



09/10/2020

Número: **0800061-81.2020.8.15.0081**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Bananeiras**

Última distribuição : **29/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR)		ITACIARA LUCENA CIRNE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35308622	09/10/2020 10:14	Petição	Petição
35308626	09/10/2020 10:14	2700144_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
35308628	09/10/2020 10:14	2700144_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190544332

Vítima: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

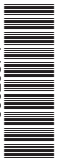
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14801895

Pag. 01747/01748 - carta_01 - INVALIDEZ

00020874





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, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190544332

Vítima: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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. 00153/00154 - carta_03 - INVALIDEZ

00060077



Carta nº 14802692



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **103.159.814.66** Nome completo da vítima: **JOSEILTON NÍCACIO DA SILVA**

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

Nome completo: **Joseilton Nícao da Silva** CPF: **103.159.814.66**
Profissão: **Agricultor** Endereço: **Rua Adolpiza Cordeiro** Número: **137** Complemento: _____
Bairro: **Centro** Cidade: **Serra Nova** Estado: **PB** CEP: **58.394.000**
E-mail: **TLCAOUEACINO@gmail.com** Tel.(DDD): _____

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

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

Autorização de pagamento



AGÊNCIA: **0038** CONTA: **0006002** **3**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____
(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Intestado
deixado
vítima ou
beneficiário
não beneficiário

Local e Data: **Serra Nova, 09 de Setembro de 2019**
Nome: **Joseilton Nícao da Silva**
CPF: **103.159.814.66**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Joseilton Nícao da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

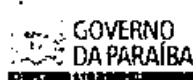
01 V001/2018

*Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8169
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOC
21ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DO MUNICIPIO DE BORBOREMA/PB

Bolctim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

LIVRO Nº: 01/2019

OCORRÊNCIA Nº: 009/2019

Aos quinze (15) dias do mês de janeiro (01) do ano de DOIS MIL E DEZENOVE (2019), nesta cidade de Borborema/PB e nesta Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava o Bel. Francisco Deusdedit Leão Filho, Delegado de Polícia Civil Titular, comigo Escrivã ad hoc, aí por volta das 11:00 min, compareceu o (a) Senhor (a):

MARILENE FERREIRA DE OLIVEIRA NASCIMENTO, BRASILEIRA, CASADA, NATURAL DE SERRARIA/PB, NASCIDA AOS 18/04/1970, COM 48 ANOS DE IDADE, FILHA DE JOSE FIDELIS DE OLIVEIRA E DE MARIA FERREIRA DE OLIVEIRA, RESIDENTE NA AVENIDA DUARTE LIMA, Nº 669, CENTRO, SERRARIA, PORTADOR DO RG Nº 1490015 SSP/PB.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 2) Data do fato: 23/12/2018
- 3) Horário do fato: 17:30 HORAS
- 4) Local do fato: Borborema/PB



5-) Breve resumo do fato:

NOTICIU que no dia 23 de dezembro do ano findo, por volta das 17:30 horas, seu sobrinho JOSEILTON NICASSIO DA SILVA OLIVEIRA, com 28 anos de idade, foi vítima de acidente automobilístico, quando uma Caminhonete conduzida pelo senhor JORGE SENA colidiu na motocicleta conduzida pelo mesmo, fato esse ocorrido na zona rural desse município; Que a noticiante não sabe informar as características da motocicleta que seu sobrinho conduzia no momento do acidente; Que a noticiante não sabe detalhar como ocorrera tal acidente; Que a noticiante tem conhecimento de que JOSEILTON foi socorrido por uma equipe do Samu da cidade de Serraria/PB; Que nas imediações do Distrito de Vila Maia, houve uma troca de ambulâncias, tendo JOSEILTON passado a ser removido pela ambulância do Samu da cidade de Solânea (Unidade de Suporte Avançado -USA) devido à gravidade dos ferimentos sofridos; Que JOSEILTON foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma na cidade de João Pessoa/PB, onde permanece até o presente momento; Que a noticiante informa que o senhor JORGE SENA enviou alguns conhecidos até a residência de JOSEILTON para oferecer apoio, sendo esses: o vereador dessa cidade VIGORIANO, o policial CRUZ e outra pessoa que a noticiante não conhece; Que a noticiante tem conhecimento de que o senhor JORGE SENA não prestou socorro ao seu sobrinho JOSEILTON após a colisão dos veículos;

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

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

M. Nascimento

MARILENE FERREIRA DE OLIVEIRA NASCIMENTO
NOTICIANTE

[Assinatura]
HELOÍSA DE F. OLIVEIRA CAVALCANTE MOREIRA
AGENTE DE POLÍCIA





MUNICÍPIO DE SERRA

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USB
ATENDIMENTO DE TRAUMA

DATA	HORA	Nº DOOR / PROTOCOLO	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO
23/12/18	18:48	260-2292342	Simão da Silva Oliveira	28a	M () F ()
LOCAL DA OCORRÊNCIA		BAIRRO		MÉDICO REGULADOR	
Cidade do São Paulo		Bela Vista		Gomes	
() ACIDENTE C/ AUTOMÓVEL () CAPOTAMENTO () COLISÃO () FRONTAL () LATERAL () TRASEIRA () USO DE CINTO DE SEG. () SIM () NÃO () () ACIDENTE COM MOTO - USO DE CAPACETE () SIM () NÃO () NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL () 3 () QUEDA - ALT. APROX. () () FÉBIL () FAL () FEP () FET () IMPALA () AGRESSÃO FÍS () ESPANCAMENTO () OUTIMADURA AGENTE ()					

() DENTRO DO VEÍCULO () FORA DO VEÍCULO () PROJETADA () ENCARCERADA () IDENTIFICADO () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () () SENTADO () DEAMBULANDO () SOCORRIDO POR TERCEIROS () CAPACETE RETIRADO POR TERCEIROS () NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL () RECUSOU ATENDIMENTO () SOCORRIDO PELO BOMBEIRO () LOCAL NÃO ENCONTRADO () ÓBITO NO LOCAL () CANCELADO () OUTRO:	
---	--

EXAME FÍSICO		ESTADO INICIAL	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE	
			INSTÁVEL	ESTÁVEL	ESTÁVEL	ESTÁVEL	
A	V	() VIRE () OBSTRUÇÃO PARCIAL () OBSTRUÇÃO TOTAL () CORPO ESTRANHO () BRONCOASPIRAÇÃO () EDEMA DE GLOTE	MANUTENÇÃO PARÂMETROS VITAIS				
	R	() NORMAL () BRADIPNEIA () TAQUIPNEIA () APNEIA () DISPNEIA () RESP. RUÍDOSA () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA () VENTILAÇÃO () JESPIR () JESPIR ASSIST AUSC. PULM. () MV () IRA () CREPITOS () SIBILOS () RONCOS MV DIMINUI () () AUSÊNCIA DE MV () EXPANSIBILIDADE () BILATERAL () IRRIG () DISTENSAO SUBCUTÂNEA () DESVIO DE TRAQUEIA	HORA PA mmHg 180 x 150 FR bpm 25 PC bpm 120 SPO2% 90% T36°C HQT med/d 1/18 ECO APGAR				
C	C	() PELE () BILATERAL () CHEIO () HUMÍDEO () SECA () FRIA () QUENTE () PEGAGOSA () SUDOREICO () CIANÓTICO () PERFUSÃO ENCH CAP () 2+ () 2- () HEMORRAGIA () TUMOR JUGULAR () INFRACARDÍACO () BRADICÁRDICO () TAQUICÁRDICO () NORMOTENSO () HIPOTENSO () HIPERTENSO () PCR () CHOQUE					
	R	() CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTADO () AL. ETÍLICO () AGITADO () SONOLENTO () OBNUBILADO () INCONSCIENTE					
D	N	ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA 4 A VOZ 3 A DOR 2 NENHUMA	RESPOSTA VERBAL ORIENTADA 3 CONFUSA 2 PALAVRAS INAPROPRIADAS 1 NENHUMA	RESPOSTA MOTORA OBEDECE A COMANDOS 4 LOCALIZA DOR 3 MOV DE RETIRADA 2 NENHUMA	O: 15 min () CAT. NASAL () MR () BVM () JML () CT () CAN OROF. () ASPIRAÇÃO DE VVAA () ELEVACÃO DE DECUB () SNG () SVI CURATIVO: () COMP () NIMPIES () TORNOQUETE () IRRIG OCUL. () IMOBILIZAÇÃO TALAS DE EXTRF - LOCAL () () RED () PRANCHIA RÍGIDA () COLLAR CERV - TAM: P () GASTABI. LAT. DE CABE () TRAÇÃO DE FÊMUR () MOBI. DE OBJ. IMPALA () RETIR. RÁDIDA AVF ABOCATH Nº 20 LOCAL () MSD OUTROS:		
	R	PUPILAS: () MIDRIASE () MIOSE () ANISOCORIA () ISOCORIA () REAG () NÃO REAG () DEFICIT MOTOR () DEFICIT SENSITIVO () CONVULSÃO					
E	X	LESÕES CRA FAC TOR CO PEL MSD MSE MID MIE ESCO CONTU LUXA FRATU AMPU LACER EDEM HEMA					
	P	() NORMOTERMIA () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA ABDOM () NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO () LOCAL CAB PESC TANT TPOS PERI MSD MSE MID MIE					

