



17/09/2021

Número: **0826193-27.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **04/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO (AUTOR)		AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48705446	17/09/2021 11:30	Petição	Petição
48705448	17/09/2021 11:30	2779537_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
48705918	17/09/2021 11:30	2779537_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, 24 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200362665

Vítima: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Data do Acidente: 11/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO**

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

Banco: **104**

Agência: **000000737**

Conta: **0000046706-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 096.255.234-80 4 - Nome completo da vítima: Tallys Willys Nunes Ribeiro

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

5 - Nome completo: Tallys Willys Nunes Ribeiro 6 - CPF: 096.255.234-80
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Professora Maria Augusta Mendonça 9 - Número: 135 10 - Complemento:
11 - Bairro: Malvinas 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58433-275
15 - E-mail: mirandaconsultoriaeassessoria@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (83)99821-8831

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 46706 4 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 6.194/74.

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 (no 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 (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Campina Grande - PB, 02/10/2020

Tallys W. N. Ribeiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0002/2019





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Raimundo Nonato de Araujo, s/n - Catolé – Campina Grande - PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Hora e data do fato: Às 15:30 h, do dia 11 de maio de 2020.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 18:45 h, do dia 18 de maio de 2020.

Local do Ocorrido: ROTATÓRIA - (AV. FLORIANO PEIXOTO - AV. DINAMERICA) - DINAMERICA - C. GRANDE - PB

COMUNICANTE/VITIMA: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO, do sexo masculino, nascido no dia 17/05/1992, com 28 anos de idade, ID: 3.673.995 SSP/PB, CPF: 096.255.234-80, AUTÔNOMO, filho de CLOVIS SEVERINO RIBEIRO e de JOSELMA NUNES RIBEIRO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, DIVORCIADO, natural de C. GRANDE - PB, residente na R. PROFª MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 135, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº 9.9979-1655.

TESTEMUNHA(S): ALESSANDRO DE FÁRIAS SILVA, do sexo masculino, residente na R. RADIALISTA MARTIM LUTERO, 31, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, PA, celular Nº 9.9906-9202.

ACUSADO(S): VENEZIANO ANTONIO LEAL, residente na R. PAPA JOÃO XXIII, 889, bairro LIBERDADE, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB

HISTÓRICO: Que na data de 11/05/2020, estava conduzindo a motocicleta HONDA FAN 125 - PLACA: NOI-1901/PB, cor: vermelha, em direção a empresa onde trabalha; Que quando estava na rotatória que fica no encontro das avenidas Floriano Peixoto com Dinamerica, sentindo Maxxi Atacado, quando já próximo de terminar a meia volta da rotatória para continuar o trajeto da Avenida Floriano Peixoto, foi abalroado pelo veículo Fiat Palio - Placa: MOG-4506/PB - cor: preto, o qual era conduzido pela pessoa que se identificou pelo nome de Veneziano; Que com o impacto foi lançamento a alguns metros da batida; Que o senhor Veneziano ficou no local, porém não prestou socorro e nem mesmo solicitou auxílio ao SAMU, ficando a cargo do comunicante, que ficou ao chão; Que foi





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Raimundo Nonato de Araujo, s/n - Catolé – Campina Grande - PB

socorrido pelo SAMU que encaminhou o comunicante ao Hospital de Emergência e Trauma; Que ficou internado para realização de cirurgia no braço direito permanecendo no hospital até a data de 15/05/2020 quando recebeu Alta Médica; Que depois que recebeu alta soube por seu empregador que o senhor Severino não quer arcar com as despesas necessárias do comunicante; Que lhe foi dado atestado médico de 60 dias; Que a motocicleta que conduzia, ficou bem danificada a qual foi encaminhada para a oficina indicada pelo seguro.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC

AUTORIDADE: RUBIA CHRISTIANNI DE FREITAS VIEIRA

COMUNICANTE: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

ESCRIVÃO: JONAS L. SOUTO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 096.255.234-80 4 - Nome completo da vítima: Tallys Willys Nunes Ribeiro

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

5 - Nome completo: Tallys Willys Nunes Ribeiro 6 - CPF: 096.255.234-80
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Professora Maria Augusta Mendonça 9 - Número: 135 10 - Complemento:
11 - Bairro: Malvinas 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58433-275
15 - E-mail: mirandaconsultoriaeassessoria@gmail.com 16 - Tel (DDD): (83)99821-8831

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0737 CONTA: 46706 4 AGÊNCIA: CONTA:

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 6.194/74), 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 6.194/74.

