



Número: **0831345-90.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **11/12/2019**

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	
JOELISON DAYVID DOS SANTOS SOUSA (AUTOR)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37856900	15/12/2020 12:31	Petição	Petição
37856903	15/12/2020 12:31	2702368_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
37856904	15/12/2020 12:31	2702368_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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190610825

Vítima: JOELISON DAYVID DOS SANTOS SOUSA

Data do Acidente: 01/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOELISON DAYVID DOS SANTOS SOUSA

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,

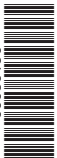
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15061897

Pag. 00299/00300 - carta_01 - INVALIDEZ

00030150





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, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190610825 Vítima: JOELISON DAYVID DOS SANTOS SOUSA

Data do Acidente: 01/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOELISON DAYVID DOS SANTOS SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 02/08/2018, emitido pelo Dr. EDUARDO BRAGA MORAIS CRM nº 6588 - PB, da Instituição HOSPITAL EMERGÊNCIA E FRATURA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00209/00210 - carta_31 - INVALIDEZ

00060105



Carta nº 15092567



Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do SMISTO ou ASL: 3 - CPF da vítima: 715.702.724-56 4 - Nome completo da vítima: JOELSON DAYVID DOS SANTOS SOUSA

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

5 - Nome completo: JOELSON DAYVID DOS SANTOS SOUSA 6 - CPF: 7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: R. DAVRAS BARRO 9 - Número: 524 10 - Complemento: 11 - Bairro: JOSE RINHEIRO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58407-415 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 9 8823-7595

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 2221 CONTA: 39698 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: JOSE CLAUDIO APARECIDO CPF: 022.031.104-81 Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: ADELSONIA APARECIDO CPF: 893.195.674-68 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAMPINA GRANDE, PB, 06 DE QUINHO DE 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

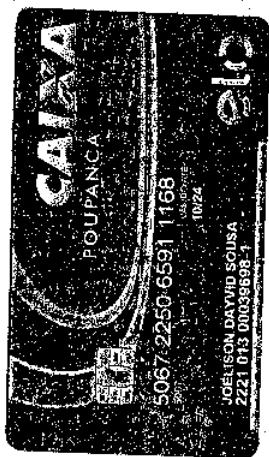


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 12:31:53

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121512315375700000036110875

Número do documento: 20121512315375700000036110875

Num. 37856903 - Pág. 3



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande

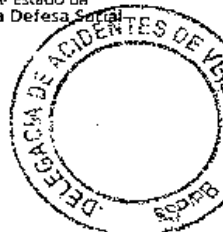


**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00032.01.2019.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 01/08/2018

Hora: 07:27:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua João Quirino, Catolé, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto do Shopping Luiza Mota

Boletim de ocorrência



PARTE(S)

VITIMA	Nome: Joclison Dayvid dos Santos Sousa
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Rosa Maria dos Santos e João Batista de Oliveira Sousa
	Idade: 18 Data de Nascimento: 06/08/2000 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: solteiro(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Servente de Pedreiro
	Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 713.702.724-56
	Endereço: Travessa Dantas Barreto, 43, JOSÉ PINHEIRO, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado	
Ponto de referência: Perto do Cemitério	
Telefone: (83) 98842-0792	
TESTEMUNHA	Nome: João Paulo Santos Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria de Fátima Santos Silva e Gutemberg Pereira Silva
	Idade: 29 Data de Nascimento: 02/06/1989 Identidade de Gênero: Não informado
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Estorquista
	Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 079.619.504-86
	Endereço: Rua Perú, 82, Santa Rosa, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado	
Ponto de referência: Perto da Padaria de Duda	
Telefone: (83) 98635-7222	

Procedimento Policial: 00032.01.2019.2.00.420

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 12:31:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121512315375700000036110875>

Número do documento: 20121512315375700000036110875

Num. 37856903 - Pág. 5

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



TESTEMUNHA

Nome: Vanderson Andrade da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Cicera Andrade da Silva e José Vanderlei Gonçalves da Silva
Idade: 21 Data de Nascimento: 14/03/1997 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Servente de Pedreiro
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: RG nº 4530011 SSP/PB
Endereço: Travessa Dantas Barreto, 320, JOSÉ PINHEIRO, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Cemitério de José Pinheiro
Telefone: (83) 98784-2791

