



25/01/2021

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                   |
|---|---|
| <b>TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO (AUTOR)</b>                        | <b>AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b> |   |

**Documentos**

| Id.          | Data da Assinatura | Documento   | Tipo              |
|--------------|--------------------|---|-------------------|
| 38691<br>597 | 25/01/2021 11:33   | <a href="#"><u>2779537_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a> | Outros Documentos |



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

**Rio de Janeiro, 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%

Graduação EMI

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:33:43  
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511334336400000036890356>  
Número do documento: 21012511334336400000036890356

Núm. 38691597 - Pág. 1



## 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:<br>096.255.234-80 | 4 - Nome completo da vítima:<br>Tallys Willys Nunes Ribeiro |
|----------------------------|--------------------------------------|---|

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

|   |  |                                   |                        |
|---|--|-----------------------------------|------------------------|
| 5 - Nome completo:<br>Tallys Willys Nunes Ribeiro       | 6 - CPF:<br>096.255.234-80                             |                                   |                        |
| 7 - Profissão:<br>Autônomo                              | 8 - Endereço:<br>Rua Professora Maria Augusta Mendonça | 9 - Número:<br>135                | 10 - Complemento:      |
| 11 - Bairro:<br>Malvinas                                | 12 - Cidade:<br>Campina Grande                         | 13 - Estado:<br>PB                | 14 - CEP:<br>58433-275 |
| 15 - E-mail:<br>mirandaconsultoriaeassessoria@gmail.com |  | 16 - Tel.(DDD):<br>(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:  | <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR<br><input type="checkbox"/> SEM RENDA  | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00<br><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00<br><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS:   | <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)                               | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)<br>Nome do BANCO: _____                      |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)                  | <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | AGÊNCIA: 0737  | CONTA: 46706  |
| (Informar o dígito se existir)  | (Informar o dígito se existir)  | 4  | (Informar o dígito se existir)  |
| AGÊNCIA: _____  | CONTA: _____  | 4  | (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:   | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:   |  |  |   |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima:  | 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                                     |  |  |   |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:  | 30 - Vítima deixou nascituro (não nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

Campina Grande - PB, 02/10/2020

Tallys W.N. Ribeiro  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





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. PROF<sup>a</sup> 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, sentido 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 Araújo, 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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
096.255.234-80 Tallys Willys Nunes Ribeiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

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

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA        | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0737

CONTA: 46706

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

### 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 <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar<br>Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou<br>nasцitro (nascer)? <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima<br>teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar<br>Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim<br>pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não |
|--|---|---|--|---|--|

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | 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)

TESTEMUNHAS

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:33:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511334336400000036890356>  
Número do documento: 21012511334336400000036890356

Num. 38691597 - Pág. 6



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguariaí - João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

11788585

N.º OSP

23990358

## NOTIFICAÇÃO DE DEBITOS

**JOSELMA NUNES DA SILVA**  
**RUA PRFA MARIA AUGUSTA MENDONCA, 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      |      |            |            |

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

MATRÍCULA N.º DO OSP EMISSÃO TOTAL A PAGAR





Governador  
João  
PARAÍBA  
Governo do Estado

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº de 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

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

Horas: 18:42:56

Médico (a) Diarista : Ywry de Paiva Camara

Y-1

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  |             |
| 3    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h |             |
| 4    | Reconstituir 2ML ABD,                               |             |
| 5    | ESTIMULAR DEAMBULACAO                               |             |
| 6    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais                     |             |
|      | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO                       |             |

### EVOLUÇÃO

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

### ADMISSÃO

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO APRESENTANDO DOR + LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO.  
RADIOGRAFIA EVIDENCIADA 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  
CROPB - CRM-PB  
CRM-PB 11.277





## 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 - I  
Clínica: NEUROBUUCO Enfermaria: 9 Leito: I Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 12/05/2020

MEDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

| Item | Prescrição  | Aprazamento      |
|------|---|------------------|
| 1    | DIETA LIVRE   | 12/05/2020 24:00 |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h  | 18/05/2020 06:00 |
|      | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h | 18/05/2020 06:00 |
|      | Reconstituir 2ML ABD.                               | AH               |
| 4    | ESTIMULAR DEAMBULACAO                               | AH               |
| 5    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais                     | AH               |
| 6    | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO                       | AH               |

### EVOLUÇÃO

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

Iº DIH

BEG, ESTÁVEL

CD: AGUARDA HEMOGRAMA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner de Melo Falcao

Dr. Wagner Falcao  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
C.A.M.-P.B. 8643



12/05/20 Reente orientado supreico,  
desondade definid. os Tijos,  
sem quebras no Momento.