MEDICAÇÕES		DOSE/ VOLUME	VIA DE ADM	HORARIO
SRL			EV	

HISTÓRICO: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS	
MEDICAMENTOS EM USO: ANTECEDENTES FAMILIARES	
QUEIXAS: () DOR () PARESTESIA () INFLUA () PARESTIA () OUTRAS	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: () PADRÃO RESP INEFICAZ () RISC PARA ASPIRAÇÃO () VOLUME DE LÍQUID DEFICIENTE () RISC PARA FUNC. RESP. ALT () PERT. TISSULAR INEF. () PERIFÉRICA () PERF. TISSULAR INEF. () CEREBRAL () PERF. TISSULAR INEF. () GI () RISC P VOL. DE LÍQUID DEFIC () PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA () RISC P DISFUN. NEUROVASCULAR PERI () DOR AGUDA () CONFUSÃO AGUDA () RISC P TEMP. CORPO. DESEQUIL () INTEGRIDADE DA PELE PREJU () INTEGRIDADE TISSULAR PREJU () IMOBILIDADE FÍSICA PREJU () RISC P TRAUMA () RISC P INFEC () RISC DE CHOQUE () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () RISC. DE DHE () NÁUSEA () ANSIEDADE () MEDO OUTROS	

RELACIONADO A:	Trauma
----------------	--------

IMPLEMENTAÇÃO DA ASSIST.	avaliação SSUV + imobilização conforme protocolos de trauma
--------------------------	---

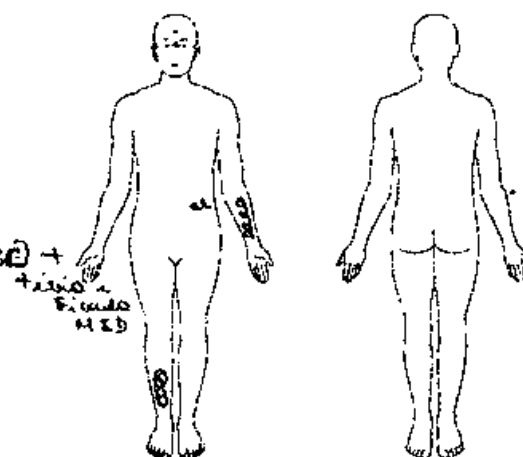


EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Última de colisão: causa e morte, sem lesões no incidente. C66, concentrado ao solo dentro de um, insuportável, palido, dispneico, brando para taquicardia, taquicardico, choque ob, fratura múltipla com trauma de fêmur e edema (suspeita de fratura do osso da mão) + TCE (otomagia D) + Fratura de antebraço (rádio e ulna MSE) + Fêmur (tibia e fêmur MSE). compressão (pulmão D + MSE + MSE), com contatos com a CTR de acordo com quadro de PET, solicitado após de USA. Solução para intubação no tórax, ao realizar intubação pet entregue a USA - Solução, ficando sob cuidados médicos plantonista

RESUMO DE IDENTIFICAÇÃO DE LOCAL DA LESÃO

Lesões Apresentadas:

- o Contusão: _____
- o Corte: _____
- o Dor Muscular: _____
- o Edema: 200g
- o Entorse: _____
- o Equimose: _____
- o Escoriação: Pulmão + MSE + MSE
- o Fratura: Antebraço, Rádio, Ulna - MSE + Tibia e Fêmur MSE
- o Hematoma: _____
- o Ruptura Muscular: _____
- o Suspeita de Fratura: _____
- o Outros: Trauma de joelho (fratura do osso da mão) + TCE (otomagia D)



LOCAL DE DESTINO: UVA DE SOLICITAÇÃO RESPONSÁVEL: [Assinatura] Nº CONSELHO: 3323 FUNÇÃO: [Assinatura]

EXPERIENTE: ENFERMEIRA COREN-PE: 377336 CRIAR: 377336 TIT: UVA CUBEN: [Assinatura] CONHECER: Sando

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMUSERRARIA - PB, NESTA OPORTUNIDADE:
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ RG: _____
TESTEMUNHA 01: _____ TESTEMUNHA 02: _____

PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: _____
NOME DO RECEPTOR: _____ FUNÇÃO: _____
ASSINATURA DO RECEPTOR: _____

MATERIAL DESCARTÁVEL UTILIZADO

	QUANT.		QUANT.		QUANT.
Agulha <u>X</u>		Jelon nº <u>30</u>	<u>01</u>	Sonda Vesical de Alívio	
Atadura de crepom <u>15</u> cm	<u>10</u>	Lava Estéril		Sonda Vesical de Demora	
Cateter tipo óculos		Lave de Procedimento	<u>30</u>	Outros	
Compressa Cirúrgica		Máscara Descartável	<u>03</u>		
Equipo Microgotas	<u>01</u>	Saco Coletor			
Equipo Microgotas	<u>-</u>	Scalp Nº			
Fita de Glicemil	<u>01</u>	Seringa Nº			
Gaze estéril (pequena)	<u>05</u>	Sonda de Aspiração Nº			



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSEILTON NICÁCIO DA SILVA

CPF da Vítima

103.159.814.66

Data do Acidente

23/12/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Serra Nova, 09 de setembro de 2019

Local e Data

JOSEILTON NICÁCIO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

31 V001/2017



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JOSEILTON NICKÃO DA SILVA

RG nº 55.368.554.5, data de expedição 02 / 06 / 2011,

Órgão SSP-PB, CPF nº 103.159.814.66,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Adalgisa Carnealante</u>
Número	<u>137</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>SERRAIA</u>
Estado	<u>PARNÁIA</u>
CEP	<u>58 394. 000</u>
Tel. de contato	<u>(83)</u>
E-mail	<u>SLCADVOCAIA@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Serraia, 09 de setembro de 2019

Joseilton Nickão da Silva

Assinatura do Declarante



ROSAMARY NÍCIO DA SILVA
RUA ADALDO CAVALCANTE, 1A1, CENTRO
SERRAIA/PB CEP: 59295-000 (AG-44)

Ligação MONOFÁSICO
Cidade RESMTOB17 RESIDENCIAL - BARRA PÊNDIA
Rua 2 - 48 - 502 - 3500 Referência 5/5/2019
Medidor 09006428523 Emissão 08/05/2019

energisa

ENERGISA CARUÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. Zé, Km 25 - Centro - Resmto - 59395-000 PB - CEP 59391-000
CNPJ 085 183/0011-03 Insc. Est. Nº 015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 024.339.241
Cód. para O.P.A. Automática: 0000010254

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Mai/2019 08/05/2019 04/06/2019 065.196.544-69
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/50285-4

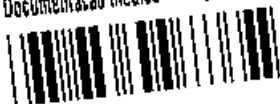
Canal de contato
Tribuna Especial de Energia Elétrica - TSEEE/Imprensa Local
Nº 10.433 de 25 de abril de 2003
JURISDIÇÃO DO MOVIMENTO VACACIONAL S/DO MAC EM
SUADE por INVIA/INTE/PROJ

