



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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38691597	25/01/2021 11:33	<a href="#">2779537_CONTESTACAO_Anexo_02</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%

% 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](http://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)

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

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\$1.00 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 - Jaguarizinho 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	
<b>Hidrômetro</b>	<b>Data de Instalação</b>	<b>Localização</b>	<b>Situação Água</b>	<b>Situação Esgoto</b>		
<b>Y15K058866</b>	<b>08/07/2015</b>	<b>EXTERNO</b>	<b>LIGADO</b>	<b>LIGADO</b>		

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			

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

	<b>MATRÍCULA</b>	<b>N DO OSP</b>	<b>EMIÇÃO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
---	------------------	-----------------	---------------	----------------------







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

9-1

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	<del>21</del> <del>06</del>
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<del>21</del> <del>06</del>
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  
CRU-08





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: NEUROBUCO 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	<del>12</del> <del>18</del> <del>24</del> <del>06</del>
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	<del>18</del> <del>06</del>
	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 - 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. 9

20.05.20 Buente orientado supreico,  
desmontada, defluid. ao Togo,  
sem interconexões no momento.

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

//

12/05/2020  
PA 130/80 } faciente nque estavel  
T365 } sem queixas no momento  
early







Paraná  
PARAIBA  
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  
Clínica: 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



83  
05  
2020

PA- 20-20

Ponente evolui  
singular. segue  
determinação de  
enimogen.  
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>
	FENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1 FRA AMP, 12h/12h	<i>12 24</i>
3	Reconstituir 2ML ABD,	
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 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 serviços  
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. ASEPSIA + 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

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

CIRURGIA Oesofagostomia rodin

ANESTESIA Bloqueio de plexo

INSTRUMENTADORA DATA INÍCIO FIM

Andre (T.M.) 14.05.2020 21:15 22:40

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Adrenalina amp. 01

Atropina amp. 05

Diazepam amp. 05

Dimore amp. 05

Dolantina amp. 05

Efrane ml 05

Fenegan amp. 05

Fentanil ml 05

Novo ml 05

Ketalar ml 05

Mercaína % ml 05

Nubahin amp. 05

Pavulon amp. 05

Protigmine amp. 05

Proxido l/m 05

Quelcin ml 05

Rapifen amp. 05

Thionembatal ml 05

Tracrium amp. 05

Qtd. MEDICAÇÕES

Aqua Destilada amp. 02

Decadron amp. 02

Dipirona amp. 02

Flaxidol amp. 02

Flebocortid amp. 02

Geramicina amp. 02

Glicose amp. 02

Glucon de Cálcio amp. 02

Haemacel ml. 02

Heparema ml. 02

Kanakion amp. 02

Lasix amp. 02

Medrotriazol. 02

Piasil amp. 02

Prolamina 02

Revivan amp. 02

Stuptanon amp. 02

Cefalotina 1g 02

01 Naloxon

01 Sufentanil

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Agulha desc. 25 x 7

Agulha desc. 28 x 28

Agulha desc. 3 x 4,5

Agulha p/ raque nº

Álcool de Enfermagem

Álcool Iodado ml

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

Azul metileno amp.

Benzina ml

Bolsa Colostoma

Catet. p/ Óxg.

Catet. De Urinar Sist. Fech.