Leishman RA = 100x80  
? P. 976  
P. 12.

11

12/05/2020 PT 1301R { paciente segue estavel  
T30.5 { sem quebras no Momento  
early





## 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  
Clínica: ALA NEUROBUCO Enfermaria: 9 Leito: 1 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

OK

DIA 13/05/2020

MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

| Item | Prescrição  | Aprazamento |
|------|---|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE   | 19/05 12:00 |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h  | 12/18 21:06 |
|      | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h | 12/21       |
|      | Reconstituir 2ML ABD.                               | 12/21       |
| 4    | ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO                               | 12/21       |
| 5    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                     | 12/21       |
| 6    | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO                       | 12/21       |

### EVOLUÇÃO

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

Ywry de Paiva Camara  
Médico  
CRM-PB

2º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +  
EVACUAÇÕES +

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Ywry de Paiva Camara  
CRM-PB



~~83  
07  
2020~~

PA-10x20

Ponte evoluí  
singular - segue  
desenvolvendo  
elmo.

J





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 NEUROBUCO Enfermaria: 9 Leito: **H** Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

94

OK

DIA 14/05/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

| Item | Prescrição  | Aprazamento                           |
|------|---|---------------------------------------|
| 1    | DIETA LIVRE   | <i>fora deles e posolin obs 12:00</i> |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h  | <i>✓ ✓ 24/06</i>                      |
| 3    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h | <i>✓ ✓ 24/06</i>                      |
| 4    | ESTIMULAR DEAMBULACAO                               |                                       |
| 5    | 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 10.223*  
CRM-PB 10.223



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:33:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511334336400000036890356>  
Número do documento: 21012511334336400000036890356

Num. 38691597 - Pág. 13

8h  
14/05

P.A: 110x70

P: 87 SBT: 97

PCV comumente elevado;  
não queixas de dor -  
operários ameaçados  
lesões

2358 w

ebolução noturna,  
paciente segue estabilizado  
medicado conforme  
prescrição médica, sem  
queixas aos cuidados  
de enfermagem.

Japa  
1-007-97h





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

Clinica:ALA AMARELA      Enfermaria: EXTRa      Leito: 3      Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 14/05/2020

MÉDICO ASSISTENTE (A): Euler Fabricio Alves Cruz /

| Item | Prescrição  | Aprazamento |
|------|---|-------------|
| 1    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA<br>AMP, 12h/12h 0D/ID<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | OP          |

PÓS-OP Nem Intravenoso -

CD: VPR + RX.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:33:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511334336400000036890356>  
Número do documento: 21012511334336400000036890356

Num. 38691597 - Pág. 15



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.  
NOME: Euler Fabricio Alves Cruz

CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Data: 14/05/2020



Número do Prontuário: 191259

DATA DA CIRURGIA: 14/05/2020

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

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Data da Internação: 11/05/2020

Atendimento: 2153489

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

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

Equipe:

Cirurgião: VALTH MENEZES GUIMARAES

Assistente 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Assistente 2:

Auxiliar 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 + DISSECCÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSSÍNSESE COM PLACA VOLAR 3X4 FUROS + 3 PARAFUSOS CORTICais SOB FLUOROSCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 14/05/2020

Assinatura/Carimbo  
Euler Fabricio Alves Cruz

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:33:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511334336400000036890356>  
Número do documento: 21012511334336400000036890356

Num. 38691597 - Pág. 16

## **NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

**PACIENTE:**

Tallys Willys Nunes Lekino SN. 17.05.1992 GOVERNO DA PARAÍBA  
QI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO  
sala 24 SUL 27 2153489

CIRURGIA *Osteotomia distal radii*  
CIRURGÃO *Dr. Euler*  
ANESTESIA *Anestesia de DPOC*  
ANESTESIA *Dr. Euler*