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 04/07/18	Data 05/03/19			
Demonstrativo				
Consumo 18/18				
Total Base Consumo (R\$) 0,00				
Impostos (R\$) 0,00				
Taxas (R\$) 0,00				
Outros (R\$) 0,00				
TOTAL (R\$) 0,00				
Lançamentos e Serviços				
CONTRIBUIÇÃO LUMINAR				
Despesa Substituição				
TOTAL				
Cód. Cad. de Classificação do Item				
Tributos e Tributos Anistia 0,00				





Documentação médica - hospitalar



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

TAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

**LAUDO MÉDICO****INFORMAÇÕES PESSOAIS****NOME DO PACIENTE** JOSEILTON NICÁCIO DA SILVA OLIVEIRA**DADOS DE NASCIMENTO** 27/09/90**NOME DA MÃE** ROSYMARY NICÁCIO DA SILVA**DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO****BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1.131.261**Nº PRONTUÁRIO** 113.036**DATA DO ATENDIMENTO** 23/12/18**HORA DO ATENDIMENTO** 21:04**MOTIVO DO ATENDIMENTO** ACIDENTE DE MOTOCICLETA**DIAGNÓSTICO (S)** CONTUSÃO DE CORPO/CALO - ESPLÊNIO + CONTUSÃO FRONTAL E + HEMORRAGIA EXTRA-AXIAL LAMINAR D + FRATURA DOS OSSOS DA PERNA D**CID 10** S 06.2 + S 06.3 + S 06.8 + S 82.7**AValiação INICIAL:**

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x moto), trazido pelo SAMU, apresentando TCE grave, entubado, sedado, sob ventilação mecânica e em uso de drogas vasoativas, além de escoriação em flanco E, fratura do antebraço E e da perna E. Glasgow 6. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

TC da coluna cervical

TC do tórax e abdome

TC da bacia

RX do antebraço E - AP e P

RX do joelho D - AP e P

RX da perna D - AP e P

TRATAMENTO:

Contusão de corpo/calco - esplênio + contusão frontal E + hemorragia extra-axial laminar D à TC do crânio. Fratura dos ossos da perna E ao RX. Sem alteração às outras TC's e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento conservador das lesões cerebrais pela equipe da Neurocirurgia. Tratamento cirúrgico da fratura pelo Dr. Luciano Lira e equipe da Ortopedia. Obteve suporte da Terapia Intensiva.

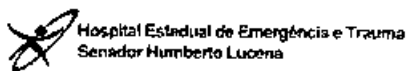
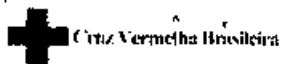
ALTA HOSPITALAR: 13/02/19**DATA DA EMISSÃO:** 04/07/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
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.





INTERNO, S/N -
CNS: 454547 - Tel.:

Impresso por: THIAGO CATAO
DE VASCONCELOS
Em: 13/02/2019 11:22:23

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 706604520387610
Tempo de Internação 1m 20d 11h 15min	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:36	Permanência na Unidade: 1m 20d 14h 18min	Permanência no Leito: 23d 18h 26min

EVOLUÇÃO MEDICA (HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA - 13/02/2019 06:36:44)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

2º DPO de tratamento cirúrgico de fratura de tíbia direita com haste intramedular bloqueada, sem intercorrências por Dr Luciano Lira

Dr Ricardo Ramos suspendeu a cirurgia de rádio devido já está com calo ósseo. Orienta que o mesmo seja acompanhado e em 6 meses realizado tratamento cirúrgico de consolidação viciosa, caso necessário.

cd: alta da ortopedia

Seção: POSTO IA - ENF 5 - Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA

Número Conselho: 5030

Nos dias 01 e 02 de Fevereiro de 2019 - com 2 ERG
RETORNO AMBULATORIAL EM
UMA SEMANA

Thiago Catao
Médico Internista
CRLPR 0000



03/05/2019

138.185.33.41:8080/cvb/pages/agendamento/agendaMarcacao.do?perform=pesquisar&control=4&id=76835



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA
CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

DADOS GERAIS		
Marcação da agenda 03/05/2019 14:14:28		Convênio SUS
Nome do paciente JOSEILTON NICACIO DA SILVA		Data de Nascimento 27/09/1990
Dados do agendamento		
Data e Hora 05/07/2019 14:00:00	Serviço CONSULTA DE RETORNO	Seção CONSULTÓRIOS - HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Especialidade ORTOPEDIA	Profissional LUCIANO JOSE LIRA MENDES
Procedimento	Exame	
Observações		

185.33.41:8080/cvb/pages/agendamento/agendaMarcacao.do?perform=pesquisar&control=4&id=76835

1/1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:14:06
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910140612000000033736829
Número do documento: 20100910140612000000033736829

Num. 35308626 - Pág. 13

Documento de Alta

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA		Número Prontuário: 113036	
Data de 27/09/1990	Sexo: Masculino	Data de Internação: 24/12/2018 00:07:36	Data de Alta: 13/02/2019 11:34:50
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: conduta=ALTA HOSPITALAR RETORNO PARA ORTOPEDIA - CARTAO EM ANEXO (DR. LUCIANO LIRA E DR. RICARDO RAMOS)			
Resumo da Internação: resumoInternacao=# TCE-GRAVE-ACIDENTE MOTOCICLISTICO (LAD TIPO II+CONTUSÃO FRONTAL ESQUERDA+ HEMATOMA EXTRAXIAL LAMINAR DIREITA) # FRATURA DO MID (2º DPO de tratamento cirúrgico de fratura de tibia direita com haste intramedular bloqueada, sem intercorrências, no momento com fo limpa sem sinais de infecção) PACIENTE ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, RESPONSIVO, INTERAGE COM O EXAMINADOR, VENTILA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE. ENCONTRA-SE EUPNEICO, ACIANOTICO, ANICTERICO, E AFEBRIL. LIBERADO DIETA V.O Dr Ricardo ramos suspendeu a cirurgia de rádio devido já está com calo ósseo. Orienta que o mesmo seja acompanhado em AMBULATÓRIO, onde será reavaliado a indicação cirúrgica			
Resultado de Exames: resultadoExames=ANEXO			
Tratamento: tratamento=CLÍNICO E CIRÚRGICO			
Diagnóstico: T14.9 - Traumatismo não especificado			
Recomendações: recomendacoes=RETORNO PARA ORTOPEDIA - CARTAO EM ANEXO (DR. LUCIANO LIRA E DR. RICARDO RAMOS)			

Data: 13/02/2019


Thiago Catao
Médico Internista
CRM-PB 9685THIAGO CATAO DE
VASCONCELOS
CRM: 9685 - PB



Receituário

Paciente: JOSEILTON NICACIO DA SILVA Idade: 28
Data: 13/02/2019 11:43:38 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1131261

USO ORAL:

1- RACECADOTRILA ----- 30 MG ----- 1 EMBALAGEM (18 SACHÊS)

Ingerir por via oral com água dissolvendo pela agitação o conteúdo de 2 sachês ou misturado a pequena quantidade de alimento 3 x ao dia até remissão dos sintomas

Thiago Catão
Médico Internista
CRM-PB 9685

Dr. THIAGO CATÃO DE VASCONCELOS
9685/PB

Receituário

Paciente: JOSEILTON NICACIO DA SILVA Idade: 28
Data: 13/02/2019 11:43:38 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1131261

USO ORAL:

1- RACECADOTRILA ----- 30 MG ----- 1 EMBALAGEM (18 SACHÊS)

Ingerir por via oral com água dissolvendo pela agitação o conteúdo de 2 sachês ou misturado a pequena quantidade de alimento 3 x ao dia até remissão dos sintomas

