



05/08/2021

Número: **0809295-44.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **16/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO (AUTOR)		RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (TERCEIRO INTERESSADO)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46728002	05/08/2021 15:09	Petição	Petição
46728003	05/08/2021 15:09	2779099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
46728004	05/08/2021 15:09	2779099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313600

Vítima: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16096003





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, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313600

Vítima: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **237**

Agência: **000003449-5**

Conta: **000002848-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.011.224-30 4 - Nome completo da vítima: Manoel Maria Fernandes do Nascimento

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

5 - Nome completo: Manoel Maria Fernandes do Nascimento 6 - CPF: 055.011.224-30
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Proletária 9 - Número: 510 10 - Complemento: Povo
11 - Bairro: Distrito 12 - Cidade: Umuarama 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58253-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 98855-1045

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA COBERTURA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Nordeste
AGÊNCIA: 0020 CONTA: 47843
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ou menor(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Paulo 03 de agosto 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SEU NOME/assinatura





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00106.01.2020.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00106.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:44 horas do dia 27 de agosto de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Manoel Mesias Fernandes do Nascimento**, conhecido(a) por Mesias, RG nº 2756902 SEDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Angelina Fernandes do Nascimento e José Antonio do Nascimento, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 23/05/1975 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº s/n, bairro Centro, tendo como ponto de referência Centro., na cidade de Araruna/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

Dados do(s) Fatos:

Local: Estrada Vicinal, Auto Mecânica Soares, Araruna/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/05/20 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 125 ES, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor verde, ano 2011, UF: PB, placa NOG-6657, chassi 9C2JC4820BR100115, características gerais: Cadastrada Em Nome de Verinaldo F. do Nascimento

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no início da tarde do dia 17 de maio do ano de 2020, se conduzia numa estrada de barro na cidade de Araruna PB e, na lateral de uma oficina denominada de Auto Mecânica Soares, objetivando pegar a PB 111, uma motocicleta de placa e Condutor não identificado, em sentido oposto, não sabendo explicar como, atingiu frontalmente a moto do notificante, o qual em hipótese alguma teve como desviar e evitar tal colisão, consequentemente, foi socorrido por terceiros ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena nesta capital, onde foi submetido aos procedimentos Médico cabíveis.

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

João Pessoa/PB, 27 de agosto de 2020.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil


MANOEL MESIAS FERNANDES DO
NASCIMENTO
Notificante

Procedimento Policial: 00106.01.2020.1.02.008





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.011.224-30 4 - Nome completo da vítima: Manoel Maria Fernandes do Nascimento

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

5 - Nome completo: Manoel Maria Fernandes do Nascimento 6 - CPF: 055.011.224-30
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Proletária 9 - Número: 510 10 - Complemento: Povo
11 - Bairro: Distrito 12 - Cidade: Jmaiana 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58253-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 98855-1045

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA COBERTURA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Nordeste
AGÊNCIA: 0020 CONTA: 47843 (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) menor? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Paulo 03 de agosto 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SEU NOME AQUI/assinatura



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/08/2021 15:09:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080515091914600000044385738

Número do documento: 21080515091914600000044385738

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é guardado no seu cartão.

Para pagar pelo boleto, apresente-o em uma das filiais da Energisa ou em qualquer banco. N° 045 176 750



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R: 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.986.189/0001-40 Insc Est. 18.816.829-6

DADOS DO CLIENTE				CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
JOSELI MOUZINHO DE LIMA RUA PROJETADA S/N ARARUNA				5/1557043-5	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	
JUN/2020	18/06/2020	63	26/06/2020	R\$ 50,88	

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 17037.193178 3 82980000005088				
Pagador: JOSELI MOUZINHO DE LIMA CNPJ/CPF: 033.440.764-85				
RUA PROJETADA S/N - CENTRO - ARARUNA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120017037193	001557043202006	26/06/2020	R\$ 50,88	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



CEP 58233-000





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



Sumos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1237607



Identificação do paciente				
ID 1507176	Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO			Sexo Masculino
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44 anos 11 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ANGELINA FERNANDES DO NASCIMENTO	Pai JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JOSELI DE LIMA FERNANDES - ESPOSO(A)			
DDD Celular 83	Celular 999358327	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2756902	Nº Cns 160595748320008		
Local de procedência ARARUNA	Tipo MUNICIPIO	UF PB		
-nail	Naturalidade ARARUNA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro LUIZ TARGINO MOREIRA	
Número 870	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 17/05/2020 17:21:35	Número da pulseira 1000008796904	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Veio de transporte AMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA x mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos <i>Vitem de acidente de moto, com ferimentos em face e costas contusos em braços.</i>				
Diagnóstico				
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				
Tempo				

Imprimir

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2758902 DATA 28 ABR 2000

NOME MANOEL MESTAS FERNANDES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO José Antonio do Nascimento
Angelina Fernandes do Nascimento

Araruna Pb 23.05.1975

NATURALIDADE

Cert Nasc 9.940 Fls 67-v Livro 11-4.