ANESTESIA de quirófano para ANESTESIA Dr. Felix Emergencia e Trauma Dom  
INSTRUMENTADORA André (tm) DATA 19/05/2020 INICIO 01:15 FIM 02:40

| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS |           | Bolsa Colostoma              | Qtd. | FIOS                        |
|------|--------------------------|-----------|------------------------------|------|-----------------------------|
|      | Adrenalina amp.          | 01        | Calel. p/ Óxg.               |      | Catgut cromado Sertix       |
|      | Atropina amp.            |           | Catet. De Urinar Sist. Fech. |      | Catgut cromado Sertix       |
|      | Diazepam amp.            | 05        | Compressa Grande             |      | Catgut cromado Sertix       |
|      | Dimore amp.              |           | Compressa Pequena            |      | Catgut Simples              |
|      | Dolantina amp.           |           | Cotonoide                    |      | Catgut Simples Sertix       |
|      | Efrane ml                |           | Dreno                        |      | Catgut Simples Sertix       |
|      | Fenegam amp.             |           | Dreno Kerr n°                |      | Catgut Simples Sertix       |
| 01   | Fentanil ml              |           | Dreno Penrose n°             |      | Cera p/ osso                |
|      | Inova ml                 | Lidocaina | Dreno Pezzer n°              |      | Ethibond                    |
|      | Ketalar ml               |           | Equipo de Macrogotas         |      | Ethibond                    |
|      | Mercaina % ml            |           | Equipo de Macrogotas         |      | Ethibond                    |
|      | Nubahin amp.             |           | Equipo de Sangue             |      | Fio de Algodão Sertix       |
|      | Pavulon amp.             |           | Equipo de PVC                |      | Fio de Algodão Sertix       |
|      | Protigmine amp.          | 05        | Espadrado Larco cm           |      | Fio de Algodão Sutupak      |
|      | Protóxido l/m            |           | Furacim ml                   |      | Fio de Algodão Sutupak      |
|      | Quelicin ml              | 05        | Gase Pacote c/ 10 unidades   |      | Fila cardíaca               |
|      | Rapifén amp.             |           | H <sub>2</sub> O, ml         | 01   | Mononylon 20                |
|      | Thionembutal ml          |           | Intracath Adul               |      | Mononylon                   |
|      | Tracrium amp.            |           | Intracath Infantil           |      | Prolene Serfix              |
| Qtd. | MEDICAÇÕES               | 02        | Lâmina de Bisturi nº 23      |      | Prolene Serfix              |
|      | Aqua Destilada amp.      |           | Lâmina de Bisturi nº 11      |      | Prolene Serfix              |
|      | Decadron amp.            |           | Lâmina de Bisturi nº 15      |      | Prolene Serfix              |
| 02   | Dipirona amp.            |           | Luvas 7.0                    |      | Vicryl Serfix               |
|      | Flaxidol amp.            | 01        | Luvas 7.5                    |      | Vicryl Serfix               |
|      | Flebocortid amp.         | 05        | Luvas 8.0                    |      | Vicryl Serfix               |
|      | Geramicina amp.          | 05        | Luvas 8<br>Lidocidimont      |      |                             |
|      | Glicose amp.             |           | Oxigênio l/m                 |      |                             |
|      | Glucos de Cálcio amp.    |           | Polifix                      |      |                             |
|      | Haemacel ml.             |           | PVPI Degemante ml            |      |                             |
|      | Heparema ml.             |           | PVPI Tópico ml.              | Qtd. | SOROS                       |
|      | Kanakion amp.            | 05        | Sabão Antiséptico            |      | SG Normotérmico fr 500 ml   |
|      | Lasix amp.               | 05        | Saco coletor                 | 03   | SG Gelado fr 500 ml ?/fogos |
|      | Medrotinazol.            | 05        | Seringa desc. 10 ml          |      | SG Hipertérmico fr 500 ml   |
|      | Piasil amp.              | 02        | Seringa desc. 20 ml          |      | SG Ringr fr 500 ml          |
|      | Prolamina                | 01        | Seringa desc. 05 ml          | 02   | SG fr 500 ml                |
|      | Revivan amp.             |           | Sonda                        |      |                             |
|      | Stupitanion amp.         |           | Sonda Foley                  | Qtd. | ORTSESE E PRÓTESE           |
| 02   | Cefalotina 1g            |           | Sonda Nasogástrica           |      | Unid. 2000 cc x 3           |
| 01   | Naftidrofum              |           | Sonda Uretral n°             | 01   | Alredo 4x3                  |
| 01   | Sulfato                  |           | Sterydrem ml                 | 03   | Parquecer central           |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES     |           | Torneirinha                  |      |                             |
|      |                          |           | Vaselina ml                  |      |                             |
|      | Aguilha desc. 25 x 7     |           | Gelcon 18                    |      |                             |
|      | Aguilha desc. 28 x 28    |           | Latese                       |      |                             |
|      | Aguilha desc. 3 x 4,5    |           | EQUIPAMENTOS                 |      |                             |
|      | Aguilha p/ raque n°      | 05        | Oximetro de Pulso            | ( )  | Foco Auxiliar               |
|      | Álcool de Enfermagem     |           | ( ) Serra                    | ( )  | Eletrocautério              |
|      | Álcool Iodado ml         |           | ( ) Desfibrilador            | ( )  | Oxicapiôgrafo               |
| 03   | Ataduras de Crepon       |           | ( ) Foco Frontal             | ( )  | Cardiomonitor               |
|      | Ataduras de Gessada      |           | ( ) Fonte de Luz             | ( )  | Perfurador Elétrico         |
|      | Azul metíleno amp.       |           |                              |      |                             |
|      | Benzina ml               |           |                              |      |                             |