Thiago Catão
Médico Internista
CRM-PB 9685

Dr. THIAGO CATÃO DE VASCONCELOS
9685/PB

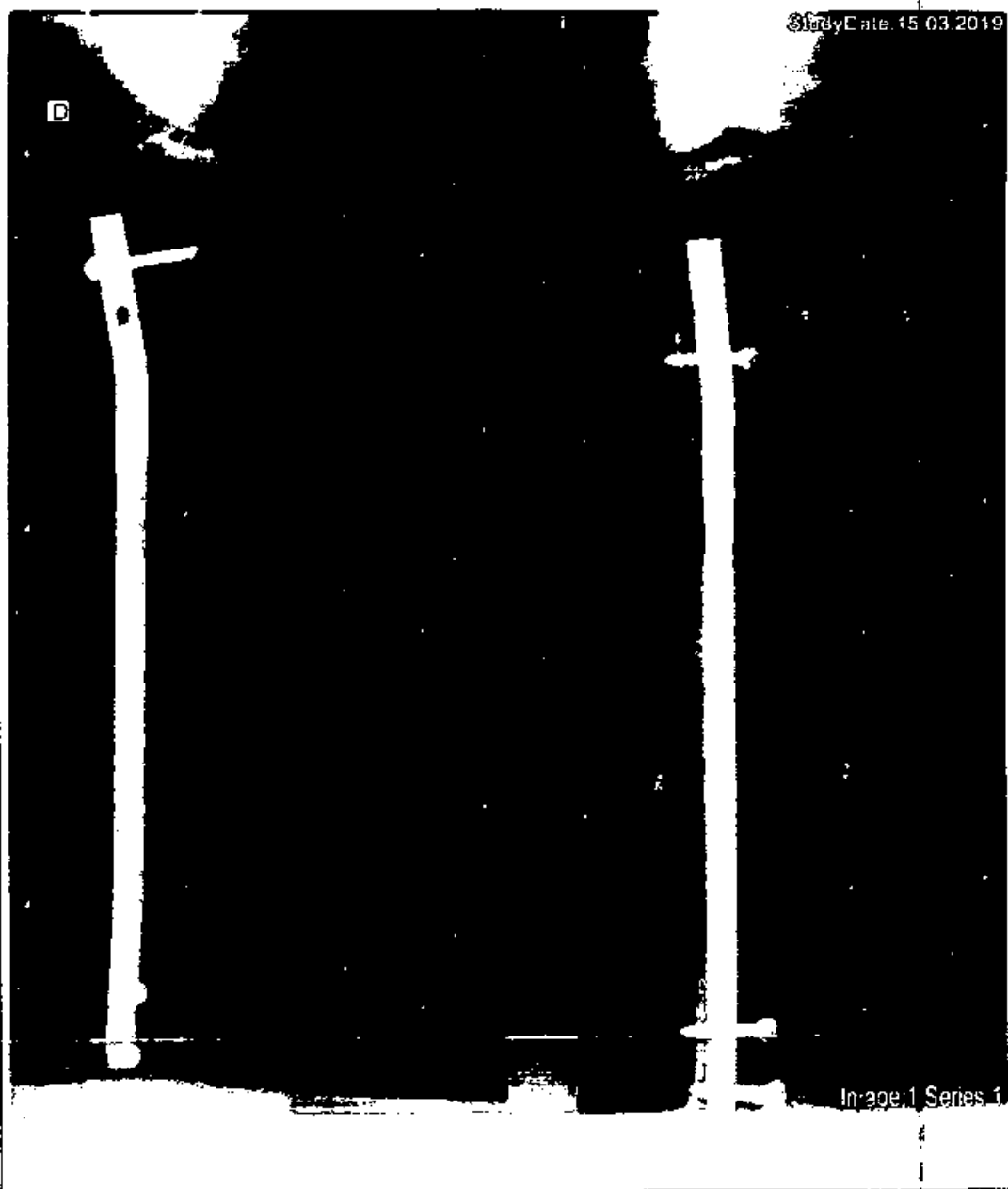
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

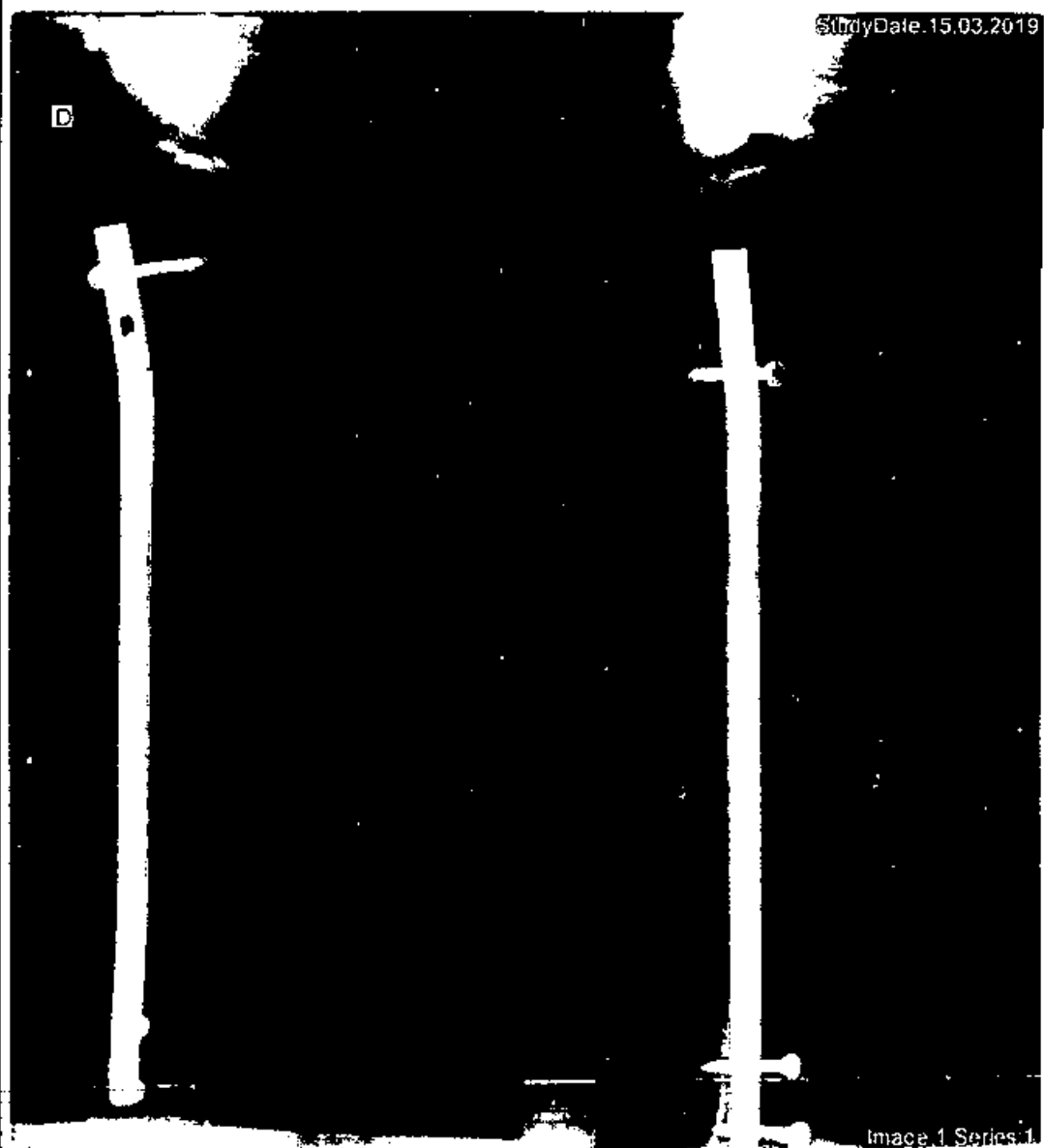


PatientID: 000000083869
PatientName: JOSEILTON NICACIO DA SILVA

Sex: Masculino
BirthDate: 27.09.1990
Age: 28a.



PatientID: 00000083869 Sex: Masculino
PatientName: JOSEILTON NICACIO DA SILVA BirthDate: 27.09.1990
Age: 28a.

