de úmero esquerdo.		
ALTA HOSPITALAR:	13/08/18	
DATA DA EMISSÃO:	19/11/18	
05 DEZ. 2018 . 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





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

Boletim de Atendimento: 1096217



Identificação do paciente

ID 1308863	Nome JARA 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 98769950	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência SANTA RITA		Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		

Endereço

CEP 58301300	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro ESCRITOR CARLOS PORTO
Número 37	Complemento		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	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Méio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA	mmHg	P脉	Temperatura

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos

Paciente, FEM, orientado, apresente perna fratura em M&E. Segue as encadeias

Diagnóstico

Atendido por
MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Ruth Cavalcante
Ent. 05/07/2018
imprimir COREN-PB



03-07-2018 10:37





**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓXICOS PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

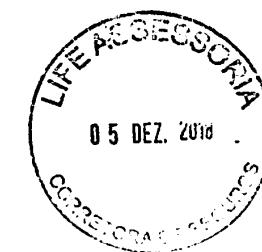
Número: Tara Paciente: Taracuá
Procedimento: Teste de urina
SUS: Nao SUS:
Médico: Dr. Bechincé

Data: 10/05/12 Página: 01

**ASSINAMENTO DA SINT-FCP
TEC EFEITO DE PESQUISA
CORON-PR 013-2013**

ASSINATURA E. A. M. 146.89.549(10)

~~SECRETARIA MUNICIPAL DE CRIMES~~



SUS	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			2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HTCP			4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HTCP				
Identificação do Paciente			6 - N.º DO PRONTUÁRIO 10978217	
5 - NOME DO PACIENTE Iara Cândido Ferreira			7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO / /
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3	11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 15 - CEP
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 <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31-07DE	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-07DE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-07DE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
<p>OX 215 TMC 01 placa Estrita Amorosafac 01 parafuso cortiçal re 20 03 Parafusos cortiçais re 24 03 Parafusos cortiçais re 26</p>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO / /	
() CNS		() CPF		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
41 - DOCUMENTO			43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) MEDICO CRM PB 10076	
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR / /	
() CPF		46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		47 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)





RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHI

Nome: Tânia Cândido Pereira BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: _____ / _____ / _____
Clínica/Setor: Ginecologia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Ressecção cirúrgica de fratura desigual de 4º
Cirugião: M. Rodrigo Lima 1º Assistente: Dr. Frederico
2º Assistente: Bruno Roma R1 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ :

Procedimientos Cirúrgicos	Código
Tratamiento cirúrgico de fractura de diáfisis de hueso ^{superior} inferior	

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

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

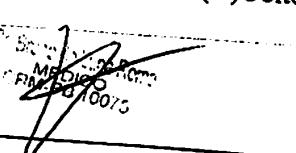
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico

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

VCRM

João Pessoa, 20/02/2022

F(NG).ASCIR 009 1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DOR sobre o gesso
Cervix + ombro
Hipotensão de 10 mmHg cirurgia

Incisão:

Longitudinal na região lateral do
braço esquerdo

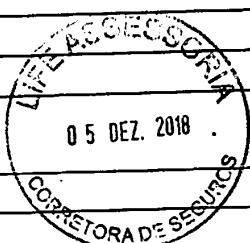
Achados:

Fratura de diáfise de úmero esquerdo

Conduta:

Divulsão por planos
Isolamento vascular e mobilização da articulação
entre úmero e ombro com uso de pinos
Fixação com placa DCI e fios
por furos articolares
associação osteosíntese com SF 1.91.
inserção de hastes rígidas
Sutura por planos
curativos finais.

Fechamento:



Observação:

Foi visto no membro superior norma e
no membro inferior norma
e sem anomalias no exame.
até novo controle.

J. Braga / CRM
MÉDICO
CRM-PB 0075

João Pessoa, 10/09/2018

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



~~810Z 230 50~~

Notes de Lalla Chourabi



MEETSHI

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 10/09/18

PRONTUÁRIO: 1046213

PACIENTE: José Luiz da Silva Ferreira (Perereca) SEXO: F COR: IDADE: 22

PRESSÃO ARTERIAL PULSO/POX/65/70	RESPIRAÇÃO RUMÉTICA	TEMPERATURA PESO 68KG	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL (x) BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO	RISCO CIRÚRGICO (x) BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES VPM			
AP. RESPIRATÓRIO NDN	AP. CIRCULATÓRIO NDN		
AP. DIGESTIVO NORM	ESTADO MENTAL CONSCIENTE/SCIENTIFICO DROGAS EM USO		
PRE-ANESTÉSICO	ESTADO FÍSICO (ASA)		
DOSE/HORA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de um molar (C)			
CIRURGIA REALIZADA Héctero e CE			
CIRURGIÃO Dr. Henrique	AUXILIARES Dr. Henrique		
INÍCIO DA ANESTESIA 09:30	TÉRMINO DA ANESTESIA 12:15	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH.	VALORES R\$		
ANESTESISTA Dr. Henrique (CRM-PB)	CRM-PB		