Arielle Campos de Araújo Oli CIRCULANTE RESPONSÁVEL

TEC. ENFERMAGEM  
COBEN-PB 397289

1000



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:33:43  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101251133433640000036890356>  
Número do documento: 2101251133433640000036890356

Núm. 38691597 - Pág. 17



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

|               |                             |           |                         |
|---------------|-----------------------------|-----------|-------------------------|
| Paciente:     | Tallys Willer Nunes Ribeiro | Idade:    | 27 anos                 |
| Convênio:     |                             | Data:     | 14/05/20                |
| Procedimento: | osteosíntese radicular      |           |                         |
| Cirurgião:    | Euler                       | Auxiliar: | Anestesista: Dr. felix  |
| Inicio:       | 21:15                       | Término:  | 22:40                   |
|               |                             |           | Anestesia, bloqueio ale |

---

Assinatura Anestesista

Circulante

*Relatório de Operação*

MOD-101





**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<br>Movimenta 2 membros = 1<br>Movimenta 4 membros = 2   |              |            |
| Apnéia = 0<br>Respiração Limitada, Dispneia = 1<br>Respiração profunda e tosse = 2   |              |            |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0<br>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1<br>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 |              |            |
| Sat 02 < 90 com oxigênio = 0<br>Sat 02 > 90 com oxigênio = 1<br>Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2  |              |            |
| Não responde ao chamado = 0<br>Despertado ao chamado = 1<br>Completamente acordado = 2   |              |            |
| <b>TOTAL DE PONTOS:</b>  |              |            |



Dr. Lonardo Rodrigues Couto  
MÉDICO  
CRM-PB 7757  
CRM-PE 19210

Assinatura do anestesista





Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE  
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br  
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

6498

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

C. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

TALIUS WILLYS NUNES LIBEIRO

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AV. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

110510. Punc. de Fratura de Rádio Distal

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Mais em "T" PEG. INSS. 24G. RETO

01

04X03F. — △ —

01

Peg. Porta 3,5x 20mm

02

11 11 3,5x 18mm

19/15/20

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL CRM

OBSERVAÇÕES

✓  
a Remenos. FMO. 83

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

J. Moreira + Ramon

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

Embalagem Recife - F: (81) 99931.0833





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, IFRA AMP, 12h/12h 0D/1D<br>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, IFRA AMP, 12h/12h<br>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  
1ºDPO

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 16923





## 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: OSTEOSINTSESE 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