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 (no 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Campina Grande - PB, 02/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000046706-4

Nr. da Autenticação 1CAA738274AC9AF9





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguarizal João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

11788585

N. OSP

23990358

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

JOSELMA NUNES DA SILVA
RUA PREFEIRA MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 135 - MALVINAS
CAMPINA GRANDE PB 58433- 275

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.076.065.0500.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15K058866	08/07/2015	EXTERNO	LIGADO	LIGADO		

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
ABR/2020	02/05/2020	77,78			

EMIÇÃO:	20/05/2020	Total a Pagar:	R\$ 77,78
----------------	-------------------	-----------------------	------------------

	MATRÍCULA	N DO OSP	EMIÇÃO	TOTAL A PAGAR
---	------------------	-----------------	---------------	----------------------





PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 11/05/2020

Horas: 18:42:56

Médico (a) Diarista: Ywry de Paiva Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2153489 Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO Data de Nascimento: 17/05/1992 Admissão: 11/05/2020 DIH - 0
Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 11/05/2020

MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	21 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	21 06
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	cu

EVOLUÇÃO

DATA: 11/05/2020 HORA: 18:40:38

ADMISSÃO

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO APRESENTANDO DOR
+ LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO.
RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO TIPO
BARTON VOLAR.
NEGA ALERGIAS, HAS E DM2.

CD: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO
SOLICITO PRÉ-OPERATORIO

ASSINATURA + CARIMBO

Ywry de Paiva Camara

Ywry de Paiva Camara
GRUPO DE TRABALHO
CRM-PA 10.123





CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/05/2020

Horas: 08:21:26

Médico (a) Diarista: Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2153489 Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO Data de Nascimento: 17/05/1992 Admissão: 11/05/2020 DIH - 1
Clínica: NEUROBUCA Enfermaria: 9 Leito: 1 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 12/05/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	18 06
	Reconstituir 2ML ABD.	
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	Att
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Att
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	Att

EVOLUÇÃO

DATA: 12/05/2020 HORA: 08:21:04

1º DIH

BEG, ESTÁVEL

CD: AGUARDA HEMOGRAMA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner de Melo Falcão

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 8643



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2021 11:30:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091711295973200000046228856>

Número do documento: 21091711295973200000046228856

Num. 48705448 - Pág. 9

20.05.20 Buente orientado supreico,
desmolda, defluid. do Togo,
sem interconexões no momento.

Leishyene PA = 130x80
B. 76
B. 12.

//

12/05/2020
PA 130/80
T365

{ faciente nque estavel
sem queixas no momento
early





Paraíba
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/05/2020

Horas: 07:43:49

Médico (a) Diarista : Ywry de Paiva Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

9-2

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153489 Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO Data de Nascimento: 17/05/1992 Admissão: 11/05/2020 DIH - 2

Clinica: ALA NEUROBUÇO Enfermaria: 9 Leito: 1 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 13/05/2020

MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>Boa dieta opor de 13/05 12:00</i>	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	<i>12 18 24 06</i>
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h	<i>12 24</i>
	Reconstituir 2ML ABD.	
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	<i>12</i>
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>12</i>
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	<i>12</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 13/05/2020 HORA: 07:42:52

2º DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES +

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Nattan Resende
Médico
CRM-PB 11111

ASSINATURA + CARIMBO

Ywry de Paiva Camara

CRM-PB 11111



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2021 11:30:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091711295973200000046228856>

Número do documento: 21091711295973200000046228856

83
05
2020

PA- 20-20

Ponente evolui
singular. segue
desnecessário de
eximogen.
J





Sejam todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/05/2020

Horas: 11:58:16

Médico (a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153489 Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO Data de Nascimento: 17/05/1992 Admissão: 11/05/2020 DIH - 3