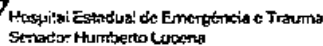


ITCP



 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	fls. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - C/ES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PROFISSIONÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - SEXO		8 - RAÇA/COR	
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - CID (IBGE) MUNICÍPIO	
15 - CID (IBGE) MUNICÍPIO		16 - UF	
17 - CEP			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
20 - QDCE			
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QDCE	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QDCE	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QDCE	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QDCE	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QDCE	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		37 - CID 10 PRINCIPAL	
38 - CID 10 SECUNDÁRIO		39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
40 - OBSERVAÇÕES			
Tumor de Jéner Amigdalite e adenite (tumor de amígdala)			
SOLICITAÇÃO			
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
43 - DOCUMENTO		44 - N.º DO DOCUMENTO	
45 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	
AUTORIZAÇÃO			
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - CID (IBGE) MUNICÍPIO	
49 - DOCUMENTO		50 - N.º DO DOCUMENTO	
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
53 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL		54 - DATA DE VALIDADE DA AUTORIZAÇÃO	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
55 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		56 - C/ES	





AV. GRESTES LISBOA, 87 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8132165700

Boletim de Atendimento: 1131261

**Identificação do paciente**

ID	Nome	Sexo	
1358788	JOSEILTON NICACIO DA SILVA	Masculino	
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
27/09/1990	28 anos 2 meses 26 dias		Protestante
Mãe	Pai		
ROSYMARY NICACIO DA SILVA OLIVEIRA	VANILDO FERREIRA DE OLIVEIRA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco)		
	JANDERILSON NICACIO DA SILVA - (IRMAO(A))		
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
83	898318354		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
RG (IDENTIDADE)	553685545		
Local de procedência	Tipo		UF
BORBOREMA	MUNICIPIO		PB
E-mail	Naturalidade	CBO/R	
	SERRARIA		

Endereço

CEP 58395000	Município de residência SERRARIA	UF PB	Logradouro ADALGISA CAVALCANTE
Número 141	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 23/12/2018 21:04:59	Número da pulseira 17121899	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X.MOTO

Indicadores e Transporte

Cesso policial? Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Outro transportou	

Sinais Vtaís

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

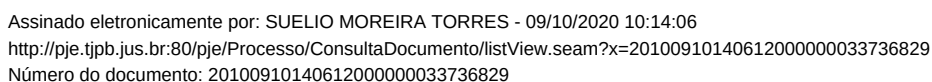
ଡକ୍ଟର ଅଗ୍ନିଧର

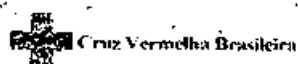
Doentes clínicos

Paciente vítima de trauma, trazido pelo SAMU em TOT. Grave. Apresentando escoriações em flanco E e no antebraço E.

Diagnóstico	CID
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA	Tempo 01min 24seg

Imprint





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARÁIBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSEILTON NICACIO DA SILVA		BAE 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Baixa
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28a 2m 27d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 998318354
Mãe ROSYMARY NICACIO DA SILVA OLIVEIRA				Prontuário
Endereço ADALGISA CAVALCANTE, 141		Bairro CENTRO	Município SERRARIA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES		Nº Cons. Regional 11491/
Data/Hora Classificação 23/12/2018 21:04:59		Data/Hora Prescrição 23/12/2018 21:16:56		

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO, COM RELATO DE TER SOFRIDO ACIDENTE COM AUTOMÓVEL ENQUANTO PILOTAVA UMA MOTO. RECEBO O PACIENTE INTUBADO, SEDADO, EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, SEM USO DE DROGAS VASOATIVAS. TORAX SEM ALTERAÇÕES AO EXAME FÍSICO. BOA EXPANSIBILIDADE, ABDOME PLANO, DEPRESSIVO, SEM DEFESA ABDOMINAL. APRESENTANDO ESCORIAÇÃO EM FLANCO ESQUERDO, SEM HEMORRAGIAS EXTERNAS, PULSOS PERIFÉRICOS CHEIOS E SIMÉTRICOS, SINAIS DE FRATURA EM PERNÁ DIREITA E ANTEBRAÇO ESQUERDO.

CD:

TC DE CRANIO, CERVICAL, TORAX, ABDOME, Pelve
RX DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, RX DE JOELHO E PERNA DIREITOS
PARECER DA NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL SI CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

DIAGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

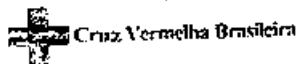
Dr. Attila Raphael
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM/SP: 11.491

JOSEILTON NICACIO DA SILVA

ATTILA RAPHAEL BARBOSA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA ALVES
(GRM: 11491)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGÍLIO DA SILVA em 23/12/2018 21:06:23





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOSEILTON NICACIO DA SILVA	BAE 1131251	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Baixa
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28a 2m 27d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (63) 998318354
Mãe ROSYMARY NICACIO DA SILVA OLIVEIRA		CNS	Prontuário
Endereço ADALGISA CAVALCANTE, 141	Bairro CENTRO	Município SERRARIA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Data/Hora Classificação 23/12/2018 21:04:59		Data/Hora Prescrição 23/12/2018 22:59:30	

Anamnese

LAUCIR##

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO.
LEVE GRAVE.

AO EXAME:

IOT + VM

COLAR CERVICAL

PUPILAS ISOCORICAS/MIOTICAS

RAMSAY DE 6

SEDADO

TCC:

COTUSÃO FRONTAL ESQ

CONTUSÃO DE CORPO CALO - ESPLENIO

PEQ COLEÇÃO, LAMINAR, PARIETAL DIREITA

LINHA MEDIA CENTRADA

TC COL CERVICAL/DORSAL/LOMBAR:
SEM FRATURAS, SEM LISTESE

UTI

REPETIR TC EM 12HRS

SEDAÇÃO

RETIRAR COLAR E PRANCHA

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

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

Diluir

BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

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

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 23/12/2018 21:06:23



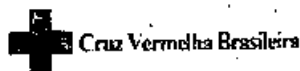
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:14:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910140612000000033736829>

Número do documento: 20100910140612000000033736829

10/01/2019

172.16.0.6:8080/cvb/pages/ atendimento.do?&perform=simpri m&controle=2&id=445445&datainicial=10/01/2019 16:27:35&dataFin ..



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBÔA, s/n - PEDRO GONDIM
CNEB: 2592983 - Tel.: 6332166700

Impressão por: ELZIMAR
MAGALHAES LEITE
Em: 10/01/2019 16:27:59

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113036
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:36	Permanência na Unidade: 17d 19h 23min		Permanência no Leito: 16d 19h 23min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ELZIMAR MAGALHAES LEITE - 10/01/2019 16:27:35)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUI ESTADO GERAL GRAVE, TQT + VMI SIMV BEM ACOPLADO AO VENTILADOR P/F: 457; HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM DVA, SEDADO EM USO DE DORMONID 40ML/H E FENTANIL 20ML/H RASS-2. AFEBRIL NOS CONTROLES, LEUCO 14490, HB 11,1. EM USO DE MEROPENEM (30/12) E VANCOMICINA (DI:02/01), CULTURA ST PSEUDOMONAS AERUGINOSA SENSÍVEL À MEROPENEM. DIURESE SATISFATORIA, CLARA E SEM GRUMOS, BH NEGATIVO, FUNÇÃO RENAL PRESERVADA UR-23,1 CR 0,66, K 3,2.MELHORADO DIARREIA, SEM DISGLICEMIAS.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1.: TCE GRAVE + POLITRAUMATISMO 2.: HEMATOMA EXTRA AXIAL LAMINAR A ESQUERDA 3.: FRATURA MASTOIDE E ESFENOIDE

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: SUPORTE NEUROLÓGICO 2.: SUPORTE HEMODINÂMICO 3.: SUPORTE VENTILATORIO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1.: NENHUMA

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

PACIENTE GRAVE, EM DESMAME DE SEDAÇÃO, COM HIPOCALEMIA, EM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA EM BOA RESPOSTA. HEMODINÂMICA ESTÁVEL SEM DVA

ANTIBIÓTICOS

1.: MEROPENEM DI=30/12/18 2.: VANCOMICINA DI=02/01/19 3.: CEFTRIAXONA
4.: CLINDAMICINA

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1.: SONDA FOLEY 2.: ACESSO VÊNOSO CENTRAL 3.: SNE

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS RELAÇÃO PAO2/FIO2 (MMHG): 457

ESCALA DE RASS: -2 SEDAÇÃO LEVE

RX TORAX: REALIZADO

EXAME FÍSICO: PACIENTE RASS -2

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA

FR: 13.00

SECREÇÕES: SEM ALTERAÇÃO



Nome JOSEILTON RIGACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:55	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113036
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:55	Data Internação 24/12/2018 06:07:35	Permanência na Unidade: 17d 18h 23min	Permanência no Leito: 16d 18h 23min	

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 88,00

SPO₂: 97,00

DROGAS: FENTANIL + DORMOMID

EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS

EXAME FÍSICO: RCR BNF EM 2 TEMPO

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: CHAMADO 3

RV: TUBO

EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO, TC CRÂNIO

PUPILAS: ISOFOTOREAGENTES

LAUDO TC CRÂNIO: NO SISTEMA

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ENTERAL

EVACUAÇÃO: MELHORA DA DIARREIA

ABDÔMEN: PLANO, FLACIDO

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

EXAME FÍSICO:

EPISÓDIOS DIARREICOS

SISTEMA TÓXICO/INFECCIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA, EVIDÊNCIA DE INFECÇÃO NÃO CONTROLADA LACTATO SÉRICO: 1,6

EXAME FÍSICO:

AFEBRIL NOS CONTROLES, LEUCO 14.490, EM USO DE MERO E VANCOMICINA.

