



Número: **0800118-48.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **06/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
27305571	06/01/2020 23:00	Petição Inicial	Petição Inicial
27305578	06/01/2020 23:00	Petição Inicial	Outros Documentos
27305577	06/01/2020 23:00	Procuração	Procuração
27305576	06/01/2020 23:00	Doc. Pessoais e Comp. de Residência	Documento de Identificação
27305575	06/01/2020 23:00	SAMU, BO e Comp. de Pag. Administrativo	Outros Documentos
27305574	06/01/2020 23:00	Doc. Médica	Outros Documentos
27305573	06/01/2020 23:00	GuiaCustas	Outros Documentos
27347852	08/01/2020 20:00	Despacho	Despacho
29143761	16/03/2020 14:07	Certidão	Certidão

Petição Inicial em anexo.





EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.

WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS, brasileiro, solteiro, op. de máquinas, portador do RG de nº 4198480 SSP/PB, e CPF de nº: 706.576.604-77, residente e domiciliado na Rua Eugenia Tabosa Silva, nº 294 QD W LT 20 MOD 02, bairro Catingueira na cidade de Campina Grande/PB, por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com endereço profissional localizado no endereço que consta no rodapé desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex^a, propor o presente:

ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

COMPLEMENTO

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.205, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do





procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015.**

DOS FATOS E DOS DIREITOS

O Autor foi vítima de acidente automobilístico dia 08.05.2019, quando estava trafegando pela Rua Aratuba, bairro das cidades nesta cidade, conduzindo a motocicleta Honda CG 125 FAN, ano/modelo 2013/2014, cor vermelha, placa OGF/1148/PB, quando perdeu o controle de direção ao passar em um quebra molas, vindo cair ao solo e sofrendo lesões graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Trauma na cidade de Campina Grande-PB, conforme descrito em prontuário medico, atestado médico e no Boletim de Ocorrência em anexo, da Polícia.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como: **FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, ONDE FOI SUBMETIDO À CIRURGIA DE OSTEOSSÍNTESE (PLACAS/PINOS/PARAFUSOS/SUTURA)**, o que sem dúvidas resultou no comprometendo total do membro, conforme se observa nos laudos médicos acostados aos autos e pericia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL, TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supramencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.





Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vítima:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação susomencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, **estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:**

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA

340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de





03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao

seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Toda via é indiscutível a especificação da % da perda dentro da tabela da Lei 11.482/2007, devido a quantificação de perda seja ela parcial ou total, pois quem possui aptidão e capacidade técnica para tal é um médico com especialidade em ortopedia para quantificar a lesão e sua invalidez permanente, devido o autor não possui capacidade econômica para arcar com tais despesas, motivo pelo qual requer a perícia judicial para resguardar direito do autor de acesso à justiça conforme prevê a Constituição Federal de 1988 no artigo 5º, XXXV: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;”

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida, a complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ 11.137,50 (ONZE MIL, CENTO E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

01- Que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;





02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com **o rito especial imposto a lide**, tenha início a instrução e julgamento;

03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;

04- Seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

05- Com fundamento no Art. 246, I do Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);

06- Seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- Não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter copia do processo administrativo, pois seguem e anexo copias das documentações;

08- Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já se encontram em anexo;

09 – **Requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, visto que tal exame se torna imprescindível para o julgamento da presente demanda;

10 – Requer que a parte Ré anexe o processo administrativo, fazendo juntar ao caderno processual boletim de ocorrência original entregue na abertura do sinistro, por esta em poderes da Seguradora Líder.

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor **R\$ 11.137,50 (ONZE MIL, CENTO E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande - PB, em 06 de Janeiro de 2020





GERSON LUCIANO SANTOS NETTO
- Advogado - OAB/PB 24.614





QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:_____.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____/____/____, por volta das _____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (), de que forma?

_____.

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):_____

_____.

4) EXISTEM _____ SEQUELAS _____ RESIDUAIS?:

_____.

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, _____ OU, _____ GRAVE?:

_____.

Sem mais, em ____/____/_____.

(assinatura – carimbo – CRM)





PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: Wesley Henrique Silva Santos, brasileiro (a),
advogado, portador da Cédula de Identidade nº:
4198480, inscrito no CPF nº: 70615161604171, residente e domiciliado
na Rua Eugenia Talora Silva, Nº 294, Bairro Caramuru,
na Cidade de Campina Grande /PB.