S  
HOSP

DE SAÚDE DO ESTADO  
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### REQUISIÇÃO DE EXAME:

|                             |   |  |       |         |          |       |        |             |  |
|-----------------------------|---|--|-------|---------|----------|-------|--------|-------------|--|
| NOME: <i>Felipe Almeida</i> |   |  |       |         |          |       |        | PRONTUÁRIO: |  |
| IDADE:                      | SEXO  | COR:   | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | ENF.: | LEITO: |             |  |
|                             | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |       |         |          |       |        |             |  |

#### DADOS CLÍNICOS:

RAIO X  
REALIZADO EM:

*11/05/2022*

*203*

#### MATERIAL A EXAMINAR:

#### EXAMES SOLICITADOS:

DR. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS  
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA  
CIR. E ARROSCOPIA DO JOELHO  
CRM-PB 6097 / TECI 15822

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| URGÊNCIA: <input type="checkbox"/> | ROTINA: <input type="checkbox"/> |
| DATA:                              | HORA DA SOLICITAÇÃO:             |

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:33:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511334336400000036890356>  
Número do documento: 21012511334336400000036890356

Num. 38691597 - Pág. 24



Sistema Único de  
Saúde Ministério da  
Saúde



Somos todos  
**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

Identidade:  
3673995 Idade: 027

ENDERECO:PROFESSORA MARIA AUGUSTA

PRONTUÁRIO:

BAIRRO:MALVINAS

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

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

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz



Sistema Único de  
Saúde Ministério da  
Saúde



**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

Identidade:  
3673995 Idade: 027

ENDERECO:PROFESSORA MARIA AUGUSTA

PRONTUÁRIO:

BAIRRO:MALVINAS

Nº 2153489

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

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

*D*

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

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

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**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**

**HEMOGRAMA**

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

**Resultados**

**Valores de Referências**

**SÉRIE VERMELHA**

|                  |                                    |                                   |
|------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | <b>4.30 milhões/mm<sup>3</sup></b> | 4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup> |
| Hemoglobina..... | <b>13,3 g/dL</b>                   | 13,5 à 16,0 g/dL                  |
| Hematócrito..... | <b>40,0 %</b>                      | 40,0 à 52,5 %                     |
| V.C.M.....       | <b>93 fL</b>                       | 80,0 à 100,0 fL                   |
| H.C.M.....       | <b>31 pg</b>                       | 27,0 à 31,0 pg                    |
| C.H.C.M.....     | <b>33 g/dL</b>                     | 32,9 à 36,0 g/dL                  |

**SÉRIE BRANCA**

| Leucócitos.....            | <b>9.800 /mm<sup>3</sup></b>  | 5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>   |
|----------------------------|-------------------------------|---|
|                            | (%)                           | (/mm <sup>3</sup> )   |
| Neutrofílos                |                               |   |
| Promielócitos.....         | <b>0</b>                      | 0   |
| Mielócitos.....            | <b>0</b>                      | 0   |
| Metamielócitos.....        | <b>0</b>                      | 0   |
| Bastonetes.....            | <b>4,0</b>                    | <b>392</b>  |
| Segmentados.....           | <b>79,0</b>                   | <b>7.742</b>  |
| Eosinófilos.....           | <b>0</b>                      | 0 à 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>   |
| Basófilos.....             | <b>0</b>                      | 0 à 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>   |
| Linfocitos                 |                               |   |
| Típicos.....               | <b>15,0</b>                   | <b>1.470</b>  |
| Atípicos ou Reativos.....  | <b>0</b>                      | 0   |
| Monocitos.....             | <b>2,0</b>                    | <b>196</b>  |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS..... | <b>175.000 mm<sup>3</sup></b> | 2.0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup><br>140.000 à 400.000 mm <sup>3</sup> |

**OBSERVAÇÕES.....** Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

**Ana Cássia Miguel Agra**  
Biomédica  
CRBM 5411

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



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:33:43  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511334336400000036890356  
Número do documento: 21012511334336400000036890356

Num. 38691597 - Pág. 26



ESTADO DA PARAÍBA  
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 ] Valores de Referência:  
Material: sangue DE 1 A 3 MINUTOS.  
Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO ..... 8'30

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 12:49 ] Valores de Referência:  
Material: Sangue DE 5 A 10 MINUTOS  
Método: Lee-White