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

DIURESE PARA ÚLTIMAS 24HS: 4700,00

EDEMA: SEM EDEMA

EVOLUÇÃO: GLICEMIA CONTROLADA

EXAME FÍSICO:

UR 18,9 CR 0,65

EVOLUÇÕES FINAIS

OUTROS EXAMES:

CREAT=065;LEUC=15.460; HB=12,3; PLAQ=530; K=3,2;NA=139; MG=2; PCR=54,0 CA 7,3

CONCLUSÕES:

CD= SUPORTE INTENSIVO

-REPONHO CALCIO

-PARECER ORTPEDIA PARA AVALIAR MSE E MID

-MANTENHO ANTIBIOTICOTERAPIA

Seção: UPG ENF 37 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: ELZIMAR MAGALHAES LEITE

Dr. Maria Elzimar P. M. Leite
 Médico
 CRM 2292
 Número Conselho: 2292



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LUIZ, s/n - PEDRO BONDIM
CNPJ: 2592983 - Tel.: 0332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impressão por: JULIANA
MAGALHAES LEITE
Em: 09/01/2019 10:19:10

Nome	JOSEILTON NICACIO DA SILVA	Boleto de Atendimento	1131261	Data/Hora Entrada	23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída	
Data de nascimento	27/09/1990	Idade	28	Sexo	Masculino	CNS	Prontuário
							113036
Tempo de Internação		Convênio	SUS			Plantão	DIURNO
Data de Entrada	23/12/2018 21:04:59	Data Internação	24/12/2018 00:07:36	Permanência na Unidade:	16d 13h 15min	Permanência no Leito:	15d 13h 15min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JULIANA MAGALHAES LEITE - 09/01/2019 10:19:03)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUI ESTADO GERAL GRAVE, TQT + VMI SIMV BEM ACOPLADO AO VENTILADOR P/F: 386; HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM DVA, SEDADO EM USO DE DORMONID 40ML/H E FENTANIL 20ML/H RASS-2. AFEBRIL NOS CONTROLES, LEUCO 13570, HB 11,1. EM USO DE MEROPENEM (30/12) E VANCOMICINA (DI:02/01). CULTURA ST PSEUDOMONAS AERUGINOSA SENSÍVEL À MEROPENEM. DIURESE SATISFATORIA, CLARA E SEM GRUMOS, BH POSITIVO, FUNÇÃO RENAL PRESERVADA UR-23,1 CR 0.66. K 3.2. DIETA POR SNE 21ML/H, POIS APRESENTANDO DIARREIA. SEM DISGLICEMIAS.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1.: TCE GRAVE + POLITRAUMATISMO 2.: HEMATOMA EXTRA AXIAL LAMINAR A ESQUERDA 3.: FRATURA MASTOIDE E ESFENOIDE

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: SUPORTE NEUROLÓGICO 2.: SUPORTE HEMODINÂMICO 3.: SUPORTE VENTILATORIO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1.: NENHUMA

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

PACIENTE GRAVE, EM DESMAME DE SEDAÇÃO, COM HIPOCALEMIA, EM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA EM BOA RESPOSTA.

ANTIBIÓTICOS

1.: MEROPENEM DI=30/12/18 2.: VANCOMICINA DI=02/01/19 3.: CEFTRIAXONA
4.: CLINDAMICINA

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1.: SONDA FOLEY 2.: ACESSO VENOSO CENTRAL 3.: SNE

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS RESAÇÃO TAOLEFID (MMHG) 386

ESCALA DE RASS: -2 SEDAÇÃO LEVE RX TORAX: REALIZADO EXAME FÍSICO: PACIENTE RASS =2

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA FR: 18,00

SECREÇÕES: SEM ALTERAÇÃO

.../pages/atendimento.do?&perform=Imprimir&controle=2&id=445445&dataInicial=09/01/2019 10:13:53&id=

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113026
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:38	Permanência na Unidade: 16d 13h 15min	Permanência no Leito: 15d 13h 15min	

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 88.00

PA: 156X78

SPO₂: 98.00

DROGAS: FENTANIL + DORMOND

EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS

EXAME FÍSICO: RCR2T

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: CHAMADO 3

Rx: TUBO

EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO, TC CRÂNIO

PUPILAS: ISOFOTORREAGENTES

LAUDO TC CRÂNIO: NO SISTEMA

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ENTERAL

EVACUAÇÃO: DIARREICAS

ABDÔMEN: PLANO, FLACIDO

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

EXAME FÍSICO:

EPISÓDIOS DIARREICOS

SISTEMA TÓXICO/INFECIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA, EVIDÊNCIA DE INFECÇÃO NÃO CONTROLADA LACTATO SÉRICO: 1,6

EXAME FÍSICO:

AFEBRIL NOS CONTROLES, LEUCO 13570, EM USO DE MERO E VANCOMICINA.

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

BALANÇO HÍDRICO EM 24HS (ML): 2142.00

DIURESE PARA ÚLTIMAS 24HS: 3600.00

EDEMA: SEM EDEMA

EVOLUÇÃO: GLUCEMIA CONTROLADA

EXAME FÍSICO:

UR 23,1 CR 0,66

EVOLUÇÕES FINAIS

OUTROS EXAMES:

CREAT=0,94; LEUC=15,460; HB=12,3; PLAQ=530; K=4; NA=141; MG=2; PCR=54,5

CONCLUSÕES:

CD= SUPORTE INTENSIVO

DESLIGO SEDAÇÃO - DESPERTAR DIÁRIA

AVALIAR EPISÓDIO DIARREICOS HOJE PARA AUMENTAR VAZÃO DA DIETA

REPONHO K

Tentativa renal BH

Sessão: UPG ENF 37 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: JULIANA MAGALHAES LEITE

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 09/10/2020 10:14:06
Número Conselho: 7857



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel..Impresso por: JOELMA
PEDRO DA SILVA
Em: 08/01/2019 14:15:56

Nome JOSEILTON NIGACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 113036
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:36	Permanência na Unidade: 15d 17h 11min	Permanência no Leito: 14d 17h 11min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOELMA PEDRO DA SILVA - 08/01/2019 14:15:44)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PROCEDIMENTO: TOMOGRAFIA REALIZADA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE GRAVE, SEDADO, TQT+VMI, CORADO, HIDRATADO, ACIANOTICO, SEM REGISTRO DE FEBRE, BEM ADAPTADO AO VMI, SEM USO DE DVA, ESTAVEL HEMOCINAMICAMENTE.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1.: TCE GRAVE + POLITRAUMATISMO 2.: HEMATOMA EXTRA AXIAL LAMINAR A ESQUERDA 3.: FRATURA MASTOIDE E ESFENOIDE

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: SUPORTE NEUROLÓGICO 2.: SUPORTE HEMODINÂMICO 3.: SUPORTE VENTILATORIO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1.: NENHUMA

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

PACIENTE GRAVE, DRIVE RESPIRATORIO IRREGULAR, BEM ADAPTADO AO VMI.

ANTIBIÓTICOS1.: MEROPENEM DI=30/12/18 2.: VANCOMICINA DI=02/01/19 3.: CEFTRIAXONA
4.: CLINDAMICINA**SONDAS, DRENOS E CATETERES**

1.: SONDA FOLEY 2.: ACESSO VENOSO CENTRAL 3.: SNE

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 30HRS ESCALA DE RASS 0 ALERTA E CALMO

RX TORAX: REALIZADO

EXAME FÍSICO: PACIENTE RASS =2

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA SECREÇÕES: SEM ALTERAÇÃO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

PA: 120X60

SPC: 99.00

DROGAS: FENTANIL + DORMNID

EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS

2 16 0 8 8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=445445&dataInicial=08/01/2019 14:15:44&dataFin..