AGENTES HORAS	09:30	10:30	11:30	12:15	12:30
O2					
N2O					
LÍQUIDOS VENOSOS	[500]	[500]	[500]		
● FONDOZ CHIRURGICO	220				
● FONDOZ CHIRURGICO / PARTEIRALISTICA / DIASÓLICA	200				
● FONDOZ CHIRURGICO / PARTEIRALISTICA / DIASÓLICA	180				
● FONDOZ CHIRURGICO / PARTEIRALISTICA / DIASÓLICA	160				
● FONDOZ CHIRURGICO / PARTEIRALISTICA / DIASÓLICA	140	V	V	V	V
● FONDOZ CHIRURGICO / PARTEIRALISTICA / DIASÓLICA	120	V	V	V	V
● FONDOZ CHIRURGICO / PARTEIRALISTICA / DIASÓLICA	100	V	V	V	V
● FONDOZ CHIRURGICO / PARTEIRALISTICA / DIASÓLICA	80	V	V	V	V
● FONDOZ CHIRURGICO / PARTEIRALISTICA / DIASÓLICA	60	V	V	V	V
● FONDOZ CHIRURGICO / PARTEIRALISTICA / DIASÓLICA	40	V	V	V	V
● FONDOZ CHIRURGICO / PARTEIRALISTICA / DIASÓLICA	20	V	V	V	V
SINTOMAS					
<input checked="" type="checkbox"/> APENAS	→ Enxaquecimento de dor nas costas.				
<input checked="" type="checkbox"/> APENAS	→ Paciente não dispõe de nenhum procedimento.				
<input checked="" type="checkbox"/> APENAS					
<input checked="" type="checkbox"/> APENAS					

ANESTESIA GERAL	RAQUIDIANA	EPIDURAL	<input checked="" type="checkbox"/> BLOQ PLEXO	BLOQ NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TECNICA					
QUÍDOS	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				
ICD-10					
NACL	1. Xicobetol 500	11. Procainamida 2mg			
SANGUE	2. Ringer's 500 ml	12. Atropina 0,1mg			
RINGER	3. Ringer's 150 ml	13. Nitroglicerina 0,5mg			
TOTAL	4. Cetacrilato 10ml	14.			
DESTINO DO PACIENTE	5. Lactulose 100g/200ml	15.			
<input type="checkbox"/> APT*	6. Bupivacaína 0,1% 0,5% 0,75%	16.			
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7. Iodoform 1%	17.			
<input type="checkbox"/> UTI	8. Estreptogramina 1000mg	18.			
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	9. Clorazolina 1%	19.			
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	10. Tramadol 3mg	20.			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	<p>1. O paciente é diabético com HbA1c de 7,5%. Faz uso de insulina de 70% (puncão metálico) e 30% (puncão metálico) de glicose A 500ml, respectivamente, min 1 hora. 2. Injeção de 500ml de Ringer's 0,9% 100% sinal, aditado C/13 + Fentanil 150ug. 3. O paciente tem 70mm de altura e 70kg de peso. 4. Confirmado por anamnese.</p>				
ASSINATURA DO ANESTESISTA					



**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

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

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: Ausencia de líquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico. Ausencia de lesões parenquimatosa 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

Dr. Cicero Ludgero
CIRURGÃO GERAL
CRM: 6311

IARA CANDIDO PEREIRA

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
(CRM: 6311)

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

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=343073&pesquisa=S&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=2108171148081330000044846748

Número do documento: 2108171148081330000044846748

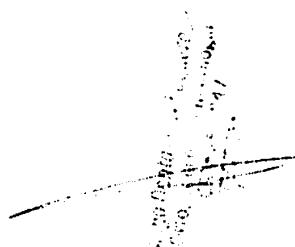
Num. 47221290 - Pág. 34

1/2.16.0.b:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=343086&pesquisa=S&pe...