DOC ORISEM

CPF

John Pivade - 72

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93

9217375

NOEL M F NASCIMENTO

2758902

ARTO NACIONAL DE SAUDE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P 917

MANOEL MESTAS FERNANDES DO NASCIMENTO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	BAE 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Baixa
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44a 11m 24d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999358327
Mãe ANGELINA FERNANDES DO NASCIMENTO		CNS 160595748320008	Prontuário
Endereço LUIZ TARGINO MOREIRA, 870	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MANOEL DE OLIVEIRA DANTAS FILHO	Nº Cons. Regional 4608/PB
Data/Hora Classificação 17/05/2020 17:21:35		Data/Hora Prescrição 17/05/2020 19:51:35	

ANAMNESE

##BMF## PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 7 HORAS, CURSANDO TRAUMA EM FACE. NEGA SINCOPE, EPISODIO EMETICO. RELATA SER DIABETICO - SOB USO DE MEDICAÇÕES. NO MOMENTO, CONSCIENTE, POUCO SONOLENTO, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO; EXAME FÍSICO: EDEMA IMPORTANTE EM TODA HEMIFACE ESQUERDA, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR DO OLHO (D) SEM ALTERAÇÕES, VIAS AEREAS PERVEAS, AO EXAME INTRAORAL, FOI OBSERVADO MOBILIDADE MAXILAR A ESQ. ABERTURA BUCAL SEM ANORMALIDADES. EXAME DE IMAGEM: FRATURA DO COMPLEXO MAXILO-ZIGOMATICO-ORBITARIO (E) CD: 1. AVALIAÇÃO + EXAME FÍSICO 2. INTERNAÇÃO 3. SOLICITAÇÃO DOS EXAMES PRE OP + ECG + RISCO CIRURGICO 4. SOLICITAÇÃO AVALIAÇÃO DA C.M.

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES:: LIQUIDA PASTOSA)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0.0 (MG/TSM)
CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)
DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 12/12H
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MG/TSM)

Diluir

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), DILUIR 8,0 ML

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

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE OPERATORIO)

CABECERA ELEVADA A 30°

HIGIENE ORAL RIGOROSA

SSV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTACAO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

FOSFATASE ALCALINA

POTASSIO

SODIO

TRIGLICÉRIDES

Manoel Dantas Filho
Dr. Manoel Dantas Filho
Cirurgião e Traumatologista
CRO 4608

CID10

S02.4 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/08/2021 15:09:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080515091914600000044385738>

Número do documento: 21080515091914600000044385738



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	BAE 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Baixa
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44a 11m 24d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999358327
Mãe ANGELINA FERNANDES DO NASCIMENTO		CNS 160595748320008	Prontuário
Endereço LUIZ TARGINO MOREIRA, 870	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 17/05/2020 17:21:35		Data/Hora Prescrição 17/05/2020 18:27:28	

ANAMNESE

*****NEUROCIRURGIA***** ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM FACE ADMITIDO AS 17:37; GLASGOW 15, SEM DÉFICITS APARENTE TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO INTRACRANIANO; SEM SINAIS DE FRATURAS EM CALOTA CRANIANA; FRATURA DE ZIGOMA ESQUERDO, PAREDE LATERAL DE ORBITA E MAXILAR ESQUERDO COM HEMOSINUS CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA; LIBERO PARA INTERNAÇÃO PELA BMF

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro

Dt.

Carvalho
6628
RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(CRM: 6628/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 17/05/2020 17:21:35





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

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

Paciente MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	BAE 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Baixa
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44a 11m 24d	Sexo Masculino	CNS 160595748320008
Mãe ANGELINA FERNANDES DO NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 999358327
Endereço LUIZ TARGINO MOREIRA, 870	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	UF PB
Data/Hora Classificação 17/05/2020 17:21:35		Data/Hora Prescrição 17/05/2020 17:37:13	Nº Cons. Regional 2489/PB

ANAMNESE

Paciente conduzido pelo samu, alcoolizado, referindo pancada na cabeça após colisão moto/moto. Nega perda da consciência e vômitos. Apresenta edema acentuado em face, ferimento corto-contuso em terço distal de braço esquerdo. Mobilidade dos mmss e mmil preservada. tórax e abdome: ndn conduta: tc de crânio e face + alta da cirurgia + parecer da ncr e bmf

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

CID10

S06.9 - Traumatismo intracraniano, não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro


GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 17/05/2020 17:21:35





Endereço:

Hospital de Emergência

PARAIBA
Governo do EstadoLISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO
Em: 31/05/2020 07:42:26

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO N	
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44
Tempo de Internação 13d 10h 13min	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data 17/05

VIENT

ção

,21:25

Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saida
Sexo Masculino	CNS 160595748320008	Prontuário 122679
Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Permanência na Unidade 13d 14h 21min	Permanência no Leito: 2d 14h 48min	

EVOLUÇÃO MEDICA (FRAN

CO N

S DE ASSIS FILHO - 31/05/2020 07:42:20)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF#

PACIENTE NO 3º DPO, AP
MAXILAR ESQUERDO, SOI
BEG, LOTE, CONSCIENTE,
AO EXAME FÍSICO, APRES
ACESSO EM POSIÇÃO, SE
OCULARES PRESERVADG
PRESERVADA, SEM QUE
CD.