Impressa por: ALEX RONALD
MAURICIO SILVA DE ALENCAR
Em: 04/02/2019 09:38:25

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:54:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 706604520387610	Prontuário 113036
Tempo de Internação 1m 11d 9h 28min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:54:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:36	Permanência na Unidade: 1m 11d 12h 32min	Permanência no Leito: 14d 16h 40min	

EVOLUÇÃO MÉDICA (ALEX RONALD MAURICIO SILVA DE ALENCAR - 04/02/2019 09:36:10)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

CLINICA MEDICA

TCE-GRAVE-ACIDENTE MOTOCICLISTICO (LAD TIPO II+CONTUSÃO FRONTAL ESQUERDA+ HEMATOMA EXTRAXIAL LAMINAR DIREITA)

FRATURA DO MID (PENDENTE TTO CIRURGICO)

PACIENTE ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, RESPONSIVO, INTERAGE COM O EXAMINADOR. VENTILA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE. ENCONTRA-SE EUPNEICO, ACIANOTICO, AUCOTÉRICO, E AFEBRIL AO EXAME.

CD:

1) LIBERADO PELA CLINICA MEDICA P/ ORTOPEdia-SEGUE AOS CUIDADOS DA ORTOPEdia.

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leitor: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: ALEX RONALD MAURÍCIO SILVA DE ALENCAR

~~NUMCPL Consol No 11296~~





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número: _____ Prontuário: 1131261 Data: 11/02/19
Paciente: Jefferson Nicácio da Silva Data: 11/02/19
Procedimento: Trat. cirúrgico de fratura distal de Reposição: _____ Caixa Pronta: _____
SUS: ☒ Não SUS: ☐ tíbia direita 1 haste intramedular bloqueada
Médico: Dr. Auriano Leão

DISPENSACÃO CME				
FONECEDOR	DESCRÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
<u>T.M. Cirúrgica</u>	<u>Haste de tíbia 10X30</u>	<u>01</u>		
<u>1</u>	<u>parafuso de bloqueio proximal R45 n°35</u>	<u>01</u>		
<u>1</u>	<u>parafuso de bloqueio proximal R45 n°35</u>	<u>01</u>		
<u>1</u>	<u>parafuso de bloqueio distal R45 n°35</u>	<u>02</u>		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA				
FONECEDOR	DESCRÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
<u>Trigem</u>	<u>Agulha de biseo A 200 (100)</u>	<u>01</u>		

Dr. Luciano J. Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 12227-ENF

Felena Martins R. Luna
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

Maria Inês Miguel R. dos Santos
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

ENFERMAGEM 0132





SUS
Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)

Formulário 100

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.E.E.T.S.H.L

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Josilton Nicácio da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

031261

9 - SEXO

10 - FONE

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serraria

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - DO PRIMÁRIA

24 - DO SECUNDÁRIO

25 - DO TERCIÁRIO ASSOCIADO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO

DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO

DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - NOME DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - NOME DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - NOME DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

cc. Gloriete da T.M.C
01 - haste de tórax 10x30
03 - parafuso de bloqueio proximal R45 m 35
04 - parafuso de bloqueio distal R45 m 35
02 - parafuso de bloqueio distal R45 m 35

01 - Agulha de placa A 200 C100

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Luciano
Ortopedia - Trauma - Ortopedia
CRM 4290

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

37 - DOCUMENTO

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DO DO ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

39 - DOCUMENTO

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

CNS

CPF





RELATÓRIO DE CIRURGIA

METSNI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
INCISÃO EM TERÇO MÉDIO SOBRE A TÍBIA DIREITA E EM REGIÃO INFRA PATELAR
DIVULSSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS COM HEMOSTASIA
Conduta:
CALOCCLASIA E RETIRADA DE FIBRO EM FOCO DE FRATURA
CURETAGEM DOS FOCOS DE FRATURA
REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA
PASSAGEM DE FIO GUIA EM REGIÃO PROXIMAL DA TÍBIA
FRESSAGEM DO CANAL MEDULAR DA TÍBIA ATÉ O Nº 10,5
PASSAGEM DA HASTE INTRAMEDULAR 10X300 MM
COLOCAÇÃO DE DOIS PARAFUSOS PROXIMAIS CORTICAIS DE BLOQUEIO E DOIS
PARAFUSOS DISTAIS CORTICAIS DE BLOQUEIO
AUXÍLIO DE ESCOPIA
Fechamento:
LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA COM SF 0.9%
REVISÃO DE HEMOSTASIA
SUTURA POR PLANOS E CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:
RAIO-X DE CONTROLE

Médico/CRM:

Liliana Jelen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM- 3491

João Pessoa,

11/02/2019



Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
JOSEILTON NICACIO DA SILVA	28A 3M 5D	113036
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1131261	23/12/2018 21:04:59	24/12/2018 00:07:36
Convênio	Leito	Clinica
SUS	POSTO IA - ENF 5 - 0002 - CIRURGIA GERAL	PERMANÊNCIA NA UNIDADE
	NEUROCIRURGIA	1m 7d 19h 44min
		PERMANÊNCIA NO LEITO
		10d 23h 52min

Parecer médico

Especialidade	Profissional
INFECTOLOGIA	RAISSA HOLMES SIMOES RICARTE
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 31/01/2019 07:12:08
PACIENTE MANTENDO DIARREIA LÍQUIDA HÁ MAIS DE UMA SEMANA, ESTAVA EM USO DE MEROPENEM HÁ 32 DIAS. FOI INICIADO VANCOMICINA PENSANDO-SE EM COLITE PSEUDOMEMBRANOSA MAS JÁ DESCONTINUADA SEM TERCENO DE ATB. SOLICITEI EXAMES LAB HOJE E SOLICITO AVALIAÇÃO DA INFECTOLOGIA SOBRE ORIENTAÇÃO DE ANTIBIOTICOTERAPIA	
Parecer	Data de Resposta: 31/01/2019 16:48:52
31/01/19 #Avaliação CCIH #DI: 23/12/18 - TCE grave/Acidente automobilístico (LAD tipo II + contusão frontal E + hematoma extra axial aminal D)/Fratura de MID/Infecção pulmonar/Diarreia. #Em uso: Meropenem (DO: 29/01/19) #Dispositivos: Dispositivo urinário instalado em 30/01/19 e acesso venoso periférico sem sinais flogísticos	
#Exames laboratoriais (31/01/19): Hb: 12,9 Leuc: 14510 Pla: 339000 PCR: 33,4 EAS: 17 plócitos p/c Ur: 19,4 Cr: 0,54 #Culturas: Urocultura (28/01/19): Klebsiella aerogenes sens à Amicacina, Meropenem.	
Paciente evolui sem febre, TQT em ar ambiente, sem O2 suplementar e sem desconforto respiratório. No momento encontra-se sonolento, responde aos estímulos de dor, porém não interage durante exame físico. Acompanhante refere que o mesmo apresenta-se sonolento desde o acidente de automobilístico. Relata que o mesmo vem apresentando diarreia com fezes pastosas, seguidas de fezes líquidas (05 episódios), sem sangue e muco. SVD retirada há um dia, em uso de dispositivo urinário com urina clara. Nega lesão de pressão, febre, vômitos, tosse. Relata fratura de MID, aguarda avaliação da ortopedia para possível abordagem cirúrgica.	
AR: MV+ AHT, sem RA. AV: RCR em 2T, BCNF, sem sopros. Abd: plano, depressível, indolor à palpação. Ext: sem edemas.	
1. Sugiro manter o Meropenem 1g EV 8/8h (infundir em 3 horas). O tratamento para ITU é em torno de 7-10 dias. Se suspeita de Pnemonia hospitalar, solicitar novo Rx de tórax, se possível, coletar cultura de secreção traqueal e manter antimicrobiano por 14 dias. Para o quadro de diarreia, sugiro prescrever probiótico para flora intestinal e iniciar Metronidazol 500 mg VO 8/8h, na falta da medicação VO que não é padronizada no serviço, sugiro iniciar Metronidazol 500 mg EV 8/8h durante 10-14 dias. 2. Acompanhar com exames laboratoriais semanalmente.	

