



Número: **0800040-37.2021.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Sapé**

Última distribuição : **11/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WILSON DA SILVA SALES (AUTOR)	MAYARA KARLLA CABRAL DOS SANTOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38976 392	02/02/2021 09:20	<u>2781142_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200343016 **Vítima: WILSON DA SILVA SALES**
Data do Acidente: 10/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), WILSON DA SILVA SALES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01001/01002 - carta_25 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:20:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209205708100000037156985>
Número do documento: 21020209205708100000037156985

Num. 38976392 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200343016 **Vítima: WILSON DA SILVA SALES**

Data do Acidente: 10/02/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILSON DA SILVA SALES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: $17,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 2.362,50

Recebedor: WILSON DA SILVA SALES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000625-4

Conta: 000010027546-X

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.

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: 3200343036 3 - CPF da vítima: 322.020.174-08 4 - Nome completo da vítima: WILSON DA SILVA SALES

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

5 - Nome completo: WILSON DA SILVA SALES 6 - CPF: 199.020.174-08
 7 - Profissão: EMPACOTADOR 8 - Endereço: R. TEREZA SALES DE PONTES 379 CASA
 11 - Bairro: JOSÉ AMÉRICO ALMEIDA 12 - Cidade: MARÍ 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.345-000
 15 - E-mail: WILSON44.SILVA99@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (83) 99132-6206

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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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. Adicione uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0625 CONTA: 27546 8 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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: Solteiro Casado (não CMJ) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data de óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se o vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu à luz Vivos: Falecidos: 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 Lider 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 no 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MARÍ - PB, 14 DE OUTUBRO DE 2020

Wilson da Silva Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

TESTEMUNHAS



Ag: 0025-4

Conta: 27546-8

CONTA POUANCA
BANCO DO BRASIL





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: 199.020.174-02 WILSON DA SILVA SALES

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 199.020.174-02

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 58.345-000

15 - Email: 16 - Tel.(DDD): 883399130-6206

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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: 880879 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider 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 Víeuva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 31 - Vítima teve Irmãos? Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 roga)

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MARI - PR, 31 DE SETEMBRO DE 2020

Wilson da Silva Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:20:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209205708100000037156985>
Número do documento: 21020209205708100000037156985

Num. 38976392 - Pág. 6



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº **001/2020**

Ocorrência nº. **042/2020**

Aos 08 dias de setembro de DOIS MIL E vinte, nesta cidade de CAPIM/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **THIAGO AUGUSTO CAVALCANTI DOS ANJOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) ad hoc, ai, por volta 10h:30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

WILSON DA SILVA SALES, conhecido por*****, Identidade nº 3.880.372-SSP/PB, CPF nº 122.020.174-02, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: empacotador, filho(a) de Benedito Gomes Sales e Marinálva Valentim da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/08/1995, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, nº S/N, bairro: Centro - Capim/PB, tendo como ponto de referência: Por trás do Mercado Público, fone(s) para contato: (83)99132-6206.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- (1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- (2) DATA DO FATO: 10de Fevereiro de2020;
- (3) HORÁRIO: 14h:40min;
- (4) LOCAL: PB 041 nº s/n, bairro: Centro - Capim/PB;
- (5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena - João Pessoa/PB;
- (6) O COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA O VEÍCULO? Sim;
- (7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? Não;
- (8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTOCICLETA HONDA CG/150; COR VERMELHA; PLACA QFQ-4499; CHASSI 9C2KC1670FR548888; FAB/MOD 2015/2015.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

GALEGO CATOMBINHO, trabalha no Mercado Rede paraíba, localizado em frente ao local do acidente.

11) BREVE RESUMO DO FATO:

Que no dia de hoje o noticiante procurou esta Delegacia de Polícia Civil para registrar uma ocorrência de acidente de trânsito ocorrido na PB 041, em frente ao Mercado Rede Paraíba, na cidade de Capim/PB sentido Sapé/Capim quando o veículo FIAT UNO de cor CINZA conduzido por um indivíduo conhecido por CHIQUINHO, morador do distrito de Olho d'Água, na cidade de Capim/PB tentou cruzar a referida via vindo a colidir com o veículo do noticiante; QUE neste momento teve o fêmur fraturado e foi socorrido por uma equipe do SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA na cidade de João pessoa/PB.

12) OBSERVAÇÕES:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Wilson da Silva Sales
WILSON DA SILVA SALES
Comunicante

AD HOC
Escrivão/Agente/Escrivão AD-HOC Mat. nº 181.835-0

Rua Luiz Vieira nº 52, Centro, Capim/PB telefone: 3622.1012.