Ana Cássia 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



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:33:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511334336400000036890356>  
Número do documento: 21012511334336400000036890356

Num. 38691597 - Pág. 27



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**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 |

**CREATININA**

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

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

Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00  
mg/dL  
5 dias a 3 meses..... 0,20 a 0,40  
mg/dL  
4 a 11 meses..... 0,30 a 0,70  
mg/dL  
12 a 17 meses..... 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 1,30  
mg/dL  
Acima de 90 anos..... 0,60 a 1,30  
mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

Anna Cássia 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



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:33:43  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511334336400000036890356  
Número do documento: 21012511334336400000036890356

Num. 38691597 - Pág. 28

11/05/2020



Saúde  
PARAÍBA  
Governo do Estado

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: TALLYSS WILLYS NUNES

CEP:58400002 Nascimento:17/05/1992

RIBEIRO

Endereço:PROFESSORA MARIA AUGUSTA

Sexo:M Telefone: 999791655

Cidade: Campina Grande

Idade:027 Bairro:MALVINAS

Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO

RG: 3673995 N°:135

Responsável:

CPF: Profissão:

Estado Civil:Divorciado(a)

Data de Atend:11/05/2020 CNS:3673995

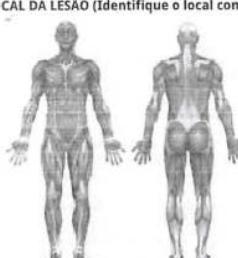
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Hora: 16:01:20 CONVÉNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS 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. Erisíma subcutânea
10. Engavetamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortiço
15. F. Cortante
16. F.Corto-contuso
17. F.Perfur-o-contuso
18. F.Perfur-o-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inurgitamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Paresthesia
33. Queimadura
34. Rinorrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

fo nado dñrc ( ) (Barton)

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Octopus

Quem se nota a dor no ombro e pulso  
( ) Unha lisa.  
Dor + amarelo.

Re ag fo Barton volta ( )

RAIO X  
REALIZADO EM:  
Defining  
Hojhha

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

SatO2 \_\_\_\_\_

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:

( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:

( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS | HORÁRIO REALIZADO                     |
|----|------------------------|---------------------------------------|
| 1  |                        | RAIO X<br>REALIZADO EM:<br>11/05/2020 |
| 2  |                        |                                       |
| 3  |                        |                                       |
| 4  |                        |                                       |
| 5  |                        |                                       |
| 6  |                        |                                       |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



11/05/2020

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

[bitco/mpreclass.php?contar=2153438&dataatend=2020-05-11&horatend=16:05:33](#)

2/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:33:43  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101251133433640000036890356>  
Número do documento: 2101251133433640000036890356

Num. 38691597 - 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

SIANIS DE EMBRIAGUEZ : NÃO

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

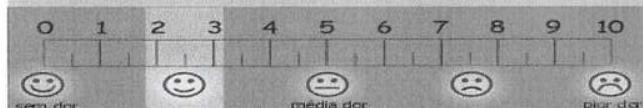
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

( ) 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 ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) 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<br>ENFERMEIRO/COREN | DO |
|------|----|------|----|----|---------|--------------------------------|----|
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |

DBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN  
acolhimento

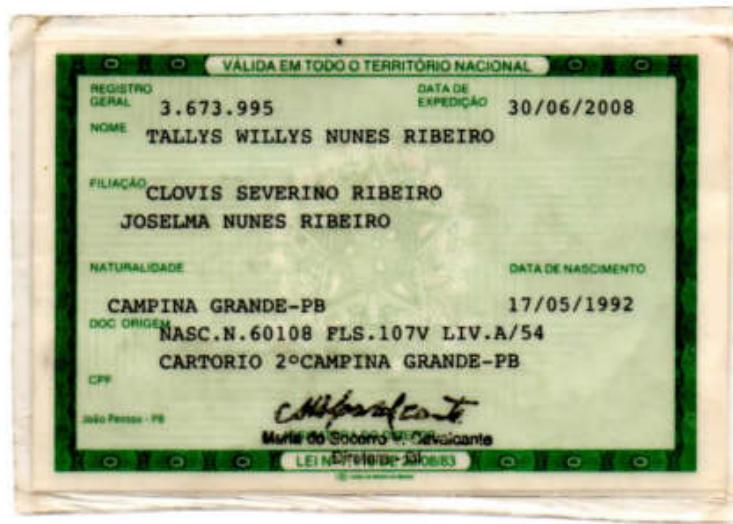
Tereza Viana Duarte  
ENFERMEIRA  
COREN-PB 287.537