1. ORIENTAÇÕES
2. PRESCRIÇÃO HOSPITAL
3. ALTA HOSPITALAR

TER S
ESTE
ENTA
A ED
NAIS
QUIN
ALGI

METIDO A REDUÇÃO DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-
GERAL, SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM
NORMOCORADO. EUPNEICO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO.
EM REGRESSÃO, COMPATÍVEL DO PÓS-CIRÚRGICO, SUTURAS DE
SANGRAMENTO OU INFECÇÃO, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS
ES PERIORBITÁRIAS. ABERTURA E MOVIMENTAÇÃO MANDIBULAR

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito
Profissional responsável pela in

O - O
ação:

FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267

Dr. Assis Filho
Cirurgião Geral
Implante Odontológico
CRO - 3267





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Em: 30/05/2020 07:14:56

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008
Tempo de Internação 12d 9h 45m in	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade: 12d 13h 53m in	Permanência no Leito: 1d 14h 20m in

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 30/05/2020 07:14:46)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF#

PACIENTE NO 2º DPO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR ESQUERDO, SOB ANESTESIA GERAL, SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM BEG, LOTE, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO, COMPATÍVEL COM PROCEDIMENTO, SUTURAS DE ACESSO EM POSIÇÃO, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO OU INFECÇÃO, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS. EQUIMOSSES PERIORBITÁRIAS, ABERTURA BUCAL E MOVIMENTAÇÃO MANDIBULAR PRESERVADA, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

CD:

1. ORIENTAÇÕES
2. PRESCRIÇÃO HOSPITALAR
3. ACOMPANHAMENTO PELA CTBMF

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 004

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267


Dr. Assis Filho
Cirurgia BMF
Implantodontologia
CEO - 3267





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
Em: 29/05/2020 07:53:59

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008
Tempo de Internação 11d 10h 24min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade 11d 14h 32min	Permanência no Leito 14h 59min

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 29/05/2020 07:53:54)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM 1DPO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMATICO-MAXILAR ESQUERDO, SOB ANESTESIA GERAL, SEM INTERCORRENCIAS. NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, EM BEG E LOTE. AO EXAME FÍSICO, EDEMA COMPATÍVEL COM PROCEDIMENTO, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTAÇÃO OCULAR PRESERVADA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E MOVIMENTAÇÃO MANDIBULAR PRESERVADA. SUTURAS EM POSIÇÃO, SEM SINAIS DE DEISCENCIA OU INFECÇÃO.

CD:

- 1- ORIENTAÇÕES
- 2- PRESCRIÇÃO HOSPITALAR
- 3- ACOMPANHAMENTO CTBMF

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 004

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/08/2021 15:09:19
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080515091914600000044385738
Número do documento: 21080515091914600000044385738





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Semear a Vida
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: ADRIANO DUARTE QUINTANS
Em: 28/05/2020 12:45:41

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008
Tempo de Internação 10d 15h 16min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 122679
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade: 10d 19h 24min	Permanência no Leito: 4h 32min

EVOLUÇÃO MEDICA (ADRIANO DUARTE QUINTANS - 28/05/2020 12:42:02)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO SOB ANESTESIA GERAL DE OSTEOSINTESE DE FRATURA ORBITO-ZIGOMATICO-MAXILAR. CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 004
Profissional responsável pela informação: ADRIANO DUARTE QUINTANS

Número Conselho: 2442

Adriano D. Quintans
Bucco Maxilo Facial
CNES 1701652.465.840.002
CRO 2442/PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Senador Tadeu
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: LAIS ANTAS LIRA DO SANTOS
Em: 26/05/2020 11:39:56

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008
Tempo de Internação 8d 14h 10min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 122679
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade: 8d 18h 18min	Permanência no Leito: 2d 17h 49min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIS ANTAS LIRA DO SANTOS - 26/05/2020 11:39:50)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#CLÍNICA MÉDICA

9º DIH VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA DE FACE.
DIABETES DESCOMPENSADA

EVOLUÇÃO: CHAMADA PELA BMF PARA AVALIAR PACIENTE APRESENTANDO HIPERGLICEMIA (238, 247, 213, 268). EVOLUI EM LEITO ,NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NORMOCORADO, EUPNÉICO COM EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR MANTIDAS.