OUTORGADOS: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO, brasileiro, casado, advogado
inscrito na OAB/PB sob o nº 24.614, com endereço profissional na Rua: Amaury Araújo
de Vasconcelos, nº 890 – BL 20 AP 101 – Três Irmãs -, na Cidade de Campina
Grande/PB, 986434993.

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do
Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta
Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante,
defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar,
desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar
compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a
presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os
atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme
e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo
Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de
04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária
advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%,
calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

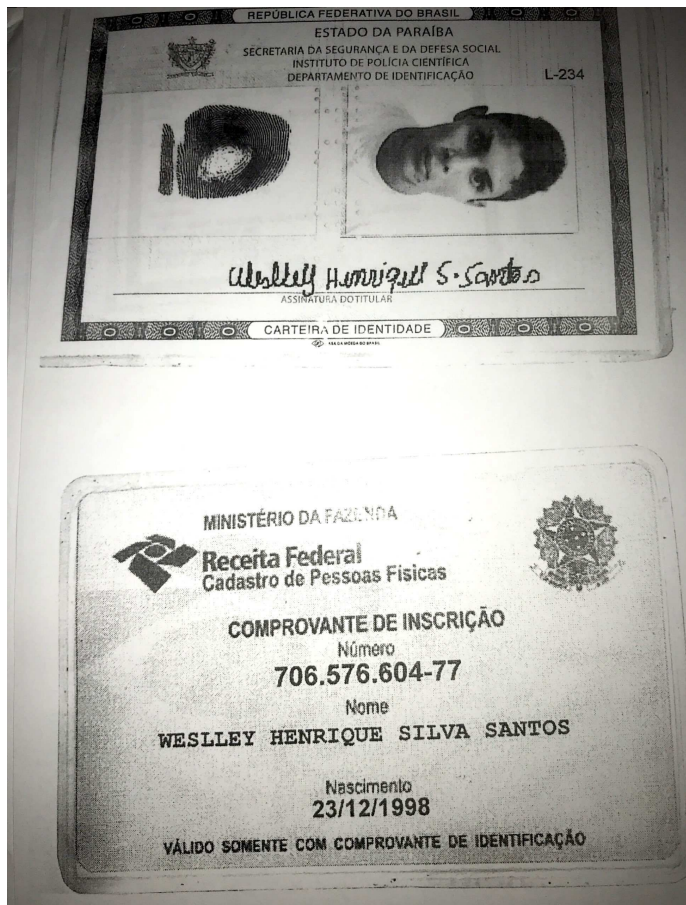
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei nº 1.060/50, declara que é pobre
na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem
comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 06 de junho de 20 22.

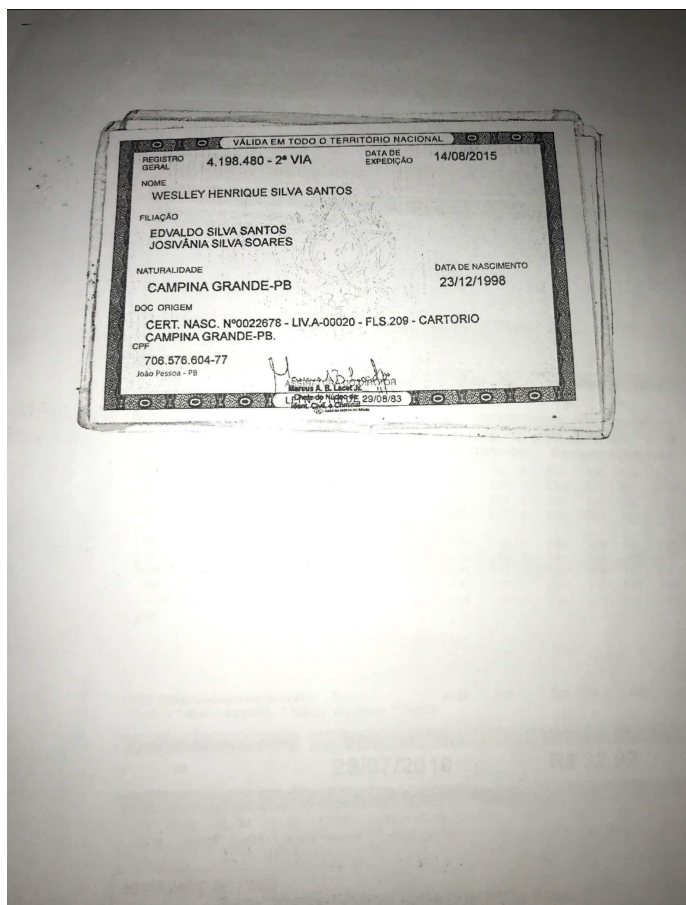
Wesley Henrique Silva Santos
Outorgante/Declarante





Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner



JOSIVANA DA SILVA SOARES
RUA EUGENIA TEIXEIRA SILVA, 284 QD WLT 32 HCD 2 - CATINGUEIRA
CAMERNA GRANDE/ PB CEP: 58400000 (AG 401)

energisa
ENERGISA BORDREVAL DISTRIBUICAO DE ENERGIA SA
Av. Das Américas, 2000 - BORDREVAL - Tatuí - SP
CNPJ: 06.908.000/0001-00 Insc. Est. SP: 06.908.000/0001-00
Núcleo Fiscal: Centro de Energia Telemática - INTEC 200 SGA
Cód. para Ode Automático: 00002960100

Logradouro: MONOFASICO
Cm/Sec: RES VITC B1 / RESIDENCIAL - BARRA VERDE
Fone: 13 - (401) 789-5000 Referência: Jul/2019
Medidor: 00000379559 Emissão: 22/07/2019

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Jul / 2019	22/07/2019	21/08/2019	046.624.704-47 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/256519-0

Canal de contato
Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/06/19	5576	22/07/19	5670	

CCI	Descrição	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$)	Valor (R\$)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$)	Valor (R\$)
0801	Consumo até 20kWh - E4	50,00	0,00	0,00	5,40	0,00	0,00
0801	Consumo - 21 a 100kWh - E4	64,00	0,00	0,00	19,74	0,00	0,00
0801	Adic. B Amortiza	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0810	Subsídio	23,89	0,00	0,00	23,89	0,00	0,00
0807	CONTRIB LUM PUBLICA	4,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JURCS DE MORA DE/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 06/2019	1,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Descontos Subsídios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 32,92 0,00 0,00 49,34 0,00 2,48
Tarifa de Transmissão AEE 58kWh 0,163070 AEE 100kWh 0,299070

VENCIMENTO 29/07/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 32,92

Média últimos meses (kWh) 88

Histórico de Consumo (kWh)

73	86	87	81	85	80	101	85	99	25	110	125
Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19

RESERVADO AO FISCO 5c2c:2945.fc58.804f.8c3e.0ffe.910a.7dba.

Indicadores de Qualidade 6/2019 - CAMERNA GRANDEZ

Discriminação	Valor (%)	%
Indicador de Qualidade de Energia Elétrica	99,99	99,99

Scanned with CamScanner



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

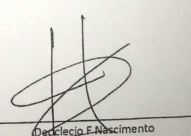
SAMU 192
CAMPINA GRANDE - PB

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:	8/5/2019	HORA:	22:39 HRS	ID Nº:	1773737
NOME:	WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA: ARATUBA - CIDADES				
COMPLEMENTO:	ANTES DA PONTE				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 11 de julho de 2019.


Cleclecio 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 / 3322-5191

Scanned with CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58409-988 - (83) 3319-3319



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

OCORRÊNCIA Nº 000225/19

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000225/19 registrada em 16/09/2019, que passo a transcrever na íntegra. Aos dezesseis dias do mês de setembro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, cargo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:17 horas, compareceu o Sr. WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS, com 20 anos de idade, filho de EDVALDO SILVA SANTOS e JOSIVÂNIA SILVA SOARES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Medio Incompleto, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 4.198.480 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 70657660477, residindo à rua EUGENIA TABOSA SILVA, 294, QD-W, LT-20, MOD-02, bairro CATINGUEIRA, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 22h39min do dia 08.05.2019, estava trafegando pela Rua Aratuba, Bairro das Cidades, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, ano/modelo 2013/2014, de cor vermelha, chassi nº 9C2JC4110ER701710, de placa OGF-1148/PB, licenciada em nome de Diego Teófilo Gomes, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após passar por um quebra molas não sinalizado, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Antonio Targino de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário médico hospitalar em anexo; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom e com via seca, entretanto, a luminosidade do local é precária, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTTran não compareceram ao local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepo a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Segunda-feira, 16 de Setembro de 2019

WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS
Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
Escrivão





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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190555214

Vítima: WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS

Data do Acidente: 08/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **000000559568-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



06/01/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

4 Clavícula direita
00:30h

em campo, PCT com
fractura da alça em nível
e em nível.