Clinica: ALA NEUROBUCA Enfermaria: 9 Leito: 4 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 14/05/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>boa dieta e pedir obs 12:00</i>	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1 AMPOLA, 6h/6h	<i>12 12 24 06</i>
3	FENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1 FRA AMP, 12h/12h	<i>12 24</i>
4	Reconstituir 2ML ABD,	
5	ESTIMULAR DEAMBULACAO	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 14/05/2020 HORA: 11:57:18

3º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD:

AGUARDA CIRURGIA PARA HOJE A NOITE

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
CRM-PB 10022



8h
14105

P.A: 110x70

P: 87 SBT: 97

Paciente consciente, orientado,
sem queixas em per-
operatório imediato

lesão
2358 ~

estabilidade hemodinâmica,
paciente segue estável,
medicado conforme
prescrição médica, sem
queixas aos cuidados
de enfermagem.

fecho
1.007.974





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 14/05/2020
Horas da Impressão: 22:31:48
Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153489 **Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO** Idade: 027
Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO Data de Nascimento: 17/05/1992 Sexo: M
Clínica: ALA AMARELA Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 14/05/2020

MÉDICO ASSISTENTE (A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Apazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>af</i>

*POs-OP sem intercorrências -
CD: VPM + RX.*

*Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9907*



Número do Prontuário: 191259 DATA DA CIRURGIA: 14/05/2020

Número do Atendimento: 2153489 Clín: ALA AMARELA / Enf: EXTRA / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Data da Internação: 11/05/2020

Atendimento: 2153489

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório: *O mesmo*

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data da Cirurgia: 14/05/2020

Equipe:

Cirurgião: VALTH MENEZES GUIMARAES

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRÉ

Anestesista: FELIX SOARES NOBREGA

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM VIA DE HENRY + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSINTESE COM PLACA VOLAR 3X4 FUSOS + 3 PARAFUSOS CORTICAIS SOB FLUOROSCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 14/05/2020

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz
MEDICO
CRM-PB 9907



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Tallys Willyps Nunes Ribeiro 20.12.05.1992		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE Solo 04	CONVÊNIO SUS	IDADE 27
REGISTRO 2153489		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
CIRURGIA Osteomielite rodin distal direito		CIRURGIÃO Dr. Felix	
ANESTESIA bloqueio de plexo		ANESTESIA Dr. Felix	
INSTRUMENTADORA Andre (tm)		DATA 14.05.2020	
INÍCIO 21:15		FIM 22:40	
Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd. FIOS	
Adrenalina amp. 01		Catgut cromado Sertix	
Atropina amp.		Catgut cromado Sertix	
Diazepam amp. 05		Catgut cromado Sertix	
Dimore amp.		Catgut Simples	
Dolantina amp.		Catgut Simples Sertix	
Efrane ml		Catgut Simples Sertix	
Fenegan amp.		Catgut Simples Sertix	
Fentanil ml		Cera p/ osso	
Inova ml lidocaína		Ethibond	
Ketalar ml		Ethibond	
Mercaina % ml		Ethibond	
Nubahin amp.		Fio de Algodão Sertix	
Pavulon amp.		Fio de Algodão Sertix	
Protigmine amp. 05		Fio de Algodão Sutupak	
Protoxido l/m		Fio de Algodão Sutupak	
Quelicin ml 05		Fila cardiaca	
Rapifen amp.		Mononylon 01	
Thionembatal ml		Mononylon 20	
Tracrium amp.		Prolene Sertix	
Qtd. MEDICAÇÕES 02		Prolene Sertix	
Água Destilada amp.		Prolene Sertix	
Decadron amp.		Prolene Sertix	
Dipirona amp. 02		Vicryl Sertix	
Flaxidol amp. 01		Vicryl Sertix	
Flebocortid amp. 02		Vicryl Sertix	
Geramicina amp. 05		Vicryl Sertix	
Glicose amp.		Oxigênio l/m	
Glucon de Cálcio amp.		Poliflix	
Haemacel ml		PVPI Degemante ml	
Heparema ml		PVPI Tópico ml.	
Kanakion amp. 05		Qtd. SOROS	
Lasix amp. 04		SG Normotérmico fr 500 ml	
Medrotriazol. 01		SG Gelado fr 500 ml 7 Lavagem	
Piasil amp. 02		SG Hipertérmico fr 500 ml	
Prolamina 01		SG Ringr fr 500 ml	
Revivan amp.		SG fr 500 ml 02	
Stuptanon amp.		Qtd. ORTESE E PRÓTESE	
02 Cefalotina 1g		01 Sonda Nasogástrica	
01 Naloxidom		01 Sonda Uretral n°	
01 Sulfato		03 Strydrem ml	
Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES		Torneirinha	
Agulha desc. 25 x 7		Vaselina ml	
Agulha desc. 28 x 28		Gelcon 18	
Agulha desc. 3 x 4,5		Latese	
Agulha p/ raque n°		EQUIPAMENTOS	
Álcool de Enfermagem		Oxímetro de Pulso	
Álcool Iodado ml		Serra	
Ataduras de Crepon		Desfibrilador	
Ataduras de Gessada		Foco Frontal	
Azul metileno amp.		Fonte de Luz	
Benzina ml		Foco Auxiliar	
		Eletrócautério	
		Oxicapnógrafo	
		Cardiomonitor	
		Perfurador Elétrico	