1- RETIRO A METFORMINA PARA MARCAÇÃO DE CIRURGIA

2- AJUSTO DOSES DE INSULINA

3- LIBERADO PARA CIRURGIA SE GLICOSE ALEATÓRIA < 200 , QUE É ACEITÁVEL PARA PACIENTES DIABÉTICOS

Seção: POSTO IB - ENF  Leito: LEITO - 
Profissional responsável pela informação: LAIS ANTAS LIRA DO SANTOS

Número Conselho: 12954





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Em: 26/05/2020 05:27:30

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008	Prontuário 122679
Tempo de Internação 8d 7h 58min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade: 8d 12h 6min	Permanência no Leito: 2d 11h 37min	

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 26/05/2020 05:27:25)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF# PACIENTE 8º DIH VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. RELATA SER DIABÉTICO (SOB USO DE MEDICAÇÃO). NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NORMOCORADO, EUPNEICO, DIURESE ESPONTÊA. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL EM REGRESSÃO, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR MANTIDAS, VIAS AÉREAS PÉRVIAS. EDEMA EM REGRESSÃO EM HEMIFACE ESQUERDA, MOBILIDADE MAXILAR À ESQUERDA COM BOA ABERTURA BUCAL. AO EXAME DE IMAGEM, APRESENTA IMAGEM SUGESTIVA DE FRATURA DE COMPLEXO MAXILO-ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIO (E), AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO PRA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA. PACIENTE COM HGT 404 MG/DL (23.05.20). A CLÍNICA MÉDICA SOLICITOU VERIFICAÇÃO OBRIGATORIA DE 6/6 H, EVOLUINDO PARA 294 MG/DL NO DIA 24.05.2020, PORÉM NÃO SENDO PRESCRITO DIARIAMENTE AS DEVIDAS MEDICAÇÕES, CONTINUANDO DESCOMPENSADO. SENDO ASSIM ENCAMINHO PACIENTE PARA SER PRESCRITO E COMPENSADO CLINICAMENTE PELA CM ATÉ ALTA DA CM PARA CIRURGIA PELA BMF. CD: 1. AVALIAÇÃO BMF 2. AGUARDA PRESCRIÇÃO DA CM PARA ESTABILIZAÇÃO DO QUADRO 3. PROCEDIMENTO CIRURGICO SERÁ AGENDADO APOS A ALTA DA CM

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LETO - 001

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Andre Auger
Cirurgião Geral
RQ-562





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Sumos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO
Em: 24/05/2020 08:18:42

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008
Tempo de Internação 6d 10h 49min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 122679
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade: 6d 14h 57min	Permanência no Leito: 14h 28min

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 24/05/2020 08:17:31)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF#

PACIENTE 7º DIH VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. RELATA SER DIABÉTICO (SOB USO DE MEDICAÇÃO). NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NORMOCORADO, EUPNÉICO. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR MANTIDAS, VIAS AÉREAS PÉRVIAS, EDEMA EM REGRESSÃO EM HEMIFACE ESQUERDA, MOBILIDADE MAXILAR À ESQUERDA COM BOA ABERTURA BUCAL. AO EXAME DE IMAGEM, APRESENTA IMAGEM SUGESTIVA DE FRATURA DE COMPLEXO MAXILO-ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIO (E), AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO PRA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

PACIENTE COM HGT (23.05.20) - 404

A CLÍNICA MÉDICA SOLICITOU VERIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DE 6/6 H

CD:

1. AVALIAÇÃO BMF
2. PRESCRIÇÃO DIÁRIA
3. ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM A CM

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267

Dr. Assis Filho
Cirurgia BMF
Implantodontista
CRD - 3267





Sumos Aires
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: MATHEUS SOARES DE ARAUJO
Em: 24/05/2020 13:15:13

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008
Tempo de Internação 6d 15h 46min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Plantão DIURNO
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade 6d 19h 54min	Permanência no Leito 19h 25min

EVOLUÇÃO MÉDICA (MATHEUS SOARES DE ARAUJO - 24/05/2020 13:14:54)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

CLÍNICA MÉDICA

- TRAUMA DE FACE SEC ACIDENTE DE MOTO

- DM

PACIENTE 8º DIH VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. RELATA SER DIABÉTICO (SOB USO DE MEDICAÇÃO). SEGUE APRESENTANDO MULTIPLAS HIPERGLICEMIAS APESAR DO USO DE NPH. FAZ USO DE METFORMINA 850 MG 3X/DIA. NO MOMENTO, S/ SINAIS DE CETOACIDOSE, S/ SINAIS DE TOXEMIA

AO EXAME

- BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NORMOCORADO, EUPNÉICO. - APRESENTA EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR MANTIDAS

ACV: RCR EM 2T C/BNF S/S

AR: MV+ EM AHT S/ RA

ABD: FLÁCIDO, INDOLOR S/ VMG

DIURESE E EVACUAÇÕES FISIOLÓGICAS

EXT: PULSSO CHEIOS, PRESENTES E SIMÉTRICOS

CD:

1. REAFIRMO IMPORTANCIA DO HGT DE 6/6H RISCO DE DISGLICEMIAS SEVERAS
2. INICIO METFORMINA 850 MG 2X/DIA
3. REAVALIAR CURVA GLICÊMICA EM 24H

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: MATHEUS SOARES DE ARAUJO

Número Conselho: 12922

Matheus Soares
Médico
CRM-PB 12922

24/05/2020 13:15





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 56031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Nome		BOLEIM DE ATENDIMENTO		Data/Hora Entrada		Data/Hora Saída	
MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		1237607		17/05/2020 17:21:35			
Data de nascimento		Idade		CNS		Prontuário	
23/05/1975		44		150595748320008		122679	
Tempo de internação		Sexo		Convênio		Plantão	
5d 11h 23min		Masculino		SUS		DIURNO	
Data de Entrada		Data Internação		Permanência na Unidade:		Permanência no Leito:	
17/05/2020 17:21:35		17/05/2020 21:29:34		5d 15h 31min		9h 45min	