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO , SN)
Diluir
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H
CUIDADOS
CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)
HGT 6/6HS
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA
INSULINA REGULAR CONFORME HGT
SSVV + CCGG
EXAME LABORATORIAL
HEMOGRAMA
GLICEMIA - GLICOSE EXAME
UREIA - SORO
CREATININA
SODIO - SORO
TASSIO
COAGULOGRAMA COMPLETO
Conduta
Internar Paciente

IARA CANDIDO PEREIRA

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





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

Anamnese

Paciente vítima de acidente Moto vs carro

Presenta suspeita de fratura de úmero bilateral fechada

Uândome 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 (MGTS)
(OBSERVAÇÕES: 5000 UI IM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

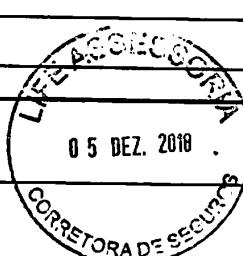
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

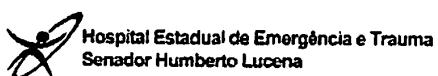
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado
Conduta	Em observação



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



AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente IARA CANDIDO PEREIRA	BAE 1096217	Data/Hora Entrada 22/07/2018 12:32:02	Data Baixa
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA			
Endereço ESCRITOR CARLOS PORTO, 37	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 22/07/2018 12:32:02	Data/Hora Prescrição 22/07/2018 13:50:55		

Anamnese

ORTOPEDIA

paciente 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 UMERO 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

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM: 11134

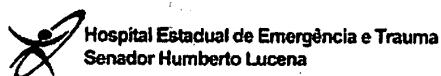
DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

IARA CANDIDO PEREIRA



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





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

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

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

Evolução Médica (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



1. IDENTIFICAÇÃO DO Peticionante		2. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	
Folha 1/2		Identificação do Estabelecimento de Saúde	
Sistema Minisíntese SUS		Sáude Unico de São Paulo	
LADDO PARA SOLICITAGAO/AUTORIZAGAO DE MUDANCA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDEMTO(S) ESPECIAL(AIS)		1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	
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		2. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	
12 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro) DO Peticionante		13 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA	
14 - COD 189E MUNICIPIO 15 - UF 16 - CEP		17 - NÚMERO DA AUTORIZAGAO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
10 - NOME DA MAE OU RESPONSAVEL		11 - TELEFONE DE CONTADE	
7 - CARTAO NACIONAL DE SAUDE (CNS)		12 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro) DO Peticionante	
6 - N° DO PHONOTURARIO		13 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA	
5 - NOME DO Peticionante		14 - CID 10 PRINCIPAL	
15 - CID 10 SECUNDARIO		16 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ATUAL	
17 - MUDANCA DE PROCEDIMENTO		18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	
19 - SOLICITAGAO DE DIARIA DE ACOMPANHANTE		20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANCA	
21 - COD DO PROCEDIMENTO - MUDANCA		22 - DIAGNOSTICO INICIAL	
23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDARIO	
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
28 - SOLICITAGAO DE DIARIA DE ACOMPANHANTE		29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANCA	
31 - CID DE Vaidade:		32 - ESTERILIZADO POR OXIDO DE ETILENO	
32 - ESTERILIZADO POR OXIDO DE ETILENO		33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - Q.TDE	
34 - Q.TDE		35 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - RESPONSAVEL TECNICO USO YOSHIMOTO - CRP SP 20221	
36 - RESPONSAVEL TECNICO USO YOSHIMOTO - CRP SP 20221		37 - Q.TDE	
37 - Q.TDE		38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAGAO	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAGAO		39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
40 - DATA DA SOLICITACAO		41 - DOCUMENTO	
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. GRAU EMISSOR	
45 - COD. GRAU EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZACAO	
46 - DATA DA AUTORIZACAO		47 - DOCUMENTO	
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Fábio Cardoso Oliveira BE/Prontuário:

Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 26/07/18

Clínica/Setor: EMP: LR:

Cirurgia: Síntese de Fractura diáfise de úmero + Exploração de N. Radial

Cirurgião: Dra. Jaqueline 1º Assistente: Dra. Fábia Oliveira (K)

2º Assistente: Dra. Fábia Oliveira (K) 3º Assistente: _____

Instrumentador: DR. GASTON Anestesista: Dra. DANIELA

Tipo de Anestesia: Bloqueio + Gen Horário: Início 13:00 Término 15:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de diáfise de úmero ①</u>	
<u>+ lesão do N. Radial constatada</u>	
<u>no Exame físico prévio à cirurgia</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Síntese ca plato 4,5 +</u>	
<u>Exploração de úm. do N. Radial</u>	

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

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

()Enfermaria ()Terapia Intensa ()Unidade de Emergência ()Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa.