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Automóvel, marca Honda, modelo Fit, tipo de veículo Honda Fit, cor Prata, ano 2016, placa OFB-1382, chassi 93HGK5840GZ227378, renavam 01080156620

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia pedalando sua bicicleta na rua João Quirino, bairro do catolé, momento em que foi atropelado pelo condutor do Veículo Honda Fit, Ano/Modelo 2016/2016, de cor Prata, de Placas OFB-1382-PB, Chassi de Nº93HGK5840GZ227378, Licenciado em nome de Francisco das Chagas Cruz, conduzido pelo próprio no momento do acidente, quando trafegava na rua João Quirino, bairro do catolé, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura fechada do Rádio Distal e Lesão exposta do Tendão Patelar na perna direita, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Procedimento Policial: 00032.01.2019.2.00.420

2/3



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO DO ESTADO DA
PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



Campina Grande/PB, 05 de fevereiro de 2019.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Joelison David dos Santos Sousa
JOELISON DAVID DOS SANTOS SOUSA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

SEM VALOR JURÍDICO
SEM VALOR JURÍDICO



Cartório de Registro de Campina Grande - PB
Trabalho: Manhã às 17h00 - Lanche: 17h00 - 18h00
Praça da Bandeira, 100, Centro - 57.000-000 - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do
original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 425-III do CPC)
Campina Grande-PB 18/10/2018
Confirma em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Código Digital: AJH10445-E8J6
Valor R\$2,48 ISS R\$0,12 Farpem R\$0,29
TPI R\$0,46 MP R\$0,04



Luciana Caroline dos Santos
Escrivão Autenticada

Procedimento Policial: 00032.01.2019.2.00.420

3/3





ESTADO DA PARAÍBA
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



Comp. Reg. de Acidentes Declarados

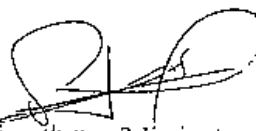


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 1/8/2018	HORA: 07:27 HRS	ID Nº: 1714327
NOME: JOELISON DAYVID DOS SANTOS SOUSA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: RUA: JOÃO QUIRINO - CATOLÉ		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 19 de setembro de 2018.


Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5197



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSILSON DAYVID DOS SANTOS SOUSA

RG nº 4.397.930, data de expedição 27/07/2016 Órgão SSP PB,

CPF nº 713.702.724-56, 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>R. DAVIAS BARRETO</u>
Número	<u>324</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>JOSE PINHEIRO</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58407-485</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9 8824-7535</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMPINA GRANDE, 18 DE OUTUBRO DE 2019.

Assinatura do Declarante: Josilson Dayvid dos Santos Sousa



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-020 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

11707526

REFERÊNCIA

OUT/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAILMA DE BRITO SILVA
RUA DANTAS BARRETO, 324 - JOSE PINHEIRO CAMPINA
GRANDE PB 58407-415

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Outra	
18.021.045.0126.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y11X164397	10/01/2012	EXT LACR	LIGADO	LIGADO		
INTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA		
855	861	6	30	17/11/2019		
LIST. CONS./ANOR. LEIT. : QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
SET/2019	8	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES				
AGO/2019	7	TURBIDEZ	0	0	0	
JUL/2019	5	CLORO	0	0	0	
JUN/2019	6	COL.TERMOT	0	0	0	
MAI/2019	8	COR	0	0	0	
ABR/2019	5	COL.TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M)	6	DADOS REFERENTES A: AGO/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 18/10/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 08:20:27

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL: 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	10,56
ESGOTO		
RESIDENCIAL: 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	6 M3	1,06

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 1,07 PIS E CONFINS. ICI 12.741/12

VENCIMENTO: 29/10/2019 Total a Pagar: R\$ 11,62



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 3

INFORMAÇÕES GERAIS:

PCHEGA DE TRABALHO INFANTIL



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11707526	OUT/2019	29/10/2019	R\$ 11,62