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Em: 23/05/2020 08:52:52

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 23/05/2020 08:50:02)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

#BMF#

PACIENTE 6º DIH VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. RELATA SER DIABÉTICO (SOB USO DE MEDICAÇÃO). NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO DEAMBULANDO, NORMOCORADO, EUPNEICO. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EQUIMOSE PERIORBITAL. BILATERAL, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR MANTIDAS, VIAS AÉREAS PÉRVIAS, EDEMA EM REGRESSÃO EM HEMIFACE ESQUERDA, MOBILIDADE MAXILAR À ESQUERDA COM BOA ABERTURA BUCAL. AO EXAME DE IMAGEM, APRESENTA IMAGEM SUGESTIVA DE FRATURA DE COMPLEXO MAXILO-ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIO (E), AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO PRA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

1. AVALIAÇÃO BMF

2. PRESCRIÇÃO DIÁRIA

3. ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM A CM

Sessão: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Numero Conselho: 3267

Dr. Assis Filho
Impressão em
23/05/2020



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



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2583262

Impresso por: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
Em: 22/05/2020 06:54:57

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008	Prontuário 122679
Tempo de Internação 4d 9h 25min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade: 4d 13h 33min	Permanência no Leito: 3d 17h 31min	

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 22/05/2020 06:53:11)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
#BMF#

PTE 5º DIH VITIMA DE ACIDENTE MOTOICLISTICO, RELATA SER DIABETICO - SOB USO DE MEDICAÇÃO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, EM BEG.

AO EXAME FISICO: EDEMA EM REGRESSÃO EM HEMIFACE ESQUERDA, ACUIDADE VISUAL MANTIDA E MOBILIDADE OCULAR, VIAS AEREAS PERVEAS, EQUIMOSE E EDEMA PERIORBITARIO BILATERAL.
AO EXAME INTRA-ORAL: FOI OBSERVADO MOBILIDADE MAXILAR Á ESQUERDA, ABERTURA BUCAL SATISFATORIA.

AO EXAME DE IMAGEM: FRATURA COMPLEXO MAXILO-ZIGOMATICO-ORBITARIO (E)

CD:

- 1-AVALIAÇÃO BMF
- 2-PRESCRIÇÃO DIARIA
- 3-ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM CM
- 4-AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 011
Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Dr. Evaldo Sales Honorato Jr.
Cirurgião Bucal, Maxilo Facial
Especialista em Odontologia
CRO-PB: 3785





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



Paraíba
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Em: 21/05/2020 08:30:42

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008
Tempo de Internação 3d 11h 1min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 122679
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade 3d 15h 9min	Permanência no Leito: 2d 19h 7min

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 21/05/2020 08:23:12)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF#

PCTE 4º DIH VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, RELATA SER DIABETICO - SOB USO DE MEDICAÇÃO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, EM BEG.

AO EXAME FISICO: EDEMA EM REGRESSÃO EM HEMIFACE ESQUERDA, ACUIDADE VISUAL MANTIDA E MOBILIDADE OCULAR, VIAS AEREAS PERVEAS, EQUIMOSE PERIORBITARIO BILATERAL. AO EXAME INTRA ORAL FOI OBSERVADO MOBILIDADE MAXILAR À ESQUER, ABERTURA BUCAL SATISFATORIA.

AO EXAME DE IMAGEM: FRATURA DO COMPLEXO MAXILO-ZIGOMATICO-ORBITARIO (E).

CD:

1-AVALIAÇÃO BMF

2-PRESCRIÇÃO DIARIA

3-PARECER DA CLINICA MEDICA

4-REFORÇAR JUNTO A ENFERMAGEM A IMPORTANCIA DE REALIZAR O HGT DIARIAMENTE

5-ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM A CM

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 011

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Adriana
CNS 160595748320008
CRO 24-12/19





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



Seu nome é
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: KATIA XAVIER DUARTE
Em: 18/05/2020 09:09:10

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008	Prontuário 122679
Tempo de Internação 11h 40min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade 15h 48min	Permanência no Leito 11h 40min	

EVOLUÇÃO MÉDICA (KATIA XAVIER DUARTE - 18/05/2020 09:09:00)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

CLÍNICA MÉDICA

* HD: FRATURA COMPLEXO MAXILO-ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIO ESQ
DM / HAS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM HEMIFACE ESQUERDA, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. REFERE HIPERTENSÃO E DIABÉTICO. FAZ USO DE METFORMINA 850 MG 3 X/DIA. NÃO SABE INFORMAR O ANTI-HIPERTENSIVO.