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:33:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511334336400000036890356>  
Número do documento: 21012511334336400000036890356

Num. 38691597 - Pág. 32



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:33:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511334336400000036890356>  
Número do documento: 21012511334336400000036890356

Num. 38691597 - Pág. 33

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

**DETAN - PB** N° 014957629311  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

|                                   |                         |                          |                   |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------|
| VIA                               | COD. RENAVAM            | DATA INÍCIO DA EXERCÍCIO |                   |
| L                                 | 00280397968             | 01/01/2020               |                   |
| A                                 | 00280397968             | 01/01/2020               |                   |
| C                                 | 00280397968             | 01/01/2020               |                   |
| R                                 | 00280397968             | 01/01/2020               |                   |
| E                                 | 00280397968             | 01/01/2020               |                   |
| <b>ALESSANDRO DE FARIAS SILVA</b> |                         |                          |                   |
| CPF/CNPJ                          | PLACA                   |                          |                   |
| 06933319118                       | MOT1901/PE              |                          |                   |
| PLACA MNT/UF                      | CHASSI                  |                          |                   |
| NOVO                              | 9C2JC4110BR316505       |                          |                   |
| ESPECIE TIPO                      | COMBUSTIVEL             |                          |                   |
| PAS/MOTOCICLETA NÃO APPLC         | GASOLINA                |                          |                   |
| MARCA/MODELO                      | ANO FAB.                | ANO MOD.                 |                   |
| HONDA/CG 125 FAN KS               | 2010                    | 2011                     |                   |
| CAP/POT/CL                        | CATEGORIA               | COR PREDOMINANTE         |                   |
| 2 P/124 /CI                       | PARTIC                  | VERMELHA                 |                   |
| COTA ÚNICA                        | VENC. COTA ÚNICA        | VENC/COTAS               |                   |
| I                                 | IPVA PAGO EM 00/00/0000 | 1 <sup>a</sup>           |                   |
| P                                 | FADIA IPVA              | 2 <sup>a</sup>           |                   |
| V                                 | PARCELAMENTO/COTAS      | 3 <sup>a</sup>           |                   |
| A                                 | ***** U                 |                          |                   |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)            | IOF (R\$)               | PRÉMIO TOTAL (R\$)       | DATA DE PAGAMENTO |
| *****                             | SEGURO                  | 0                        | 08/01/2020        |
| OBSERVAÇÕES                       |                         |                          |                   |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIOS           |                         |                          |                   |
| DOCUMENTO NÃO VALIDO              |                         |                          |                   |
| LOCAL                             | DATA                    |                          |                   |
| CAMPINA GRANDE - PR               | 05/02/2020              |                          |                   |
| 9999999                           | 33800                   |                          |                   |

SÉGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. - SEGURO DPVAT

PB N° 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

|                                     |                                    |                               |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| VIA                                 | CPF / CNPJ                         | PLACA                         |
| 1                                   | 06933319118                        | MOT1901/PE                    |
| RENAVAM                             | MARCA / MODELO                     |                               |
| 00280397968                         | HONDA/CG 125 FAN KS                |                               |
| ANO FAB.                            | CAT. TARE.                         | Nº CHASSI                     |
| 2010                                | 9                                  | 9C2JC4110BR316505             |
| <b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b>             |                                    |                               |
| FNS (R\$)                           | DENATRAN (R\$)                     | CUSTO DO SEGURO (R\$)         |
| *****                               | *****                              | *****                         |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)              | IOF (R\$)                          | TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) |
| *****                               | SEGURO                             | PAGO                          |
| PAGAMENTO                           |                                    | DATA DE QUITAÇÃO              |
| <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA | <input type="checkbox"/> PARCELADO | 08/01/2020                    |

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04

33800-1155567-20200205

Notaria

## 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/05/2020

**Titular do CPF:** TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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          |