ADN: Puro, de natureza
de fratura normal
usa tala OK

Gr. Alta M. C. e C. e M.
105 minutos m. a. t. e. e. e.

00:30:30:12:40

Dr. Danilo Mayer Petros
Cirurgião Geral
CRM-PR 20490/2007

Paciente vítima de acidente
motorista, apresentando
fractura de clavícula direita
e de humero direito.

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () JA revellia
() Internação (ator) _____ () Decisão Médica

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)
Ass. do paciente ou responsável

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Wesley Henrique Silva Almeida Santos		
End:	R. Salomão Rêgo de Almeida 88	Bairro:	J. Paulistano
Data de Nascimento:	23/12/98	Documento de Identificação:	
Queixa:	AC. Morte	Data do Atend.:	08/05/19
		Hora:	23:28
Documento:			
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

MOD. 110

- ☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

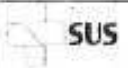
- ☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

GERSON LUCIANO SANTOS NETTO
06/01/2020 23:00:02
310.725

Assinatura e carimbo do profissional



Data da internação: 09/05/2019 Hora: 00:32:35

 SUS		Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS				1892569	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 23/12/1998		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Feme <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JOSIVANIA SILVA SOARES				11 - TERCEIRO DO CARTÃO Nº DE TE 83 Nº DE TE 586900440	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SALOMAO PEREIRA DE ALMEIDA, 88, JARDIM PAULISTANO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CEP 250400		15 - UF PB	
				16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Pituitário aumentado + deformidade na</i> <i>perna D</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>K.O. Urinário</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Relatório de exame de urina</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Relatório de exame de urina</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>K.O. Urinário</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
				29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016004346719	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 09/05/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



Data da internação: 09/05/2019 Hora: 00:32:35

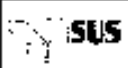

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS		6 - Nº DO PROPRIETÁRIO 1892569	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 23/12/1998	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JOSTVANIA SILVA SOARES		11 - TELEFONE DE CONTATO 83 986000440	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SALOMAO PEREIRA DE ALMEIDA, 88, JARDIM PAULISTANO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO DE ENDEREÇO - CEP 250400 PB 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Pito / dor no abdômen / vômito / febre			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Febre alta			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Hemograma			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Infecção urinária			
21 - CID 10 PRINCIPAL N60.0			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO N60.0			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS N60.0			
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Antibiótico			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 930016004346719			
26 - CLÍNICA 02		27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02	
28 - DOCUMENTO CNES / CPF		29 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 930016004346719	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 09/05/2019	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO		38 - CNPJ EMPRESA	
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APSENTADO () NÃO SEGURO		40 - SÉRIE	
AUTORIZAÇÃO			
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
44 - CID, ORGÃO EMISOR		45 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		47 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	



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

Gerison Luciano Santos Netto

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Wesley Henrique Silva Santos 20 anos.						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		SUS	20 anos.	N 892551		
CIRURGIA: Tratamento cirúrgico			CIRURGIÃO: Dr. Yuri			
ANESTESIA: Raquel			ANESTESIA: Dr. Karolina			
INSTRUMENTADORA: Analise		DATA: 09/05/2019	INÍCIO: 01:20	FIM: 03:20		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Caal, p/ Oxi.		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande 45...		Catgut cromado Serlix	
2	Dimora amp. 0,2		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Serlix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serlix	
	Fenagami amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Serlix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ peso	
	Inova ml		Dreno Pazzera n°		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
2	Mecartina 0,5 % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Protgimne amp.		Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido lim		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelion ml		Gasa Pacote p/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionambutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serlix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serlix	
03	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serlix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serlix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serlix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serlix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicos amp.		Oxigênio lim			
	Glucos do Cardo amp.		Poliflix			
	Haemace ml		PVPI Degermante ml			
	Heparyna ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico	6	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol		Seringa desc. 10 ml		SG Hipotérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 35 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stupancin amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			
02	Cefazolin		Sonda Uretral n°			
			Steridren ml			
			Tornelinta			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5					
01	Agulha p/ raque n° 26					
05	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
02	Ataduras de Crepon 1,5 cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