AO EXAME:

EDEMA EM HEMIFACE ESQUERDA

CORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO

ACV: RCR2T FC: 72 bpm

AR: MV+ ARA, EUPNEICO

FERIMENTO EM ANTE-BRAÇO ESQUERDO, COBERTO COM CURATIVO

CD: INTRODUZO INSULINA NPH E REGULAR

INTRODUZO LOSARTANA

SOLICITO CONTROLE RIGOROSO DA PA E HGT

Seção: AREA AMARELA Leito: LEITO - 010

Profissional responsável pela informação: KATIA XAVIER DUARTE

Katixa
Número Conselho: 6548





RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO BE/PRONTUÁRIO 1237607
IDADE: 44 SEXO: MASCULINO COR: DATA: 28/05/2020
CLÍNICA /SETOR: BMF EMP: LR:
CIRURGIA: OSTEOSINTESE DE FRATURA OORBITO-ZIGOMATICO-MAXILAR ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR. ADRIANO QUINTANS 1º ASS: DR. LACET
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: DR. CLAUDIO
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: 08:00 TÉRMINO: 13:30

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA COMPLEXO ZIGOMATICO ESQUERDO	S02.4

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
REDUÇÃO DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMATICO ESQUERDO COM FIXAÇÃO	S02.4

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO
DESCRIÇÃO: -
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: -

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: 28/05/2020

Adriano Quintans
Bico Maxilo Facial
CRM 170.652.405.640/005
CRM 2442/PB



Adriano D. Quintana
Rúbrica: Mando legal
CNEB 70.658.465.890.005
CRO 2442/98

28/05/2020

THESE

WALLING
WITHIN A CITY



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: Manoel Mesias Fernandes do Nascimento
 IDADE: 44 ANOS 123.7607 INTERMÁRIA: LEITO
 CIRURGIÃO: Dr. Geringer Frac. Quito Zigueuistis Maxilares
 CIRURGIÃO: Dr. Adriano Azeiteiro + Residentes
 ANESTESIA: Genl.
 ANESTESISTA: Blairton + Akylla (R)
 INSTRUMENTADOR: Daynah

DATA: 28/05/2020 CIRURGIÃO - ANESTESIA INÍCIO: 08:00 CIRURGIÃO INÍCIO: 13:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () DOBADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	50 100ml	FILO Nº 11		FILO CAT GUT CROMADO Nº	
SUPRIVACADNA ISOBARICA	50 200ml	FILO Nº 21		FILO CAT GUT CROMADO Nº	
SUPRIVACADNA PESADA		FILO Nº 22		FILO DE AÇO Nº 0	1
ETANIDIA	SR L	FILO Nº 24		FILO DE AÇO Nº	
PROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORACICA Nº		FILO DE NYLON Nº	5,8
OMIDATO	SOLUCOES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº 11		FILO DE NYLON Nº	4,8
FENOBAREITAL	ALCOOL ETILICO 70%	OK LÂMINA BISTURI Nº 13		FILO DE NYLON Nº	
FENTANIL	PVP/ DEGERMANTE	OK LÂMINA BISTURI Nº 23		FILO POLILACTINA Nº	3,0
FLUMAZENIL	PVP/ TINTURA	OK LÂMINA BISTURI Nº 24		FILO POLILACTINA Nº	4,0
ISOFLURANO	PVP/ TÓXICO	OK LÂMINA DE DERMATOMO		FILO POLILACTINA Nº	1
LEVOSUPRIVACADNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENCORTO		FILO POLIPROPILENO Nº	
LEVOSUPRIVACADNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FILO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	OK LUVA ESTÉRIL Nº 8	7/8	FILO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 23X27	OK LUVA ESTÉRIL Nº 3	7/8	FILO POLILECAFRONE Nº	
MEZAZOLAN	AGULHA 33X08	OK LUVA ESTÉRIL Nº 8		FILO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	OK LUVA ESTÉRIL Nº 5		FILO CAUDACA	
ROBUTUM	AGULHA PERIDURAL Nº 16	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRURÓNDIO	AGULHA PERIDURAL Nº 17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº 18	PERIFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUÍ Nº 230	SCALP Nº 8		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMFENTANIL	AGULHA RAQUÍ Nº 240	SCALP Nº 2		FILO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUÍ Nº 270	SERINGA 1ml 160ml	OK	FILO DE KIRSCHNER Nº	
LEVOPULBANO	ALGODÃO ORTODONTICO	SERINGA 1ml	OK	FILO STEINMAN Nº	
SUA ANGIÓNDIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ml	OK	FILO STEINMAN Nº	
TIOPIENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 30ml	OK	GRANDEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA W COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA	CÂNULA F/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16		KIT DREN. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12		PROTESE VASCULAR	
TROPONA	CATETER EMBOLEO ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14		KIT PAM	
EXTRA	CATETER EPIDURAL Nº 16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 18		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOXINA	CATETER EPIDURAL Nº 17	SONDA FOLEY VIAS Nº 12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº 18	SONDA FOLEY VIAS Nº 14		PARAFUSOS CERVICAIS	AP. 105,
DIPROPIONA SÓDICA	CEXA PARA OSSO	SONDA MARG. CURTA		PARAFUSOS CERVICAIS	107,
EPIDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESOMIÓDIO	
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESOMIÓDIO	
GLUCOSE 30%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORCERDURA		PARAFUSOS MALBOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 6,5		PARAFUSOS MALBOLAR	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA ORT. L. 125. 10	
LIDOCAÍNA GELÉIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		Cartela p/ 07	
ONDASINTRONA	EQUIPO MACRODOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)			
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMONTE	EQUIPO MICRODOTAS				
PROTAMIDIA	ESPONJA DE PVP				
TEHONICAN	ESPARRAPAO				
Retropneumo	GAZES	OK FIO ALOCAÇÃO CIA Nº 2,0			
	GAZES ALODODADAS	OK FIO ALOCAÇÃO CIA Nº 1			
	GEL ELETROLITICO	OK FIO ALOCAÇÃO CIA Nº 2,0			
	ILCO Nº 14	OK FIO ALOCAÇÃO CIA Nº			
	ILCO Nº 16				
	os filtos adito				
	os Equip de bombeia infus				