82630000000 5 11620010018 2 01170752601 5 10201970003 2



Documentação médico - hospitalar



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

foi atendido (às) hoje, às

horas, necessitando de

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S57.6

Campina Grande,

01.03.18

Dr. André Ribeiro Araújo de Menezes
Traumatologia/Ortopedia
CRM-PB 9793

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-600 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 104





ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1704307 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mel. Floriano Peixoto, 1700 - Malvinas, Campina Grande - PB 53032-909 Data: 01/08/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Thaila Silva Souza

PACIENTE: JOALISON DAVID DOS SANTOS SOUSA CEP: 58400002 Nascimento: 06/08/2000

Endereço: TRAVESSA DANTA BARRETO Sexo: M Telefone:

Cidade: Campina Grande Idade: 017 Bairro: JOSE PINHEIRO

Nome da Mãe: RG: Nº: 0

Responsável: CPF: Profissão:

Estado Civil: Data de: CMS: 122566

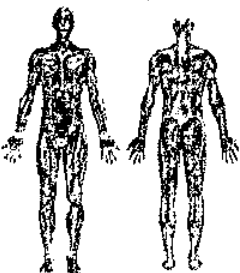
Motivo: ACIDENTE DE BICICLETA BICICLETA X CARRO Hora: 08:11:05 CONVÊNIO: SUS

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMO DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Anelido
4. Contusão
5. Crostação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erisipela subcutâneo
10. Enfiamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortado
16. F. Cortado-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contuso
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inguirimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enfiado
29. Otoregão
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Isquemia
36. Sinal de Isquemia

OBS:

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

DIGNOSTICO / CID: Atropelamento

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Vitima de acidente atropelamento com escorregão em face de um carro de frente e possivelmente lesão de tórax e abdome.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

Alta da Unidade Geral

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortop às Dia / /

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

[Assinatura]
[Carimbo]





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Spalisan David de Santos Sousa		
End:	Rua Travesseiro Barreto	Bairro:	Jose Pinheiro
Data de Nascimento:	06-08-2000	Documento de Identificação:	443
Queixa:	doe	Data do Atend.:	01-08-18
		Hora:	08:06
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

Vermelho - atendimento imediato
Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Joana Dair de S. Vasconcelos
ENFERMEIRA
COREN 60649

Assinatura e carimbo do profissional



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Jônison David dos Santos Silva Alojamento: 0 Leito: 4 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/10	01. dieta zero, digoxina após RPA	che	#Dor 01/10
	02. SF 0,9% 1000 ml em 24h ev.	22:00	
	03. Dipirona 500mg 1ml 4x/6h	22:00	
	04. Filant 4mg + AD 1PA 100 1x dia	22:00	
	05. Gentamicina 80mg 3FA 1000ml SF 0,9% em 24h. marão 1ml (normalizado 400mg)	22:00	
	06. SFA: 500mg 1ml em 24h	22:00	
	07. Kausilona 8mg 1ml 1FA 100 1x dia	22:00	
	08. SSVL + d.c. 80	22:00	
	09. Colirio 0,1% 1ml 4x/6h	22:00	
	10. Etanol 100mg + 100ml SC 0,9% EV 8/8h	22:00	

Dr. Suelio Moreira Torres
Assinatura

Dr. Suelio Moreira Torres
Assinatura



Nome do Paciente <u>Joelson David da Silva</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>01/10/18</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Dr. Ueserson</u>	1º Auxiliar <u>Dr. Yuri (UEA)</u>		
2º Auxiliar <u>Dr. Eudes (UEA)</u>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Lesão exposta de tendão patelar</u>			
Tipo de Operação <u>Ligadura</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>O menor</u>			
Relatório Imediato da Patologia ☒			
Exame Radiológico no Ato <u>Não</u>			
Acidente Durante a Operação <u>Não</u>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDIT, sob anestesia
2) Assupção e exposição da região da coxa externa
3) Drenagem muscular com SF + desbridamento de tecido necrótico
4) Realização sutura de tendão patelar tipo Kraton
5) Lavagem da FO com SF + hemostase hemostática
6) Sutura
7) Curativo
8) A JRP