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: 199.020.174-02 WILSON DA SILVA SALES

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - Email: 16 - Tel.(DDD): 17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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 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: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: AGENCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider 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 Víeuva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho): Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 roga)

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

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

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha
 40 - Local e Data, MARI - PB, 31 DE SETEMBRO DE 2020
 Wilson da Silva Sales
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILSON DA SILVA SALES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00625-4

CONTA: 000010027546-X

Nr. da Autenticação FC37FAA7EE21B10F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:20:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209205708100000037156985>
Número do documento: 21020209205708100000037156985

Num. 38976392 - Pág. 9

CAGEPA		PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO	
		Nº. MATRÍCULA	
		254.50000	
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA		REFERÊNCIA	
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jardim João Pessoa - PB		AGO/2020	
CEP: 58.016-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-87			
CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS			
MARIA DE FÁTIMA DOS SANTOS LIMA RUA TERESA SALES DE PONTES, 179 - JOSE AMÉRICO ALMEIDA MAR/PB 58345-000			
Inscrição	SMI n.	Quantidade de Economas	Responsável
162.004.250.0179.000	000	1 0 0 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto
V141-201155	26/12/2019	EXT CAL	ABERTO POTENCIAL
ANTERIOR I ATUAL I CONSUMO (m ³) I NUM DE DIAS I PRÓXIMA LEITURA			
63 75 42 31 06/09/2020			
MIST. CONS./AHOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 2º PORT. 05/2017 HS.			
JUL/2020 11 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES			
JUN/2020 12 TURBIDEZ 34 36 36			
MAI/2020 13 CLORO 34 53 28			
ABR/2020 11 PH 6,0 0 15			
MAR/2020 9 COR 34 36 33			
FEV/2020 6 COL. TOTAIS 34 36 33 DADOS REFERENTES A: JUN/2020			
MÉDIA(M) 10			
DATA DA IMPRESSÃO: 07/08/2020 HORA DA IMPRESSÃO: 08:11:27			
DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)			
AGUA E ESGOTO RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 m ³ R\$ 37,91 POR UNIDADE			
11 m ³ A 20 m ³ R\$ 4,89 POR m ³			
ESGOTO			
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,41 PIS E COFINS LEI 12.731/12			
VENCIMENTO:	Total a Pagar:		R\$ 47,69

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE WILSON DA SILVA SALES

DADOS DE NASCIMENTO 14/08/95

NOME DA MÃE MARINALVA VALENTIM DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.222.165

Nº PRONTUÁRIO 121.060

DATA DO ATENDIMENTO 10/02/20

HORA DO ATENDIMENTO 16:07

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DO FEMUR E

CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, apresentando queixa de trauma na cabeça com relato de perda da consciência, cervicalgia, além de trauma com dor e limitação dos movimentos em membro inferior E (coxa). Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

TC da coluna cervical

RX da bacia - AP

RX da coxa E + joelho E - AP e P

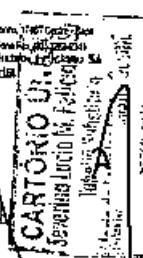
RX da perna E + pé E - AP e P

USG do abdome total - FAST



FELCIANINO DA SILVA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Cons. Arlindo Ribeiro Dantas, 3767 Centro
Pinda - CEP 26.000-000 São João del-Rei/MG
Senador Humberto Lucena - Centro - PB
04610-000
Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Saoe-PB 09/09/2020 11:17:30
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrivente
12020-0037671 END:R\$ 2,56 FAPPENR\$ 0130 FEPJ:R\$ 0,51
SELO DIGITAL: AN26103-K018
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>.



TRATAMENTO:

Fratura exposta da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à TC's, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Rodrigo Amaral e Dr. João Henrique no 1º tempo; pelo Dr. Teófilo Vanomark e Dr. José Renná no 2º tempo e pelo Dr. Roberto Correia e Dr. Raiff Gonçalves no 3º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 28/02/20

DATA DE EMISSÃO: 11/08/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



10/02/2020

- Timed



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Entregas
Sexta-feira Noturno Lucas