Atmas = 7

Daynah





DATA: 28/05/2020

PRONTUÁRIO:

5237604

PACIENTE:	MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO			SEXO:	M	COR:	P	IDADE:	44
PRIMEIRO ATRIBUTO	PULSO	82	RESPIRAÇÃO	100%	TEMPERATURA	36,5	PESO	70	GRUPO SANGÜINEO
ESTADO GERAL	X BOM	REGULAR	() MAU	() PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	() BOM	() REGULAR	() MAU	() PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES	VPM								
AP. RESPIRATÓRIO	FURNELCO			AP. CIRCULATÓRIO			ESTAVEL		
AP. DIGESTIVO	JETUM			ESTADO MENTAL			LOTE		
PRÉ-ANESTÉSICO	Ø						I ESTADO FÍSICO (ASA)		
DOSE / HORA									
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO MAXILAR								
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO								
CIRURGIÃO				AUXILIARES			MAXILAR		
INÍCIO DA ANESTESIA	08:00			TÉRMINO DA ANESTESIA			12:00		
				DURAÇÃO DA ANESTESIA			04hs		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				QUANT. DE CIL.			VALORES RS		
ANESTESISTA	DR. CLAUDIO			CPF			CRM-PB		

AGENTES/PROVA	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00
---------------	-------	-------	-------	-------	-------

AR 500

	SRL	SRL	SRL
100000	500	500	500
VENDIDO			

[illegible][illegible]

100
140

Time (min)	Toluene (ppm)
0	100
5	115
10	125
15	120
20	115
25	110
30	105
35	102
40	100

[illegible]

100	99	100	100	100	100	99	100	0
-----	----	-----	-----	-----	-----	----	-----	---

ECG	R6	R5	R4	R3	R2	R1	R0	R7	R8
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

2	42	40	38	35	32	32	35	36	36	3
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---

☒ ANESTESIA DERM.	☐ RADIOLOGIA	☐ EPIDURA	☐ BLOQ. PLEXO
---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

Líquidos				MEDICAMENTOS
Sólidos				

	1	CEFAZOLINA 2g
NAC	2	MIPLONA 2g

SAMPLE		Dexametasona 10 mg
WATER	☐	

			ONDOJETONA 8 mg
10%			PENTANI. 200 mg

☐ APT* ☒ SUPERFARMIA	LI DOCAINA S/ VASO 4ml
--	------------------------

PROPOFOL 200mg
SUCCINILCHOLINA 100mg

☐ OUTROS	URPA	ROZARONIA 50mg	50mg
---------------------------------	------	----------------	------

① POT MON. IONIZED. ESTABLISH $\text{pH} \approx 2$ AND

③ APARELHOS E MATERIAIS CHECKADOS: ④ PRE

FLATD, TUBO FLATD, CARBOCINO FO OK,

				//
#	Gom	Intenciones		

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

CEFAZOLINA	2g
------------	----

Diphona 2g
Dexametason

ONDANJETRONA 8mg

RENTANIL 200 mcg
 LI DOCAINA 5 VASO 40

Propofol 200mg

SUCINILCA	NA
RODRONIO	50m

	0
...	...

ESTABLISHING INITIALS CIRCLED

Dr. Claudio Ventura
Médico Anestesiologista
CRM: 9196 RQE: 6266
SBA: 22.444

① POT MONITORIZADA, ENTAVEL, JOM: ② AVP BREVO E PERVO HED JELU 186:
③ APARELHOS E MATERIAIS CNECADOS: ④ PRE-OXIGENACAO 100%, 5 MIN: ⑤ INDOCAO
COM 5+6+7+8+9: ⑥ INT. ESQUEMA TUBO 6,5 ANAMADO: ⑦ CUFF JOM-
FLADO, TUBO FIXADO, CARVOCAO OK

Sem Interconexões

— 48 —

P. HALL & S. CHEN 2006.1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA DEPENDENTE DE IDENTIFICAÇÃO

916 P

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO




VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 27 56902 DATA DE EMISSÃO 28 ABR 2000

NOME MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

ORIGEM Jose Antonio do Nascimento

ANGELINA FERNANDES DO NASCIMENTO

ARARUNA PB

NATURALIDADE Cert Nasc 9.940 Fls 67-v Livro 11-A. DATA DE NASCIMENTO 23.05.1975

DOC ORIGEM

CPF

Assinatura do Registrado

LEI Nº 7.118 DE 20-09-03

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

055.011.224-30

Nome
MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

Nascimento
23/05/1975



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 27 56902 DATA DE EMISSÃO 28 ABR 2000

NOME MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

RESIDÊNCIA José Antonio do Nascimento
Angelina Fernandes do Nascimento

NATURALIDADE Araruna Pb DATA DE NASCIMENTO 23.05.1977

Cert Nasc 9.940 Fls 67-v Livro 11-A.