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Act. 016



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Joelison David dos S. Souza</u>			IDADE: <u>17a</u>	SEXO: <u>M</u>	COR:
DATA: <u>01.08.18</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>116x61mmHg</u>	PULSO: <u>60 bpm</u>	RESPIRAÇÃO: <u>20 rpm</u>	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:	
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:	
URINA:							
AP RESPIRATÓRIO: <u>sem punição</u>					ASMA:	BRONQUITE:	
AP CIRCULATÓRIO: <u>sem alteração</u>					ELETROCARDIOGRAMA:		
AP DIGESTIVO: <u>sem alteração</u>			DENTES:	PESCOÇO:	AP. URINÁRIO:		
ESTADO MENTAL: <u>em alerta</u>			ATAXICOS:	CORTICÓIDES:	ALERGIA: <u>sem</u>	HIPOTENSORES:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Furunculo no tornozelo H.D.</u>					ESTADO FÍSICO: <u>ASA I/II</u>	RISCO:	
ANESTESIAS ANTERIORES: <u>sem</u>							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:				APLICADA AS:	EFEITO:		
12:00h							
AGENTES ANESTÉSICOS:					INDUÇÃO		
LIQUIDOS:					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lemia: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
CÓDIGOS	VP ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O				MANUTENÇÃO		
VP ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O					① Propofol 20mg ② Fentanyl 40mcg ③ Dexmedetomidina 10mcg ④ Dexmedetomidina 20mcg ⑤ Narcofina 4mg ⑥ Midazolam 5mg ⑦ Fentanyl 50mcg		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:	ECG = RS SpO2 = 100% 20-20				ANESTESIA SATISF.: Sim ☒ Não ☐ Não, por quê? _____		
POSICÃO:	PE montado - HCR: A185; O2 50%				DESPERTAR		
AGENTES:	Dexmedetomidina 80mcg + Narcofina p. 18mcg				Reflexos na SO: _____ Obs.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
TÉCNICA:	Raqui-anestesia e Injeção 256 @ medicação				CÂNULAS:		
OPERAÇÃO:	FT cirúrgico de furunculo no tornozelo H.D.						
CIRURGIÕES:	Dr. Walsom - HRA Yancy						
ANESTESISTAS:	Dra. Jannara						
OBSERVAÇÕES:							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA:		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPS



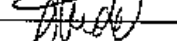


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Joilson David dos Santos</u>	Idade: <u>17 anos</u>
Convênio: <u>Mut. 194304</u>	Data: <u>01/08/13</u>
Procedimento: <u>Exatão de tecido exposto de tendão patelar</u>	
Cirurgião: <u>D. Yuri</u>	Auxiliar: <u>D. Cristian</u>
Anestesista: <u>Dra. Suelma</u>	
Início: <u>17:00</u>	Término: <u>18:00</u>
Anestesia: <u>Raqui</u>	

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Le rio Exp. P. Johnson
Ent. Methods radio control

Paciente	Prescrição Médica	Horário	Internação	Leito	Evolução Médica
02 08	Dieta livre SF 0,9% 1500 ml EV em 24hs Dipirone 2ml + AD EV 6/6hs Omeprazol 40 mg EV / dia Tilatil 20mg EV 12/12hs Framal 100mg + SF EV 8/8hs SN Plasil 2ml + AD LV 8/2hs SN Clind. 600mg + AD EV 6/6hs Sponta 240mg + SF EV 6/6hs Ureterico gelado	clv 12/12/24 clv 12/12/24			1º 010 paciente atualizado sem inter continua UPM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA, FERNANDES

PACIENTE: Joselson David

LEITO: _____

DIAGNÓSTICO

Lesão punção perforante (D) (Eg. 103/11)
Fratura fechada punção (D)

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	EVOLUÇÃO MÉDICA
03/08	1. DIETA LIVRE		22 D, 12 / 22 D, 14
	2. SRL 1500ML EV P/ 24H		Bicb, b. 12, 14, 16, 18, 20, 22
	3. DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H		
	4. TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H		
	5. OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV/JEJUM		
	6. TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN		
	7. NAUSEDRON 1FA + ABD EV 8/8H SN		
	8. CLEXANE 40MG SC AS 21H		
	9. MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H		
	10. SSVV + CCGG		
	11. Clonazepam 0,5mg + ABD EV 6/6h		
	12. Gent + 240 mg + SF EV 12/12h		
	13. Curativo Diário		
	14. Fala fofoca		