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

AV. CRISTÓVÃO LUSBOA, 60 - PEDRO GONÇALIM - CNES: 123312 • Tel.: 83332105700

Boletim de Atendimento: 1222165



Identificação do paciente				
ID 1494202	Nome WILSON DA SILVA SALES			Sexo Masculino
Data de nascimento 14/08/1985	Idade 24 anos 5 meses 27 dias	Estado civil	Religião	Promotor
Mãe MARINALVA VALENTIM DA SILVA	Pai BENEDITO GOMES SALES			
Escolaridade				
DDD Celular 93	Celular 992221516			DDD Telefone
Type documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3860372			Nº Cris 7048804574930848
Local de procedência CAPIM				Tipo MUNICÍPIO PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			CBO/R
Endereço				
CEP 58287000	Município de residência CAPIM			UF PB
Número S/N	Complemento			Bairro CENTRO
Admissão				
Data e Hora 10/02/2020 16:07:33	Número da pulseira 100006823671			Convenção SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica		
Classificação de risco				
Caráter de atendimento		Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saída Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SANI	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 120 x 80	mmHg	P脉 92	Temperatura 37 C	
Exames complementares				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
<i>Paciente com dor de estômago com lesão em A5E + MIE, dor em regiões intercostais, ressa II - elas</i>				
Diagnóstico				CID
Alendido por JOSINETE BARBOSA DA CUNHA				Tempo 01min 26s05

Lemniscate

-4-





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

HM
HOSPITAL
METROPOLITANO
DOM JOSÉ MARIA PIRES

SUS Sistema Único de Saúde

Endereço: ...
Tel:
CNES:

Boletim de Atendimento: 45980



Identificação do paciente						
ID 80295	Nome WILSON DA SILVA SALES					
Data de nascimento 14/08/1895	Idade 24 anos 5 meses 28 dias	Estado civil	Religião			
Mãe MARINALVA VALENTIM DA SILVA	Pai BENEDITO GOMES SALES					
Escolaridade	Responsável (Parentesco)					
DDD Celular 83	Celular 999999999	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3880372	Nº Crns 704804574880848	Tipo UF			
Local de procedência	CBO/R					
Email	Naturalde JOÃO PESSOA					
Endereço						
CEP 58287000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro SAO SEBASTIAO - CAPIM			
Número SN	Complemento Bairro SONA RURA					
Admissão						
Data e Hora 11/02/2020 22:10:00	Número da pulseira 46715	Convênio SUS				
Especialidade CLÍNICA MÉDICA	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente HOSPITAL EMERGÊNCIA TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento OUTROS	Detalhe do bolidente				
Indicadores e Transporte						
caso policial Não	Plano de saúde Não	Vaga da ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte						
Sinais Vitais						
PA x	mmHg	P脉	Temperatura			
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urna []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico				CID		
Atendido por JULIANA KARLA DA SILVA ARAUJO				Tempo 01seg		





BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Data de impressão
11/02/2020 22:20:58

Prontuário: 21586 Atendimento: 45980

Nome: WILSON DA SILVA SALES

Nome: WILSON DA SILVA SALES

Documento: 38809372

Sexo: Masculino

Raça / Cor: PARDA

Data Internação: 11/02/2020

22:20:55

Data de nascimento: 14/08/1995 Idade: 24 Ano(s)

Leito: LEITO E05-02

Unidade de internação: INTERNAÇÃO ORTOPEDIA

Complemento:

Logradouro: SAO SEBASTIAO - CAPIVARI Número: SN

Bairro: SONA RURA Cidade: MAMANGUAPE Estado: PB CEP: 58287000

Mãe: MARINALVA VALENTIM DA SILVA Telefone: 0 Celular: (83) 992221516

Plano de saúde: Gula: Nº Chv: 704804574990848

Convênio: SUS

CRM:

Tratamento: 408050489202002

Médico:

CPF:

CRM:

Especialidade: CIRÚRGICO Funcionário responsável pela internação: JULIANA KARLA DA SILVA ARAUJO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

O abaixo assinado, responsável pelo paciente da plena autorização ao Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, que assistem, para levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade e realizarem as investigações que julgarem necessárias ao diagnóstico de seu mal, bem como se submeter a todas as disposições gerais contidas no regulamento da Instituição.