06-180

06-180

06-180

06-180

(7-1-18)

180

180

06-180

180

180



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL DE IASUM
CIDADE: OLINDA TEL/FAX/E-MAIL:
NOME DO PACIENTE: WESLEY LENKIE SILVA SANTOS
Nº DO PRONTO-SOL: 1893554 Nº ALH: CÓD. PROCEDIMENTO: CONVÊNIO:
PROCEDIMENTO REALIZADO: TPA DE FRASTURAS EXISTIS OSSOS DE LOMAS

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
4.5 ESQUELA JOF.		01	
3.5 JOF. 0.4 F.		01	
4.5 (curva) 4.5 x 58		01	
" " 4.5 x 50		01	
" " 4.5 x 32		01	
3.5 (curva) 3.5 x 16		01	
" " 3.5 x 14		02	

DATA DA UTILIZAÇÃO: 09/05/18 DATA DA COMUNICAÇÃO: MEDICO RESPONSÁVEL - CRM: Dr. Juary Rivas

OBSERVAÇÕES:
L 4.5 IDH n. 116
L 3.5 IDH n. 113

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:
[Assinatura]
[Carimbo: Dr. Yury Rivas]



07/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

 SUS		Sistema Único de Saúde						ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE	
								REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NÚMERO DO CADASTRO		2 3 6 2 8 5 6		1 - CPF		2		1 0 8 4 8 1 9 0 0 0 0 1 5 5	
				2 - CNPJ					
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR GENERAL EDSON RAMALHO									
ENDEREÇO: RUA RUGÊNIO DE LUCENA NEIVA, SN									
BAIRRO: JARDIM 13 DE MAIO		CEP: 58025-020		MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA			UF: PB(25)		
PACIENTE: <i>Wesley Henrique</i>				Idade:		Idade:			
ENDEREÇO:				PRONTUÁRIO:					
BAIRRO:				Nº					
DADOS CLÍNICOS:					MATERIAL A EXAMINAR:				
EXAMES SOLICITADOS: <i>Rp Perna + Tnz (D)</i> <i>Art + Intil</i>					RAIO X REALIZADO EM: <i>09/05/19</i>				
João Pessoa - PB <i>09/05/19</i>					Médico: <i>Dr. Wesley</i> <i>09/05/19</i>				



GOVERNO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DR. LUIZ GONZAGA FERRANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

OME:	WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS										PRONTUÁRIO	
IDADE:	SEXO:		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEN:		
	M	F	B	P	A							

ANOS CLÍNICOS:

POURTELA

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RADIOGRAFIA DE JOELHO, PERNA E TORÃOZELLO (AP E LATERAL) DIREITA
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (AP) EMERGENCIA
RADIOGRAFIA DE PULVE (AP)

URGÊNCIA:



ROTINA:



DATA: 08/05/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Danilo Mayer Feitosa
Cirurgião Geral
CRM-RO 15419/CREMEPE 18301





11/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0001-52
Av. Mdt. Est. Lina Pereira, 4700 - Melvinos, Campina Grande - PB, CEP: 58412-809 Data: 11/05/2019
Boletim de Emergência (B.E.) - Módulo ID NORME - Auto Monitor. Dg. SRA e Associação



GOVERNO
PARAÍBA

GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS

Data da Internação: 09/05/2019 Data da Alta: 11/05/2019

Registro: 1892569

Tempo de Permanência: 18026

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA EXPOSTA PERNA DIR
Data: 09/05/2019

Equipe:

Cirurgião: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiologista:

Medicamentos: CEFTRIAXONA + GENTAMICINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Patomopatológico: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações):

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL. -
ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS
PARA RETORNO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE
INTERCORRÊNCIAS. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ALTA HOSPITALAR.

Dieta:

Medicações para Casa:

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES
AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR
IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL.