DOC ORIGEM

CPF

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 21/09/83

CARTÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA DEFESA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

616 P

MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

23.05.1977

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

055.011.224-30

Nome
MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

Nascimento
23/05/1977

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº 9185721404

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1	COD. RENAVAM 358065339	RNTIC	EXERCÍCIO 2011
----------	---------------------------	-------	-------------------

NOME
VERTNALDO F DO NASCIMENTO

CNPJ
038.990.144-72

PLACA
NOG6657

PLACA ANT/UF
NOG6657/RN

CHASSI
9C2JC48206R100115

ESPECIE TIPO
PASSAGEIRO/MOTONETA/MOTO 4PL 17AVEL

COMBUSTIVEL
MOTOR - GASEO

MARCA/MODELO
HONDA/RIZ 125 ES

ANO FAB
2011

ANO MOD
2011

CAP/POT/CIL
CCV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
VERDE

I P V A	COTA ÚNICA R\$ 0		VENC. COTA ÚNICA 24/10/2011	VENC./COTAS 1º PAGO
	FAIXA LPVA 2006 3X		PARCELAMENTO/COTAS R\$ 111111	2º PAGO
				3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

111 TAXAS DETRAN: PAGO 111 BRIGADA

ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.674.220/0001-65

BANCO HONDA S/A

MOTOR: JC48E2B100115



DATA
19/10/2011

DETRAN

CONTRAN



DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

E-MAIL _____ TELEPHONE (____) _____

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- 1 CARTERIA DE IDENTIFICADOR DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO DO CARTERIA DE TITULAR OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPA SIMPLES E LEGITIM)
- 1 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPA SIMPLES E LEGITIM)
- 1 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPA SIMPLES E LEGITIM) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (SOLICITANTE)
- COMPROVANTE LEGAL E QUANT REPRESENTA VITIMA MINOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE RESISTÊNCIA ESPERADO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LIGATIM)
- () CARTILHA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LIGATIM)
- () Cópia da VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LIGATIM)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DISCORDÂNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LIGATIM)
- () COMPONENTES ORIGINAIS E LIGATIM DAS ORÇAMENTAS MÉDICAS HOSPITALARES QUÍMICAS
- () NOTAS FISCAIS ORIGINAIS E LIGATIM DE FÁBRICA ACUMULATIVAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LIGATIM)
- () COMPONENTE DE RESISTÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LIGATIM) OU ORÇAMENTAÇÃO DE RESISTÊNCIA ORIGINAL
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (1) CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRÁFEGO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
- (1) CPM DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
- (1) COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL);
- 0006 REPRESENTANTE LEGAL, E QUIN REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 13 ANOS, PODERÁ SER OU NÃO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDICIZAÇÃO
- MONTE - R\$ 11.500,00
 - PRATELA PERSUASIVITE - ART R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A CATEGORIA DAS LENTES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGUNDO PRESTIJA DA LENTE (LPM/4)
 - CESPRESSO MEDICAL QUALITY - REDUÇÃO SO ART R\$ 1.700,00 (PRESTIJO SO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRATELO PARA FALAMENTO DA INDICIZAÇÃO E DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LAUDO ACORDEONAR O PREÇO DE INDICIZAÇÃO, ACESSO WWW.DIFERENCIADODISTRIBUISTO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS 0800 072 1264

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIFICATION

[Signature]

ASTHMA ATTILIA

Número do documento: 21080515091914600000044385738

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200313600 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 17/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DO COMPLEXO MAXILO ZIGOMÁTICO ORBITÁRIO À ESQUERDA. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P18/19 ALTA.

Sequelas permanentes: POR LESÕES DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE POR LESÕES DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200313600 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 17/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DO COMPLEXO MAXILO ZIGOMÁTICO ORBITÁRIO À ESQUERDA. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P18/19 ALTA.

Sequelas permanentes: POR LESÕES DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE POR LESÕES DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246419/20

Vítima: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

CPF: 055.011.224-30

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 17/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDES DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO : 055.011.224-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/09/2020
Nome: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO
CPF: 055.011.224-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03449-5

CONTA: 000000002848-7

Nr. Autenticação

BRADESCO0110202005000000000023703449000000002848337500 PAGO



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

Processo n.º 08092954420208152003

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 3 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 - 05/08/2021 15:09:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080515091992400000044385739>
Número do documento: 21080515091992400000044385739