Marinalva Valentim da Silva 2364533 SS/PB
Assinatura do Paciente ou Responsável Número de Identidade

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Certifico que WILSON DA SILVA SALES deixou o Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, contra o parecer dos médicos desta instituição que o assistiram, assumindo integral responsabilidade por tal atitude.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Número de Identidade

Dados da alta

Diagnóstico Definitivo:

Procedimento da Alta:

Dados clínicos:

Motivo da Alta:

Declaração de Obito:

Data de Alta:

Assinatura do Médico



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

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



Saúde
PARAÍBA
Governo do Estado

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
WILSON DA SILVA SALES		1222165	10/02/2020 16:07:33	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
14/08/1995	24a 5m 28d	Masculino	704804574990848	(83) 992221516
Mae		Bairro	Município	Prontuário
MARINALVA VALENTIM DA SILVA		CENTRO	CAPIM	121060
Endereço			Profissional	UF
PROJETADA, S/N			DANIEL CONSERVA ARRUDA	PB
Acidente	Motivo		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
VEÍCULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		10/02/2020 21:42:44	11134/PB
Date/Hora Classificação				
19/02/2020 16:07:33				

ANAMNESE

#ORTOPEDIA VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR EM COXA ESQ PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQ
CD: INTERNAMENTO

DIETA

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES:: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

DILUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CIPROFLOXACINO 400MG - 2MG/ML (FRASCO 200ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, POR 3 DIA(S)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA

DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0)

(OBSERVAÇÕES:: SE HGT<60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIARIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SSVV + CCCG

Conduta

Internar Paciente





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

Endereço: RUA ORÉSTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32185700 - CNES: 2593262



Sua(s) saudade(s)
PARAÍBA
Governo do Estado

Identidade	SON DA SILVA SALES	BAE	Data/Hora Entrada	
Local de nascimento	Idade	1222165	10/02/2020 16:07:33	Data Baixa
08/1995	248 Sm 27d	Sexo	CNS	Telefone de Contato
Rinalva Valentim da Silva		Masculino	704804574990848	(83) 892221516
Jerônimo		Bairro	Município	Prontuário
Ojetada, SIN		CENTRO	CAPIM	UF
Identidade	ICULÔ X MOTO	Motivo	Profissional	PB
Local/Hora Classificação	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		MIGUEL NUNES RODRIGUES TERCEIRO NETO	Nº Cons. Regional
10/02/2020 16:07:33			Date/Hora Prescrição	12002/PB

NAMNESE

CIRURGIA GERAL: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. REFERINDO TRAUMA NA CABEÇA, COM RELATOS DE PERDA DA CONSCIENCIA, NEGA NAUSEAS E VOMITOS. AO MESMO TEMPO SE QUEIXA DE CERVICALGIA, ALEM DE DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM MIE. - AO EXAME: ABDOME FLACIDO E POUCO DOLOROSO A PALPAÇÃO SEM SINAIS DE PERITONITE TORAX INDOLOR SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO - CD: SOLICITO TC DE CRANIO E CERVICAL / FAST / RX DE BACIA, COXA, JOELHO E Perna ESQUERDA PARECER DA ORTOPEDIA / NEUROCIRURGIA ANALGESIA

DICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE BACIA

DIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

**MIGUEL NUNES RODRIGUES TERCEIRO NETO
(CRM: 12002/PB)**

Miguel N. Rodrigues Terceiro Neto



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos

PARAÍBA

Governo do Estado

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
WILSON DA SILVA SALES	1222165	10/02/2020 16:07:33	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
14/08/1995	24e Sm 27d	Masculino	(83) 892221516
Rua			Prontuário
RJ: RINALVA VALENTIM DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
PROJETADA, S/N	CENTRO	CAPIM	PB
Ambiente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO	4687/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/02/2020 16:07:33		10/02/2020 20:22:06	

ANAMNESE

CIRURGIA GERAL: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITINA DE ACIDENTE DE MOTO, REFERINDO TRAUMA NA CABEÇA, COM RELATOS DE PERDA DA CONSCIENCIA, NEGA NAUSEAS E VOMITOS. AO MESMO TEMPO SE QUEIXA DE CERVICALGIA, ALEM DE DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM MIE. - AO EXAME: ABDOME FLACIDO E POUCO DOLOROSO A PALPAÇÃO SEM SINAIS DE PERITONITE TORAX INDOLOR SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO - CD: SOLICITO TC DE CRANIO E CERVICAL / FAST / RX DE BACIA, COXA, JOELHO E Perna ESQUERDA PARECER DA ORTOPEDIA / NEUROCIRURGIA ANALGESIA
 10/02/2020 16:30:02-MIGUEL ALVES RODRIGUES TERCEIRO NETO
 10/02/2020 17:22:06-LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPIROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



Enfermeiro

LUÍZ RICARDO SANTIAGO MELO
(CRM: 4687/PB)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 10/02/2020 16:09:01