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : em : para revisão Repouso 03 dias



OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA!
Silva Anselmo

RESPONSÁVEL


Dra. Ana Maria Da Silva
MR. Ortopedia
CRM-PB 7875



11/05/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/05/2019

Horas: 10:31:16

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1892569 Paciente: WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS Idade: 020

Nome da Mãe: JOSIVANIA SILVA SOARES Data de Nascimento: 23/12/1998 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 4 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA TIBIA DISTAL D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 11/05/2019 HORA: 10:27:08

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM 2º DPO, SEM QUEIXAS. SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. FO COM BOM ASPECTO.

CONDUTA:

- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dr.ª Ana Maria Da S. Anselmo
Méd. Ortop. Traumatologia
CRM-PB 7825



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 06/01/2020 23:00:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010623000142800000026355520>

Número do documento: 20010623000142800000026355520

10/05/2019

HPM-Panel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 10/05/2019

Horas: 06:37:33

Médico (a) Diarista: Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1892569 Paciente: **WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS** Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSIVANIA SILVA SOARES Data de Nascimento: 23/12/1998 Admissão: 09/05/2019

Clínica: CIRURGICA Enfermaria: **4** Leito: **1** Diagnóstico: FX EXPOSTA TIBIA DISTAL D

DIA 10/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	24 22 06
3	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h 0D/14D Diluir em 50 ML SF	24 22 06
4	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 0D/14D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	24 22 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	24 22 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24 22 06
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	24 22 06
8	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	24 22 06
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	24 22 06
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 6h/6h	24 22 06
11	VIGILANCIA	24 22 06
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	24 22 06
13	CURATIVOS	24 22 06

EVOLUÇÃO

DATA: 10/05/2019 HORA: 06:36:40

DPO

PCT EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

DOR: 2/4+

CD:
VPM ALTA AMANHÃHallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

10.05.19 12hs.

PA = 140x80

Paciente evoluí estável
Consciente Orientado
realizado limpeza +
curativo seg dem
queixas.

Lucia de Fátima S. Pereira
COREN-PR 1005331-PE

10/05/19 20:00hs

P.A 160x80 Débito



09/05/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/05/2019

Horas: 01:19:59

Médico (a) Diarista: Ywry De Paiva Camara

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1892569 Paciente: WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSIVANIA SILVA SOARES Data de Nascimento: 23/12/1998 Admissão: 09/05/2019

Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: ~~URPA~~ Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA TIBIA DISTAL D

DIA 09/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 28 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	14 28 06
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cte
9	DECUBITO MUDANCA 2/2H	cte
10	CURATIVOS 1X POR DIA	cte

EVOLUÇÃO

DATA: 09/05/2019 HORA: 01:17:30

POI

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO SEM INTERCORRÊNCIAS.
NO MOMENTO EM URPA.

C.D: VPM + RX CONTROLE

ASSINATURA + CARIMBO
Ywry De Paiva Camara

Dr. Ywry De Paiva
ORTOPEDISTA
CRM-PA 10.941



Realizado anexo e enviado
Paciente estável

Paciente apresentou bexigoma.
Comunicado ao médico plantonista.
Feito cateterismo vesical.

Heromaru Coate
Tos. Eng. 10/10/00
COEN 10/10/00

$$P.A = 130 \times 80 = 93$$
$$\begin{array}{r} 09 \\ \hline 05 \\ \hline 19 \end{array}$$

20:00 hrs

Tc
36

P.A
120

70

paciente consciente, orientado,
sem queixas no momento,
medicação conforme prescrição,
deixei aos cuidados da Eq. 11



09/05/2019

HTCC-Portal Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Ywry De Paiva Camara

CNPJ: 08.778.268/0008-52

Data: 09/05/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 138926

DATA DA CIRURGIA: 09/05/2019

Número do Atendimento: 1892569 Clín: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS

Data da Internação: 31/12/1969

Atendimento: 1892569

Diagnostico Pré-Operatório: Fx exposta ossos da perna (D)

Diagnostico Pós-Operatório: 0 moles (Tibia Distal)

Cirurgia: LMC + OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 09/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRÉ

Anestesista: KAROLINNE SOUTO DE FIGUEIREDO

Tipo de anestesia: LMC + OSTEOSINTESE

Relatório Imediato do Patologista: fratura em 1/3 distal de tibia e fibula com perda de fragmentos ósseos pequenos