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Tallys Willes Nunes Ribeiro		Idade:	27 anos
Convênio:			Data:	14/05/20
Procedimento:	osteossíntese radioluscal			
Cirurgião:	Euler	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Felix	
Início:	21:15	Término:	22:40	Anestesia: bloqueio de

[illegible][illegible][illegible]

Assinatura Anestesista

Circulante

MOD. 103

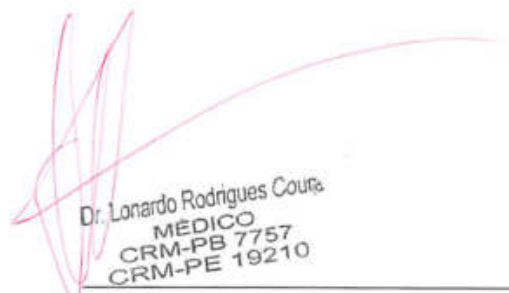
Relatório de Operação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2021 11:30:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091711295973200000046228856>
 Número do documento: 21091711295973200000046228856

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		


Dr. Leonardo Rodrigues Coura
MÉDICO
CRM-PB 7757
CRM-PE 19210

Assinatura do anestesista



NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TISSUS

CIDADE

C. Grosse

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

TALLYS WILLYS NUNES LIBEIRO

NÃO PRONTUÁRIO

Nº AL H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMIENTO REALIZADO

EXPERIMENTO REALIZADO: Curva de Tensão de Ruptura Distal

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA UTILIZAÇÃO 19/5/20

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

MÉDICO RESPONSÁVEL CRM

OBSERVAÇÕES

Q. PERMENOS. KMO. 83

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

André + Ramon

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9907





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/05/2020

Horas: 08:11:41

Médico(a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153489 Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO Data de Nascimento: 17/05/1992 Admissão: 11/05/2020 DIH - 4

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: EXTRA Leito: 9 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 15/05/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	ESTIMULAR DEAMBULACAO	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 15/05/2020 HORA: 07:56:36

4º DIH

1º DPO

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD:

ALTA HOSPITALAR

ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR CARGA COM O MEMBRO CIRURGIADO ATÉ ORIENTAÇÃO DO MÉDICO NO DIA DO RETORNO, ENCAMINHO A FISIOTERAPIA. PRESCREVO CIPROFLOXACINO, ANALGÉSICO.