Compressa Grande

Compressa Pequena

Cotonóide

Dreno

Dreno Kerr nº

Dreno Penrose nº

Dreno Pezzer nº

Equipo de Macrogotas

Equipo de Macrogotas

Equipo de Sangue

Equipo de PVC

Esparadrapo Larco cm

Furacim ml

Gase Pacote c/ 10 unidades

H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> ml

Intracath Adulto

Intracath Infantil

Lâmina de Bisturi nº 23

Lâmina de Bisturi nº 11

Lâmina de Bisturi nº 15

Luvas 7.0

Luvas 7.5

Luvas 8.0

Luvas 2.0

Oxigênio l/m

Poliflix

PVPI Degemante ml

PVPI Tópico ml

Sabão Antisséptico

Saco coletor

Seringa desc. 10 ml

Seringa desc. 20 ml

Seringa desc. 05 ml

Sonda

Sonda Foley

Sonda Nasogátrica

Sonda Uretral nº

Sterydrem ml

Torneirinha

Vaselina ml

Gelcon 18

Latese

Qtd. FIOS

Catgut cromado Sertix

Catgut cromado Sertix

Catgut cromado Sertix

Catgut Simples

Catgut Simples Sertix

Catgut Simples Sertix

Catgut Simples Sertix

Cera p/ osso

Ethibond

Ethibond

Ethibond

Fio de Algodrão Sertix

Fio de Algodrão Sertix

Fio de Algodrão Sutupak

Fio de Algodrão Sutupak

Fila cardiaca

Mononylon 20

Mononylon

Prolene Sertix

Prolene Sertix

Prolene Sertix

Prolene Sertix

Vicryl Sertix

Vicryl Sertix

Vicryl Sertix

Qtd. SOROS

SG Normotérmico fr 500 ml

SG Gelado fr 500 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

SG Ringr fr 500 ml

SG fr 500 ml

Qtd. ORTESE E PRÓTESE

01

01

03

Qtd. EQUIPAMENTOS

( ) Oxímetro de Pulso

( ) Serra

( ) Desfibrilador

( ) Foco Frontal

( ) Fonte de Luz

( ) Foco Auxiliar

( ) Eletrocautério

( ) Oxícapígrafo

( ) Cardiomonitor

( ) Perfurador Elétrico

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom

Integran

Chemical Integrator

Integran

Integran

Integran

Integran

Integran

Integran

Integran

Integran

Integran

Integran

Integran



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. 17



## 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

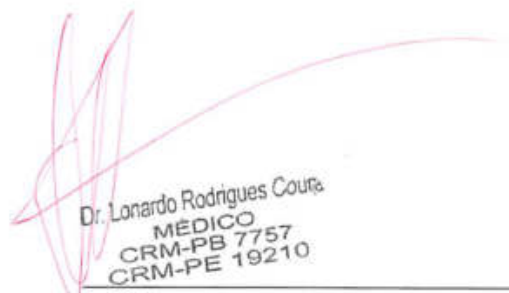
MOD. 103

Relatório de Operação



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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
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 <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

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

Assinatura do anestesista





6498

## PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

## HOSPITAL DE TISSUES

CIDADE

C. Grosse

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

TALLYS WILLYS LUNES RIBEIRO

NÃO PRONTUÁRIO

Nº AL H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMIENTO REALIZADO

EXPERIMENTO REALIZADO: Curva de Tensão de Ruptura Distal

**PRODUTO**

### REF.

**QUANT.**

CÓD. ROMP.

MAUS EM "T" REG. INNOV. AUG. RETO

$04 \times 03F \rightarrow \Delta \rightarrow \Delta$

04

Prof. Coriuhc 3.5 x 20 mm  
" " 3.5 x 18 mm

11 11  $3.15 \times 18 \text{ mm}$

01

02

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Q. PERMENOS. KMO. 83

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

André + Ramon

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

Embalagem Recife - F: (81) 99821.0833





*Somos todos*  
**PARAIBA**  
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 10722



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



## 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





 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>		<b>S</b> HOSP		DE SAÚDE DO ESTADO EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		<b>REQUISIÇÃO DE EXAMES</b>					
NOME: <i>Orally</i> <i>verdes</i>										PRONTUÁRIO:	
IDADE:		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	
										ENF.:	
										LEITO:	
DADOS CLÍNICOS:										<b>RAIO X</b> REALIZADO EM: <i>11/05/22</i>	
MATERIAL A EXAMINAR:											
EXAMES SOLICITADOS: <i>do joelho @ PPD</i>											
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>				ROTINA: <input type="checkbox"/>				<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> <b>DR. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS</b>            ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA            CIR. E ARTROSCOPIA DO JOELHO            CRM-PB 8097 / TEOT 15822         </div>			
DATA:				HORA DA SOLICITAÇÃO:							
<b>Carimbo e Assinatura do Médico</b>											

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



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

**HEMOGRAMA**

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

**Resultados**

**Valores de Referências**

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	4.30 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
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 <sup>3</sup>	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>
	(%)	(/mm <sup>3</sup> )
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 <sup>3</sup>	140.000 à 400.000 mm <sup>3</sup>

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

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

*Ana Cassia Miguel Agra*  
 Ana Cassia Miguel Agra  
 Biomédica  
 CRBM 5411

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



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



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

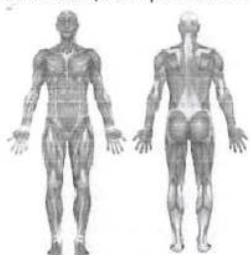
Responsável: CPF: Profissão:

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. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
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 ☐ 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		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

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

1/3



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. 29

HTCG-Painel Administrativo

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs.

( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_ ( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia  
( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_ ( ) Decisão Médica  
( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_ ( ) Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

Case	Case	Case
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

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

2/3



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. 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) NAO HAS ( ) SIM (X) NAO  
DEF. MOTORA ( ) SIM (X) NAO

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>Assinatura</i>
Nome do Solicitante	
LEI Nº 10.701/03	



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  
1 00280397968 Nº 007000000000 2020

NOME  
ALESSANDRO DE FARIAS SILVA

PLACA MOT1901/PE  
06833399414

PLACA INT/UF NOVO PB Nº 00280397968  
CHASSI 9C2JC4110BR316505

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC COMBUSTÍVEL 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  
FADIA 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 0

LOCAL DATA  
CAMPEINA GRANDE - PB 05/02/2020

9599999 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 DATA EMISSÃO  
2020 05/02/2020

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 06833399414 MOT1901/PE

RENAVAM MARCA / MODELO  
00280397968 HONDA/CG 125 FAN KS

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 08/01/2020

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](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