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTÉREIS
3. AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM FACE MEDIAL DE PERNA D + LMC + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
4. INCISÃO EM FACE LATERAL DE TNZ D + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
5. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE FÍBULA D + OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP 3,5 DE 7 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS.
6. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE TÍBIA. EVIDENCIADA PERDA DE COMINUTOS FRAGMENTOS ÓSSEOS DAS BORDAS DA FRATURA IMPOSSIBILITANDO COAPTAÇÃO PERFEITA.
7. OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP ESTREITA 4,5 DE 10 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS COM AUXILIO DE ESCOPIA.
8. IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA DE FO COM SF 0,9%
9. PONTOS DE APROXIMAÇÃO COM NYLON 2-0
10. CURATIVO

Data 09/05/2019

Assinatura/Carimbo
Ywry De Paiva Camara

Dr. Ywry De Paiva Camara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 35.937

8/projetochto/impredescri.php?ID=1284&contar=1892569

1/1





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS
DATA DO EXAME:	09/05/2019 (00:27)

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. Péricles Almeida da Costa
Médico Radiologista
CRM-PB: 8620



GOVERNO
DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE REFERÊNCIA E TRAUMA DR. LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

OME:	USG USG P/DOE SILVA SANTOS										FRONTIÇA			
PADE:	SEXO		COR:		PESO:		ALTURA:		CLINICA:		ENF:		LEI	
	M	F	B	P	A									

ADOS CLÍNICOS:

ROUTINA

ATERIAL A EXAMINAR:

AMES SOLICITADOS:

USG P/DOE

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
08/05/19

CIÊNCIA: ☒

ROUTINA: ☐


TRA: 08/05/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Danilo Manoel Pires
Cirurgião Geral
CRM 134000/SP 1974



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 001.8.20.00096/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 06/01/2020
Número da guia: 001.2020.600096 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/01/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.018,40 Promovente: WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS - Taxa Judiciária: R\$ 167,06 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,92
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.198,81
			Desconto total: R\$ 0,00
866200000119 988109283180 520200131008 182000096012 			Valor final: R\$ 1.198,81

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 001.8.20.00096/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 06/01/2020
Número da guia: 001.2020.600096 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/01/2020
Promovente: WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT			UFR vigente: R\$ 50,92
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Cartas: R\$ 12,00			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.198,81
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.198,81

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 001.8.20.00096/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 06/01/2020
Número da guia: 001.2020.600096 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/01/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.018,40 Promovente: WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS - Taxa Judiciária: R\$ 167,06 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,92
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.198,81
			Desconto total: R\$ 0,00
866200000119 988109283180 520200131008 182000096012 			Valor final: R\$ 1.198,81





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 001.2020.600096

Data Vencimento: 31/01/2020

Data Emissão: 06/01/2020

Comarca: Campina Grande

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: WESLEY HENRIQUE SLVA SANTOS

Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT

Valor da Causa: R\$ 11.137,50

Despesas Processuais: R\$ 12,00

Custas: R\$ 1.018,40

Taxa: R\$ 167,06

Total da Guia: R\$ 1.197,46

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE CAMPINA GRANDE
5ª VARA CÍVEL

0800118-48.2020.8.15.0001

AUTOR: WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária ao(s) autor(es).

Altere-se o ASSUNTO do processo para ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio a Dra. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA para o encargo de Perito Judicial, com os honorários fixados a teor do que prevê o Convênio TJPB 15/2014 em R\$200,00 (duzentos reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intime-se.**

Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a)** intimem-se as partes para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e **(b)** intime-se o nomeado, por carta e/ou e-mail (dr.rosanaduarte@ig.com.br), para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, **enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes**



(o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.

Depositado o laudo em juízo, intimem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 10 (dez) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide**.

Intimações e demais diligências necessárias.

Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

VALERIO ANDRADE PORTO

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Cível de Campina Grande

Número do Processo: 0800118-48.2020.8.15.0001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
Polo ativo: AUTOR: WESLEY HENRIQUE SILVA SANTOS
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO DETALHADA

Certifico e dou fé, HAVER observado que a presente demanda foi distribuída em obediência ao que determina o item 2º. do r. despacho **ACIDENTE DE TRÂNSITO**.

, 16 de março de 2020
AUDANETE BRITO CRISPIM