04/08 - Atua hospitalar e cirurgia de refração de refração ambliopia
+ take que leve de fofoca pi curativo +
ASB + p. 12 pi curativo - DE YURY PAIVA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
(15/12/2020)





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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

 CRM 1317

Assinatura do anestesista



02.08.2018
 realizado anexo
 e unidades
 Paciente estavel
 PA = 120/80
 T = 36,2°C
 033075
 Suelio Moreira Torres
 Médico da Clínica
 CONCRETO 033075-TE

7:00 PM
 7:00 PM
 7:00 PM

7:00 PM
 7:00 PM
 7:00 PM



Adida vs caso + p-cod muni. 11
15. Quidt sta nro + 26 en 14 f. 10
13. Cnmpas 11/15/20

80/20

Estado do Socorro, Alameda da Silva
CORREIA RIBEIRO 732-222-2222
Lec. 10

15/15 PA =
faciente atoral, quitando dote,
realizado curativo, modo Codo cm.

03/08/19





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JOALISON DAVID DOS SANTOS SOUSA
 Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000418004
 Data: 03-08-2018 12:01
 Idade: 17 anos

RG: NÃO INFORMADO
 Origem: CLÍNICA CIRÚRGICA
 Destino: ENE-R6-LIM

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 03/08/2018 12:00]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4,0 milhões/mm ³	4,2 a 5,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,2 g/dL	13,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	37,0 %	40,0 a 50,0 %
V.C.M.....	92 fL	80,0 a 100,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 a 32,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	7.500 /mm ³ (%)	(/mm ³)	4.500 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos.....			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	2,0	150	
Segmentados.....	61,0	4.575	40 a 70 % - 1.800 a 5.500 /mm ³
Eosinófilos.....	1,0	75	0,5 a 4,0 % - até 500 /mm ³
Basófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 /mm ³
Linfócitos.....			
Típicos.....	33,0	2.475	20 a 35 % - 1.000 a 3.500 /mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	225	2,0 a 10 % - até 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	136.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

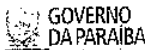
OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

[Assinatura]
 Geider Farias Cavalcanti
 Biomédico
 CRM - 7494

Emissão: 03/08/2018 15:11 - Emissão: 03/08/2018 15:11

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3FC3-0C46-D951-P010-0D85-8E6D-8A8E-92ED





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	IDADE:	PRONTUÁRIO:
<u>Yaelson David dos Santos Sousa</u>	<u>17</u>	<u>1704307</u>
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶	ANTES DA INCISÃO ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA
ENTRADA:	PAUSA CIRÚRGICA	SAÍDA:
☒ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - SÍTIO CIRÚRGICO - PROCEDIMENTO A SER REALIZADO - CONSENTIMENTO	☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - SÍTIO CIRÚRGICO - PROCEDIMENTO	O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: ☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO
☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS ☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? ☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PROTÊSES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?	☒ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM ☐ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE ☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO
☐ O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? ☒ NÃO SIM VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO? ☒ NÃO SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? ☒ NÃO SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO	A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? ☒ SIM NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? ☒ SIM NÃO SE APLICA	O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

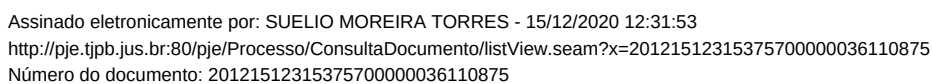
Suelio M. Moreira Torres
10012315375
Assinatura



[illegible]

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A reavida
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
01.02.2020	22:00	36,0	94	94	120/80	0ml	10h: Recebida no UPA, com queixas de dor abdominal, náusea e vômito. Em observação em enfermaria. 22h: 200ml de urina. 24h: 400ml de urina. 26h: 200ml de urina. 28h: 200ml de urina. 30h: 200ml de urina. 32h: 200ml de urina. 34h: 200ml de urina. 36h: 200ml de urina. 38h: 200ml de urina. 40h: 200ml de urina. 42h: 200ml de urina. 44h: 200ml de urina. 46h: 200ml de urina. 48h: 200ml de urina. 50h: 200ml de urina. 52h: 200ml de urina. 54h: 200ml de urina. 56h: 200ml de urina. 58h: 200ml de urina. 60h: 200ml de urina. 62h: 200ml de urina. 64h: 200ml de urina. 66h: 200ml de urina. 68h: 200ml de urina. 70h: 200ml de urina. 72h: 200ml de urina. 74h: 200ml de urina. 76h: 200ml de urina. 78h: 200ml de urina. 80h: 200ml de urina. 82h: 200ml de urina. 84h: 200ml de urina. 86h: 200ml de urina. 88h: 200ml de urina. 90h: 200ml de urina. 92h: 200ml de urina. 94h: 200ml de urina. 96h: 200ml de urina. 98h: 200ml de urina. 100h: 200ml de urina.	