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:20:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209205708100000037156985>
Número do documento: 21020209205708100000037156985

Num. 38976392 - Pág. 18



RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHL

NOME:	WILSON DA SILVA SALES	BE/PRONTUÁRIO	1222165			
IDADE:	24	SEXO:	MAS	COR:	DATA:	27/2/2020
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA	M03	2			
CIRURGIA:	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO					
CIRURGÃO:	DR ROBERTO CORREIA	1º ASS:	DR RAIFF			
2º ASS:	MR1 JORGE	3º ASS:				
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA:				
TIPO DE ANESTESIA:	RAQUI	HORÁRIO INÍCIO:		TÉRMINO:		

PSEUDOARTROSE DE FRATURA DISTAL DE FÉMUR ESQUERDO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

Biópsia de Congelação:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMARIA	TERAPIA INTENSIVA
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 27/2/2020



Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA**ASSEPSIA E ANTISSEPSIA****APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS****ANTIBIÓTICO PROFILAXIA**

Incisão:

VIA DE ACESSO LATERAL DA COXA ESQUERDA**HEMOSTASIA CRITERIOSA****DISSECÇÃO POR PLANOS**

Achados:

FRACTURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO

Conduta:

REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA, SOB ESCOPIA**FIXAÇÃO DE PLACA DCP LARGA 16 FUROS + 11 PARAFUSOS CORTICAIS NA PLACA + 02 INTERFRAGMENTAR****REVISÃO DA HEMOSTASIA****LIMPEZA ABUNDANTE COM SF 0,9%****OBSERVAÇÃO REDUÇÃO POR ESCOPIA****LMC COM SF 0,9%****REVISÃO DA HEMOSTASIA****ESCOPIA DE CONTROLE**

Chamamento:

FRATURA POR PLANOS**PROTETIVOS ESTÉREIS**

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

27/2/2020



Nota de Sala Cirúrgica

SUSPENSO	CORTE	WILSON DA SILVA SALES	DATA	94 04/22/2020 PROVIMENTO	EMERGENCIA	05 LÉITO 02
INTERVENÇÃO	TTO FRATURA DIAFISARIA FEMUR E					
CRUZAMENTO	DR. ROBERTO CORREIA					
ANESTESIA	RACINE + SEDACAO					
ANESTESIOLOGO	DR. CAUÍLA POCOGLA					
INSTRUMENTAL	ESTERILIZADA					
DATA	04/22/2020 TIPO CIRURGICO	ANESTESIA	INICIO JO:50 AM	CIRURGIA INICIO 11:40 PM		
PROBLEMA	ESTRUTURA: ASS. AMERICAN SUTURE OF AMERICA FOLHOS ORTICADO					
DATA PLANO	11/05/2020 HORA: 10:00 AM					
GRANDEZAS	ESTERILIZADA					
ANESTESIAS	ESTERILIZADA					
MATERIAIS	500ML SORO FÍSICO	CONT.	1	JELCO N°18	QTD.	FIO CATGUT CRUMADO Nº
DISPENSAD	NA INJETARICA			JELCO N°21		FIO CATGUT CRUMADO Nº
DISPENSAD	NA INJETARICA			JELCO N°22		FIO DE AÇO Nº
DISPENSAD				JELCO N°24		FIO DE AÇO Nº
DISPENSAD				KIT SUS DREN TOXICAS		FIO DE NYLON Nº
DISPENSAD				SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON Nº
DISPENSAD				ALCOOL ETÍLICO 300ML		FIO POLIGLACTINA Nº 8-0
DISPENSAD				ÁLCOOL DECIMENTE 500ML		FIO POLIGLACTINA Nº 1
DISPENSAD				PVP IMPREGNADA 300ML		FIO POLIGLACTINA Nº
DISPENSAD				PVP ÓPTICO 300ML		FIO POLIPROPILÊNO Nº
DISPENSAD				SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILÊNO Nº
DISPENSAD				MATERIAL	QTD.	FIO POLIPROPILÊNO Nº
DISPENSAD				LÍQUIDA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILÊNO Nº
DISPENSAD				LÍQUIDA ESTERIL Nº 1		FIO POLIPROPILÊNO Nº
DISPENSAD				LÍQUIDA ESTERIL Nº 2		FIO POLIPROPILÊNO Nº
DISPENSAD				LÍQUIDA ESTERIL Nº 3		FIO SEDA Nº
DISPENSAD				LÍQUIDA ESTERIL Nº 4		FIA CARDIACA
DISPENSAD				LÍQUIDA PERIDURAL Nº 1		MATERIAL ESPECIAL QTD.
DISPENSAD				LÍQUIDA PERIDURAL Nº 2		CATETER DE PVC
DISPENSAD				LÍQUIDA PERIDURAL Nº 3		CIMENTO CIRÚRGICO
DISPENSAD				LÍQUIDA PERIDURAL Nº 4		CLIP TITÂNIO LIODIADA
DISPENSAD				AGULHA KAUAI Nº 26		FIO DE KIRSCHNER Nº
DISPENSAD				AGULHA KAUAI Nº 28		FIO DE KIRSCHNER Nº
DISPENSAD				AGULHA KAUAI Nº 30		FIO SPINMAN Nº
DISPENSAD				ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO SPINMAN Nº
DISPENSAD				ALGODÃO SEDA 20x1		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
DISPENSAD				ATADURA CRISTADA		HÉMOST ABSURVIVE
DISPENSAD				BOLSA EV COLUSTOMIA		KIT DERIVA VENTRICULAR
DISPENSAD				CÂNLICO PI TRAQUEOSTOMIA		PROTESE VASCULAR
DISPENSAD				CATETER DO OXIGÊNIO		KIT PAM
DISPENSAD				CATETER ENDOARTERIAL		FIXADOR EXTERNO
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 10		IMPRESA
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 12		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 14		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 16		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 18		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 20		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 22		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 24		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 26		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 28		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 30		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 32		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 34		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 36		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 38		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 40		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 42		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 44		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 46		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 48		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 50		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 52		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 54		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 56		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 58		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 60		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 62		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 64		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 66		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 68		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 70		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 72		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 74		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 76		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 78		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 80		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 82		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 84		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 86		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 88		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 90		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 92		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 94		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 96		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 98		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 100		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 102		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 104		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 106		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 108		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 110		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 112		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 114		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 116		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 118		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 120		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 122		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 124		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 126		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 128		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 130		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 132		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 134		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 136		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 138		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 140		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 142		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 144		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 146		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 148		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 150		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 152		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 154		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 156		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 158		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 160		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 162		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 164		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 166		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 168		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 170		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 172		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 174		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 176		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 178		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 180		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 182		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 184		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 186		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 188		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 190		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 192		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 194		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 196		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 198		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 200		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 202		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				CATETER EPIDURAL Nº 204		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 30		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 32		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 34		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 36		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 38		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 40		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 42		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 44		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 46		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 48		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 50		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 52		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 54		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 56		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 58		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 60		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 62		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 64		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 66		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 68		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 70		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 72		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 74		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 76		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 78		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 80		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 82		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 84		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 86		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 88		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 90		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 92		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 94		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 96		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 98		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 100		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 102		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 104		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 106		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 108		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 110		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 112		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 114		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 116		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 118		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 120		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 122		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 124		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 126		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 128		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 130		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 132		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 134		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 136		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 138		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 140		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 142		PARAFUSOS CÔNICAS
DISPENSAD				Nº 144		PARAFUS

Nota de Sala Cirúrgica

Be-3202165



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/02/2020 PRONTUÁRIO: 1222165

PACIENTE: WILSON DA SILVA SANTOS SEXO: M IDADE: 24 anos

PRESSÃO ARTERIAL PULSO: 75 RESPIRAÇÃO: 12/min TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGUÍNEO:

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO RISCO CIRÚRGICO: ABOM: () REGULAR () MAU () PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: OK

AP. RESPIRATÓRIO: mdp 100% REA ESTADO MENTAL: COPE DROGAS EM USO:

AP. DIGESTIVO: JEJUM = 8h ESTADO FÍSICO (ASA): I

PRE-ANESTÉSICO: MDP 100% HORA: 10:15h

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: FRACTURA DE FEMUR (E)

CIRURGIA REALIZADA: Dr. João Neves - Dr. Rodrigo Amorim

CIRURGIA: ORTOPEDICA TÉCNICAS: MILIARES

NÍCIO DA ANESTESIA: 20145h TÉRMINO DA ANESTESIA: 22h DURADA DA ANESTESIA: 1:15h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES RS:

ANESTESISTA: Suelio Moreira TORRES CRM-PB 6829

CRM-PB: 200526 2021

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350	360	370	380	390	400	410
120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310
100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290
80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270
60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250
40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230
20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190

ANESTÉSICO: O2 100% bomba d'água mediana 1x1 gabinete 225, Icône 500, injetor (1) + (2)

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO:

1. Anestesia isoflurano 0,58 20ml	12.
2. Dexamet 10mg	13.
3. Cefotaxime 1g	14.
4. Dexametomidina 10mcg	15.
5. Flumazenil 20	16.
6. Fentanyl 40mcg	17.
7. Propantheline 10mcg	18.
8. Lidocaina 30ml	19.
9.	20.
10.	