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10723



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2021 11:30:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091711295973200000046228856>

Número do documento: 21091711295973200000046228856



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Data da Internação: 11/05/2020

Data da Alta: 15/05/2020

Registro: 2153489

Tempo de Permanência: -18394

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE BARTON

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: VALTH MENEZES GUIMARAES

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: NÃO

Infecção F.O: NÃO

Coleta de Material: NÃO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR CARGA COM O MEMBRO CIRURGIADO ATÉ ORIENTAÇÃO DO MÉDICO NO DIA DO RETORNO, ENCAMINHO A FISIOTERAPIA.

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO E ANALGÉSICO (ARFLEX RETARD)

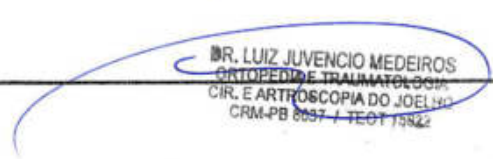
Condições de Alta: Melhorado

Data: 15/05/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL : Nattan Santos Rozendo De Oliveira



 GOVERNO DA PARAÍBA		S HOSP		DE SAÚDE DO ESTADO EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES					
NOME: <i>Patricia Mendes</i>										PRONTUÁRIO:	
IDADE:		SEXO M ☐ F ☐		COR: B ☐ P ☐ A ☐		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	
										ENF.:	
										LEITO:	
DADOS CLÍNICOS:											
RAIO X REALIZADO EM: <i>11/05/22</i>											
MATERIAL A EXAMINAR:											
EXAMES SOLICITADOS:											
<i>do joelho @ PPD</i>											
URGÊNCIA: ☐				ROTINA: ☐							
DATA:				HORA DA SOLICITAÇÃO:							
Carimbo e Assinatura do Médico											

MOD. 002







Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Seus dados
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

ENDEREÇO: PROFESSORA MARIA AUGUSTA

BAIRRO: MALVINAS

Identidade:
3673995

Idade: 027

PRONTUÁRIO:

Nº 2153489

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA),

RAIO X
REALIZADO EM:
31/05/20

Campina Grande - PB 14/05/2020 Hora:
22:32:03

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9907



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Seus dados
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

ENDEREÇO: PROFESSORA MARIA AUGUSTA

BAIRRO: MALVINAS

Identidade:
3673995

Idade: 027

PRONTUÁRIO:

Nº 2153489

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA),

Campina Grande - PB 14/05/2020 Hora:
22:32:03

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9907



Sr(a):	TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO	Protocolo:	0000526609	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	YWRY DE PAIVA CAMARA	Data:	12-05-2020 12:50	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	27 anos	Destino:	CLINICA NEURO-BUCO

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 12:49]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.30 milhões/mm ³	4,2 à 5,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,3 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	93 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.800 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	392
Segmentados.....	79,0	7.742
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	15,0	1.470
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	196
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	175.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra
Ana Cassia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411

Emissão : 12/05/2020 13:43 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: FED2-125C-0F86-43B6-4E70-9DEB-BC54-9CA2





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO	Protocolo:	0000526609	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	YWRY DE PAIVA CAMARA	Data:	12-05-2020 12:50	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	27 anos	Destino:	CLINICA NEURO-BUCO

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 12:49]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO 8'30

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 12:49]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS


Anna Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 12/05/2020 13:43 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8C99-0B70-D309-6A27-58EF-FBC3-90F0-696A



Sr(a):	TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO	Protocolo:	0000526609	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	YWRY DE PAIVA CAMARA	Data:	12-05-2020 12:50	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	27 anos	Destino:	CLINICA NEURO-BUCO

CREATININA

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 12:45]

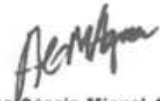
Resultado..... 1,1 mg/dL

Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00 mg/dL
5 dias a 3 anos..... 0,20 a 0,40 mg/dL
4 a 11 anos..... 0,30 a 0,70 mg/dL
12 a 17 anos..... 0,50 a 1,00 mg/dL
Para adultos:
Homens:
18 a 60 anos..... 0,90 a 1,30 mg/dL
61 a 90 anos..... 0,80 a 1,30 mg/dL
Acima de 90 anos..... 1,00 a 1,70 mg/dL
Mulheres:
18 a 60 anos..... 0,40 a 1,10 mg/dL
61 a 90 anos..... 0,60 a 1,20 mg/dL
Acima de 90 anos..... 0,60 a 1,30 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300


Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 12/05/2020 13:43 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 01E2-9CC1-EC97-1780-B661-EA7C-ECF5-2492



11/05/2020

HTCG-Painel Administrativo



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2153438 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 11/05/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO CEP: 58400002 Nascimento: 17/05/1992

Endereço: PROFESSORA MARIA AUGUSTA Sexo: M Telefone: 999791655

Cidade: Campina Grande Idade: 027 Bairro: MALVINAS

Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO RG: 3673995 Nº: 135

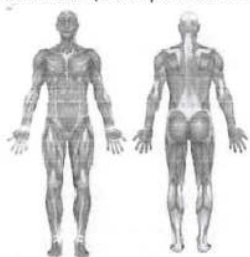
Responsável: CPF: Profissão:

Estado Civil: Divorciado(a) Data de Atend: 11/05/2020 CNS: 3673995

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO Hora: 16:01:20 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA: MEEANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

Bo lesão distal () (Brisa)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

tohtcg/impreclassi.php?contar=2153438&dataatend=2020-05-11&horaatend=16:05:33

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2021 11:30:00

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091711295973200000046228856

Número do documento: 21091711295973200000046228856

Num. 48705448 - Pág. 29

HTCG-Painel Administrativo

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

<http://htcg/impreclassi.php?contar=2153438&dataatend=2020-05-11&horaatend=16:05:33>

2/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2021 11:30:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091711295973200000046228856>
 Número do documento: 21091711295973200000046228856

Num. 48705448 - Pág. 30

11/05/2020



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 11/05/2020

Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO Idade: 027 Nº ATEND: 2153438

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 11/05/2020 HORA : 16:05:33

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINAIS DE EMBRIAGUEZ : NAO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

DBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Tereza Viana Duarte
ENFERMEIRA
COREN-PB 287.537





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.673.995	DATA DE EXPEDIÇÃO	30/06/2008
NOME	TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO		
FILIAÇÃO	CLOVIS SEVERINO RIBEIRO JOSELMA NUNES RIBEIRO		
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO	17/05/1992
DOC ORIGEM	NASC.N.60108 FLS.107V LIV.A/54 CARTORIO 2°CAMPINA GRANDE-PB		
CPF			
Assinatura	<i>Carlos Augusto</i>		
Assinatura	Marta do Socorro de Oliveira		
Assinatura	LEI Nº 11.010/01-2006/83		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 014957629311
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM Nº 00280397968 Nº 007000000000 2020

NOME
ALESSANDRO DE FARIAS SILVA

PLACA
0683330018

PLACA INT/UF
NOVO PB 9C2JC4110BR316505

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2011

CAP/POT/CIL. 2 9/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º

FADA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º
A ***** U 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 08/01/2020

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE VENDA
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL
CAMPEINA GRANDE - PB

DATA
05/02/2020

33800

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014957629311 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 05/02/2020

VIA CPF / CNPJ 0683330018 PLACA MOT1901/PI

RENAVAM 00280397968 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2010 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2JC4110BR316505

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) *****

***** SEGURO PAGO DATA DE QUITAÇÃO 08/01/2020

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

33800-1155587-20200205



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200362665 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO **Data do acidente:** 11/05/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO. P-1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG 9/10/13

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286379/20

Vítima: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

CPF: 096.255.234-80

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 11/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO : 096.255.234-80

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: 08/10/2020
Nome: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO
CPF: 096.255.234-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2020
Nome: Alan Silva de Oliveira
CPF: 152.775.167-86

TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Alan Silva de Oliveira



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200362665 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO **Data do acidente:** 11/05/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO. P-1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG 9/10/13

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08261932720208150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

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 **TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO**, 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.

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 ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, 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,

CAMPINA GRANDE, 15 de setembro 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 - 17/09/2021 11:30:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091711300101900000046229376>
Número do documento: 21091711300101900000046229376