Fernanda Rafaela Lucena
Téc. em Enfermagem
COREN-PA/123.837





GOVERNO
DA PARAÍBA

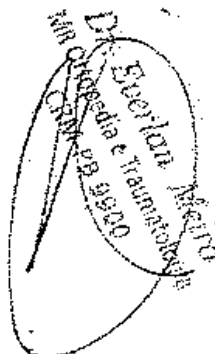
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

P/ Jeoverson Daud da
Santos

JOELISIRA

Tab. ~~Joelisia~~ (D)

MOD. 001



01/06/10

Data

Médico





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.397-930
DATA DE EXPEDIÇÃO	27/07/2016
NOME	JOELSON DAYVID DOS SANTOS SOUSA
FILIAÇÃO	JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA SOUSA ROSAMARIA DOS SANTOS
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE - PB
DATA DE NASCIMENTO	06/08/2000
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. Nº 1887 - L.V.A-02 - FLS. 143 - CARTÓRIO CAMPINA GRANDE - PB
713.702.724-56	
1080 Pessoa - PR	

Documentos de identificação



Esta é a **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.025 de 29-10-1932, e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Na devida ser registrada, todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como, para a Previdência Social, para o acesso à sua habilitação ao seguro-desemprego, e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional, é a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FÚNDIO DE AMPARO AO TRABALHADOR

RELATIVE D PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

24117.00171.3E 00-05

JOELISON DAYVID DOS SANTOS SOUSA

FILIAÇÃO..... ROSA MARIA DOS SANTOS SOUSA
JOAO BATISTA DE OLIVEIRA SOUSA

NASCIMENTO..... 05/08/2000

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE..... CAMPINA GRANDE - PB

DOCUMENTO..... R.G. - 4387936 - 27672016 - S.S.DS. - PB

LEI Nº 5.049, DE 16 DE MAIO DE 1995.

CPF: 733 702 224-56

TT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: SONE - CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE
DATA DE EMISSÃO: 02/02/2017

DATA DE EMISSÃO: 02/02/2017

[Signature]
DEUTSCHER BEZIRK 44719
Bismarckstrasse 100, 10119 Berlin, Germany

[illegible]

8

SECRETARIA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

149.489.49.53-

8017138

1050

५५



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378601/19

Vítima: JOELISON DAYVID DOS SANTOS SOUSA

CPF: 713.702.724-56

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 01/08/2018

Titular do CPF: JOELISON DAYVID DOS
SANTOS SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOELISON DAYVID DOS SANTOS SOUSA : 713.702.724-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



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: 29/10/2019
Nome: JOELISON DAYVID DOS SANTOS SOUSA
CPF: 713.702.724-56

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

JOELISON DAYVID DOS SANTOS SOUSA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190610825 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELISON DAYVID DOS SANTOS SOUSA **Data do acidente:** 01/08/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA, DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DE JOELHO DIREITO, COM LESÃO EXPOSTA DE TENDÃO PATELAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO E SUTURA DE TENDÃO) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 9

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190610825 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELISON DAYVID DOS SANTOS SOUSA **Data do acidente:** 01/08/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA, DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DE JOELHO DIREITO, COM LESÃO EXPOSTA DE TENDÃO PATELAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO E SUTURA DE TENDÃO) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 9

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
		Total	0 %	R\$ 0,00





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08313459020198150001

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

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexos de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexos causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexos entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXOS DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.



Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 11 de dezembro 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 - 15/12/2020 12:31:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121512315428800000036110876>
Número do documento: 20121512315428800000036110876