Raissa Holmes Ricarte
Infeccionista
CRM - PB 8674

五五





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 11/02/2019 10:29:53

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA		Boleim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 706604520387610	Prontuário 113036
Tempo de Internação 1m 18d 10h 22min		Convênio SUS		Plano DIURNO
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:35	Permanência na Unidade: 1m 18d 13h 25min	Permanência no Leito: 21d 17h 33min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAJANA KAREN DANTAS BARRETO - 11/02/2019 10:28:15)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMIENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

pois de tratamento cirúrgico de fratura de tíbia direita com haste intramedular bloqueada, sem intercorrências por Dr Luciano Lira

Dr Ricardo ramos suspendeu a cirurgia de rádio devido já está com calo ósseo. Orienta que o mesmo seja acompanhado e em 6 meses realizado tratamento cirurgico de consolidação viciosa, caso necessário.

cd: vpm + raio-x de controle

staff: Dr Luciano Lira

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Liliana M. Santos Barreto



11/01/2019

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?apertado=apertado

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113036
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:36	Permanência na Unidade: 18d 10h 58min		Permanência no Leito: 17d 10h 58min

FC: 88,55

PA: 149/79 MMHg

SPO₂: 97,00

DROGAS: FENTANIL + DORMONID

EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS

EXAME FÍSICO: RCR BNF EM 2 TEMPO

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: CHAMADO 3

RV: TUBO

EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO, TC CRÂNIO

PUPILAS: ISOFOTORREAGENTES

LAUDO TC CRÂNIO: NO SISTEMA

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ENTERAL

EVACUAÇÃO: MELHORA DA DIARREIA

ABDÔMEN: PLANO, FLACIDO

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

EXAME FÍSICO:

EPISÓDIOS DIARREICOS

SISTEMA TÓXICO/INFECIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA, EVIDÊNCIA DE INFECÇÃO NÃO CONTROLADA LACTATO SÉRICO: 1,6

EXAME FÍSICO:

AFEBRIL NOS CONTROLES, EM USO DE MERO E VANCOMICINA.

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

BALANÇO HÍDRICO EM 24HS (ML): -1280,00

DIURESE PARA ÚLTIMAS 24HS: 6000,00

EDEMA: SEM EDEMA

EVOLUÇÃO: GLICEMIA CONTROLADA

EVOLUÇÕES FINAIS

CONCLUSÕES:

CD= SUPORTE INTENSIVO

-REPONHO CÁLCIO

-PARECER ORTOPEDIA PARA AVALIAR MSE E MID

-MANTENHO ANTIBIOTICOTERAPIA

DIARISTA: DR. JOÃO RODOLFO

Seção: UPG ENF 37 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: CLAUDIO DE PAULA ARAUJO

Claudio de Paula Araujo
MÉDICO
CRM 114.57

Número Conselho: 3903



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

55.368.554-5 DATA DE 02/JUN/2011

JOSEILTON NICÁCIO DA SILVA
OLIVEIRA

RELACÃO VANILDO FERREIRA DE OLIVEIRA

E ROSYMARY NICÁCIO DA SILVA
OLIVEIRA

NATURALIDADE SERRARIA -PB DATA DE NASCIMENTO 27/SET/1990

LOCAL DE ORIGEM SERRARIA-PB SERRARIA
CN: LV. A10 / FLS. 01 / N. 009079
103159814/66

199 Delegado Divisionário
de Polícia HIRCELSSP
ASSINATURA DO DIRETOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8500-1

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUARILETON DAUNT

PROVIDO PLASTIFICAR

5500-023123

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documento de Identificação



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327317/19
Vítima: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 103.159.814-66
Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.
Data do acidente: 23/12/2018
Título do CPF: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA
CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA : 103.159.814-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/09/2019
Nome: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 103.159.814-66

JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: JOSEILTON NICHÉO DA SILVA
Data do acidente: 03.12.2018 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 103.158.814.66

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada **INEXISTÊNCIA DE IML**
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): JOSEILTON NICHÉO DA SILVA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 103.158.814.66
E-mail: JLC.NOVACIANO@gmail.com Tel.: (83)
Data: Assinatura: *Joseilton Nichéo da Silva*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): *St. Boabacema - EL*
Atendente: *Quilda 4 da Silva* Matrícula: 8477416-9
Data: 10.09.2019 Assinatura: *Joseilton*



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:14:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910140612000000033736829>

Número do documento: 20100910140612000000033736829

Num. 35308626 - Pág. 39

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327317/19

Vítima: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 103.159.814-66

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2018

Titular do CPF: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA : 103.159.814-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/09/2019
Nome: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 103.159.814-66

JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BANANEIRAS/PB

Processo: 08000618120208150081

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreeve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respetivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA FALTA DE INTERESSE DE AGIR

INÉRCIA DA PARTE AUTORA NO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Ab initio, cumpre esclarecer que a parte autora requereu o pagamento, através da via administrativa.

Ocorre que a parte autora não entregou toda a documentação necessária, eis que deixou de apresentar toda a **DOCUMENTAÇÃO FALTANTE**.

Assim, a Seguradora enviou correspondência a parte autora a qual quedou-se inerte.

De acordo com o art. 5º, §1º, da Lei nº 6.194/74, a regulação do sinistro deve ser realizada no prazo de 30 dias pela seguradora mediante a apresentação pelo segurado dos documentos que o parágrafo do dispositivo menciona, vejamos:

§ 1º - A indenização referida neste artigo será paga no prazo de 5 (cinco) dias a contar da apresentação dos seguintes documentos:

§2º Os documentos referidos no §1º serão entregues à Sociedade Seguradora, mediante recibo, que os especificará. (gn)

Resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo, porém, toda documentação que comprove o nexo causal entre o sinistro e o dano proveniente, na sua falta não há como a Seguradora realizar o pagamento do seguro perquirido.

Neste sentido deveria a parte autora cumprir com a exigência documental, antes de ingressar com ação no Judiciário, consoante a jurisprudência consolidada no Superior Tribunal de Justiça.

Ocorre que parte não apresentou em seu requerimento administrativo documentos imprescindíveis a seu pedido, o que ensejou o cancelamento do pedido ante a caracterização da sua desídia.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Em se quedando ele inerte, restou de forma a restar patenteado seu desinteresse no prosseguimento do processo administrativo instaurado, apesar de cientificada para impulsionar

Cumprе salientar que recentemente o Supremo Tribunal Federal chegou à conclusão de que a ausência de requerimento em sede administrativa nas ações que versam sobre o Seguro Obrigatório DPVAT é motivo para extinção do processo por falta de interesse de agir.

Destaca-se que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

Vale ressaltar que as vítimas de acidentes de trânsito **em todo o Brasil, podem solicitar o seguro DPVAT gratuitamente nas agências próprias dos Correios**. Frisa-se que se trata de um procedimento simples e com dispensa do auxílio de terceiros.

Essas ações promovidas pela Seguradora Líder dos consórcios DPVAT visam facilitar o recebimento na via administrativa dando acesso célere e efetivo aos acidentados, como também tem como objetivos principais evitar a lide e a necessidade de manifestação judiciária sobre o tema.

Em arrimo à tese aqui exposta, é amplamente sabido que o interesse jurídico manifesta-se na existência da lide. A função jurisdicional se exercerá sempre com referência a uma lide que a parte interessada deduz do Estado, pedindo uma solução. A existência da lide, do litígio, obviamente está intimamente ligada à pretensão resistida, que determina o surgimento do conflito, que é uma das condições da ação.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

Caso não seja esse o entendimento do i. Magistrado, requer o sobrestamento do processo por 30 (trinta) dias para que a parte autora reabra o pedido administrativo entregando toda a documentação necessária para que possa haver a correta regulação administrativa.

DO LAUDO

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Caso não seja esse o entendimento do i. Magistrado, requer o sobrestamento do processo por 30 (trinta) dias para que a parte autora reabra o pedido administrativo entregando toda a documentação necessária para que possa haver a correta regulação administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BANANEIRAS, 7 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:14:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910140700600000033736831>
Número do documento: 20100910140700600000033736831

Num. 35308628 - Pág. 3