Jacqueline P. C. Cardoso
Ortneval P. C. Cardoso
CRM-PB 19492
CNPJ 23.119.625/0001-62





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Dorsum EM DORT Sob anestesia.
Assessor fantescendo o agirio de Capos internos.

Incisão:

Em face lateral do braço () por planos.

Exploração da fratura - nos verificou-se
fechado do v. radial.

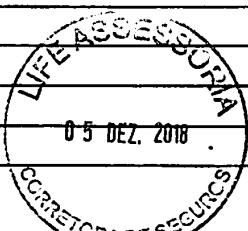
Achados:

Após ultrassonografia subcutânea foi explorado o
v. radial no qual foi verificado ferimento completo.

Conduta:

Em seguida realizada fixação de fratura de
membro direito com placa fij estent e parafuso

longo vigoroso com SFOF



Fechamento:

Por planos

Cicatriz

Observação:

Solicite parceria do MCP para realizar
renovação de v. radial em braço direito

Médico/CRM:



João Pessoa, 26, 07, 18

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

SAR 02

NOME DO PACIENTE	JAILZA CRUZINO PIZZI					
IDADE	22	SEXO	MASCULINO			
CIRURGIA	TTO C1. fnt - niste de OREO					
CIRURGO	Dr. LACUTA					
ANESTESIA	GAZES (C) Povidone m. INEGO (CR3)					
ANESTESISTA	Dr. DANIEL P. PAES					
INSTRUMENTADOR	Gerson + Paes					
DATA	16/10/2021	TIPO CIRÚRGICO	ANESTESIA INICIO			
			FIN			
		CIRURGIA INICIO	FIN			
			12:30 AS 16:00			
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)						
ASA 1 (ASA 2 CLASSE 3) (ASA 4) (ASA 5)						
GRAU DE CONTAMINAÇÃO (1 LIMPA) (2 CONTAMINADA) (3 INFECTADA)	POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	
ALERGÊNCIA	AGULHA DE Seringa			JELCO N°18	BUROF 37 (01)	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA PESADA	A - 50 (05)	JELCO N°22		FIO DE AÇO N°		
CETAVINA	01	JELCO N°24		FIO DE AÇO N°		
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORANICA N°		FIO DE NYLON N°		
ITOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°		
ENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%		LÂMINA BISTURI N°15	01	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°23	01	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUVAZENIL	PVP TINTURA	500	LÂMINA BISTURI N°24	01	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLUORANO	PVP TOPICO		LÂMINA DE DERMATONIO		FIO POLIGLACTINA N°	
LIXOBUPIVACAÍNA C VASO	01	SABÃO ANTISEPTICO		FIO POLIPROPILENO N°		
LEVORPIVACAÍNA C VASO	01	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	44	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAINA C VASO	AGULHA 13N4.5			LUVA ESTERIL N°7.0	02	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAINA C VASO	AGULHA 25N07			LUVA ESTERIL N°7.5	03	FIO POLIGLICAPRON N°
MIDAZOLAN	01	AGULHA 25N08		LUVA ESTERIL N°8.0	01	FIO SEDA N°
MORTINA	AGULHA 40N12			LUVA ESTERIL N°8.5	03	FITA CARDIACA
NIMBUTAL	AGULHA PERIDURAL N°16			MASCARA CIRÚRGICA	10	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17			MULTIVIAS	01	CATETER DE PIC
PITIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18			PERFURADOR DE SORO	01	CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL	01	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°27G			SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°
ROCU RÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G			SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLUORANO	ALGODÃO ORTOPEDICO	05		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°
SUNAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	05		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°
TUBO	ATADURA GESSADA			SERINGA 20ML	03	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP TRAQUEAL N°8		HEMOST ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNL P. TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA	20 ml	CETER DE OXIGÊNIO	01	SONDA ASP TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER ENBOLEC ARTERIAL N°		SONDA ASP TRAQUEAL N°14		KIT PAM
BENTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO
CELAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA
DEXAMETASONA	01	CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIPIRONA SÓDICA	02	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG CURTA		PARAFUSOS CORTICais
Efedrina		COLET URNA FECHADO		SONDA NASOG LONGA		PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICA	10	SONDA U'RETRAL N° 12	01	PARAFUSOS ESPONJO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICA	10	TORNEIRINHA	01	PARAFUSOS ESPONJO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°7	01	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	05	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA
ONDASENTRONA	01	EQUIPO MACROGOTAS	01	TUBO SILICONE (LATEX)	03	PLACA
PLASH		EQUIPO TRANSF SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	01			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP	10	FIOS	QTD.	EQUIPAMENTOS
TEONICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S.A.N		1. ASPIRADOR
		GAZES	20	FIO ALGODÃO S.A.N		2. BISTURI ELETRICO
		GAZES ALGODÓADAS		FIO ALGODÃO C.A.N		3. CAPNOGRAFO
		GEL ELETROLITICO		FIO ALGODÃO C.A.N		4. CARDIOMONITOR
		JELCO N°14				5. DESFIBRILADOR
		JELCO N°16				6. FOCO AUXILIAR
						7. FOCO CENTRAL
						8. MICROSCOPIO
						9. OXIMETRO DE PULSO
						10. P.A. INVASIVA NAO INVASIVA
						11. PERFORADOR ELETTRICO
						12. SERRA
						CIRURGIANO