ENDO DO PACIENTE: Suelio Moreira TORRES CRM-PB 6829

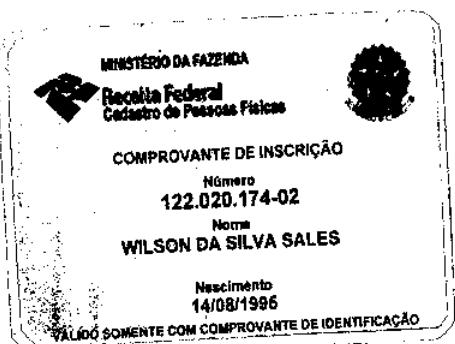
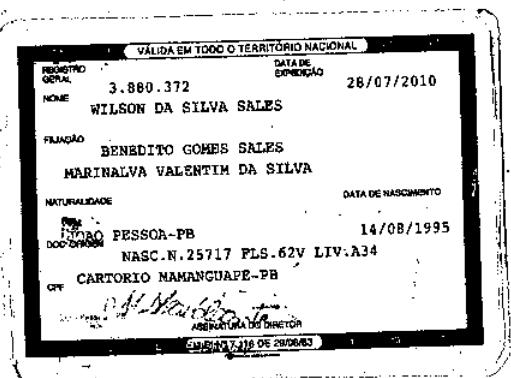
APT: ENFERMARIA RESIDÊNCIA OUTROS:

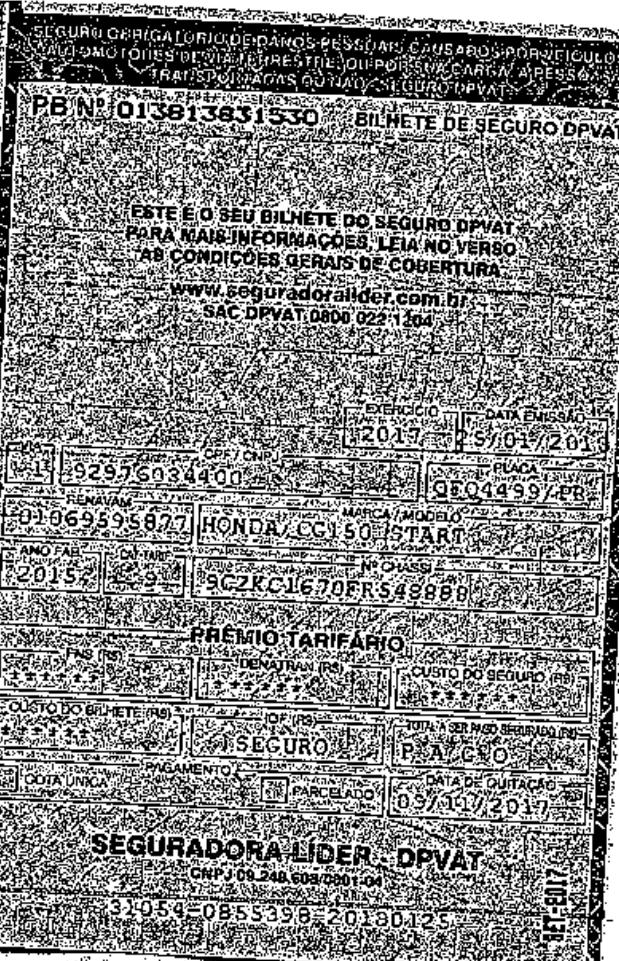
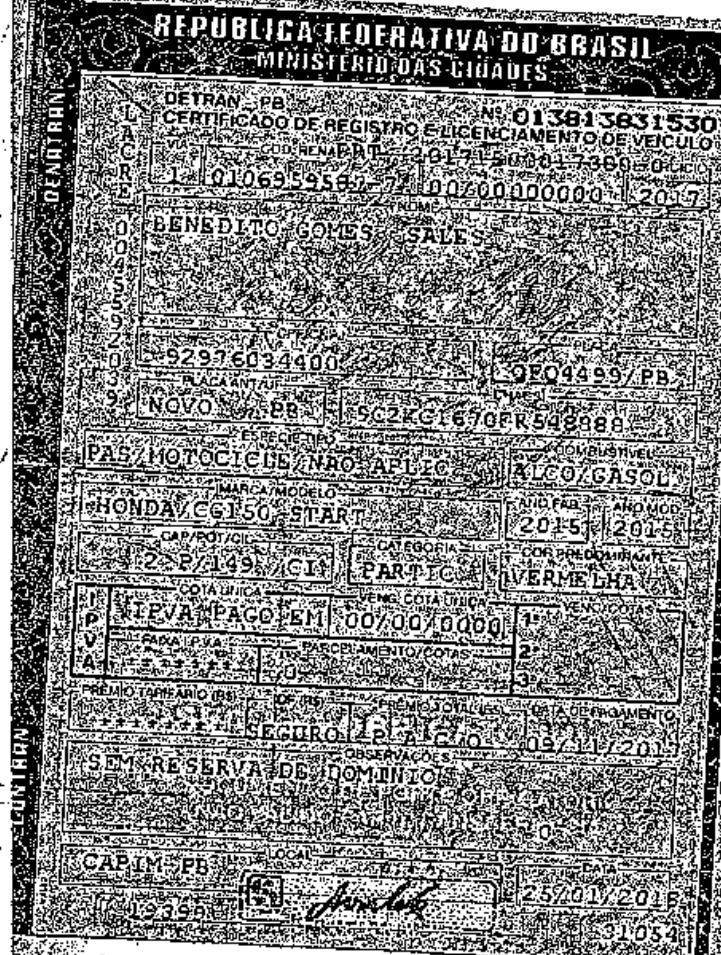
NOTAS/COMENTÁRIOS:

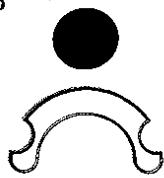
Dr. Ethan Bento
Anestesiologista
CRM-PB 6829

Dr. Ethan Bento
Anestesiologista
CRM-PB 6829

Dr. Ethan Bento
Anestesiologista
CRM-PB 6829





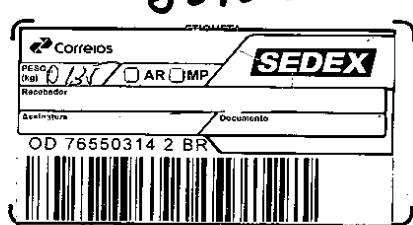


Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



38109



**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

Correios

Correios

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURÓ DPVAT S.A.

RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 – 24º ANDAR - CENTRO

RIO DE JANEIRO/RJ

20011-904

Correios

CEP Zip	20011-904	CIDADE City	RIO DE JANEIRO	UF / State A.F.	PAÍS / Country
------------	-----------	----------------	----------------	--------------------	----------------

ATENDIMENTO

Correios



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:20:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209205708100000037156985>

Número do documento: 21020209205708100000037156985

Num. 38976392 - Pág. 26



PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

[dpvat_oficial](#) [DPVAToficial](#) [DPVAToficial](#) [seguradoralider-dpvat](#)

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number		
WILSON DA SILVA SALES	83 991326208		
ENDEREÇO / Address	REDA TERESA SALES DE PAULA		
Nº 179	Bairro São José		
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
51340-000	MAX	RJ	
<small>RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE</small> Biorroto reciclagem Tel: (21) 3209-8500			

DEVOLUÇÃO (Return)	(Cr15)			
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)			
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Inadequate Address)			
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)			
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Unclaimed)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Others)			
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)				
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)				
1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o	5 ^o
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico <small>Information provided by doorman or condo manager</small>				
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em _____	<small>Reintegrated to service post</small>			
Data _____ Responsável _____				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:20:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209205708100000037156985>
 Número do documento: 21020209205708100000037156985

Num. 38976392 - Pág. 27

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343016 Cidade: Capim Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: WILSON DA SILVA SALES Data do acidente: 10/02/2020 Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL
SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270609/20

Vítima: WILSON DA SILVA SALES

Data do acidente: 10/02/2020

CPF: 122.020.174-02

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILSON DA SILVA SALES

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILSON DA SILVA SALES : 122.020.174-02

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2020
Nome: WILSON DA SILVA SALES
CPF: 122.020.174-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: Diogo Vieira da Silva
CPF: 140.841.367-19

WILSON DA SILVA SALES

Diogo Vieira da Silva



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343016 Cidade: Capim Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: WILSON DA SILVA SALES Data do acidente: 10/02/2020 Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL
SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