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. 44



Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome:		N de BE:	
Nome:	Iara Cândido Pereira	N de BE:	1096217
Idade:	Sexo: F	Clínica:	
Data de admissão:	22/07/18	Alta:	13/08/18
Enf.:	Leito:		
Tempo de Permanência:		21 dias	
Diagnóstico de Internação:			
Fratura Dispersa Bilateral do Úmero			
Diagnóstico Definitivo:			
O mesmo.			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames:			
Cirurgia realizada -data e equipe: RAFI de fratura dispersa do úmero (D) e em 2º tempo fratura dispersa do úmero (E).			
Biópsias: Cirurgião: Dr. Jacques			
Anatomia patológica: 1º cirurgião: Dr. Pedro Lemos			
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não () Úmero (E) Rodrigo Amorim			
Resultado bacteriologista: Dr. Frederico.			
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:			
Paciente com quebra de fratura dispersa do úmero (D) e (E) submetida a tratamento cirúrgico em 2º tempo.			
Orientações Pós Alta			
Dieta:	Líquida		
Reposo:			
Relativo em casa por:	90	dias.	05 DEZ. 2018
Retorno às atividades sem esforço físico em:	90	dias.	
Retorno às atividades com esforço físico leve,		dias e com maior em,	
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:	Cefalexina + Flunox		
Retorno:			
Ao posto de saúde em	para retirada de ponto.		
Ao ambulatório	em 30 dias para revisão.		
João Pessoa; 13 de 08 de 18			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML/INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

F(NG).APC.002-2





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 11:48:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108171148081330000044846748>
Número do documento: 2108171148081330000044846748

Num. 47221290 - Pág. 46

**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 público 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 +ELEVAÇÃO 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 OSTEOSÍTESE 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):

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

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 Járcia Condúcio Portaria
 DATA DO ACIDENTE 22/08/2018 CPF DA VÍTIMA 114.440.884-54
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Járcia Condúcio Portaria
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Jardim da Neve
 N° 228 COMPLEMENTO Larca BAIRRO Oltígera
 CIDADE Jaguaré UF SP CEP 55000-050
 E-MAIL abreusocorro@gmail.com.br TELEFONE (13) 96192-8028

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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE 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, TAIIS 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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, TAIIS 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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\$ 15.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00 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, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURUDOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/12/2018 IDENTIDADE 64555 449
 ASSINATURA Járcia Condúcio Portaria DATA 05/12/2018 NOME 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 PÚBICO 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 público 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 ELEVAÇÃO 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

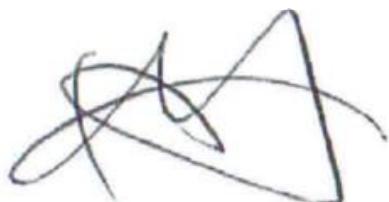
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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. 52

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

IARA CANDIDO PEREIRA

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2021 11:48:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081711480920900000044846750>
Número do documento: 21081711480920900000044846750

Num. 47221292 - Pág. 1



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



Assinado eletronicamente por: MARIA DAS NEVES CABRAL DUARTE - 17/08/2021 11:39:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081711390416400000044845002>
Número do documento: 21081711390416400000044845002

Num. 47219496 - Pág. 1