



Número: **0840570-85.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA (AUTOR)		DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34538 139	21/09/2020 11:23	2750677_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180305142

Vítima: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180305142**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13067558

Pag. 00759/00760 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180305142

Vítima: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

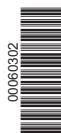
Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180305142**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **23/02/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00603/00604 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13104246





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

082.296.544-50

Nome completo da vítima

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

CPF titular da conta

082.296.544-50

Profissão

DE SEM PRECATORIO

Endereço

Bairro

Cidade

Estado

Complemento

Telefone (DDD)

33 98680-1130

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00

☐ R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

03 JUL 2018

VERO

AGÊNCIA

Nº

0033

DV

5

CONTA

Nº

52030

DV

4

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

DV

5

CONTA

Nº

(informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivação o crédito, reconheço a devida quitação do valor indenizado.

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

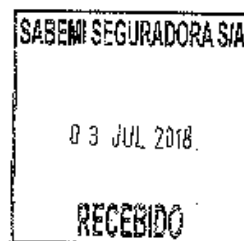
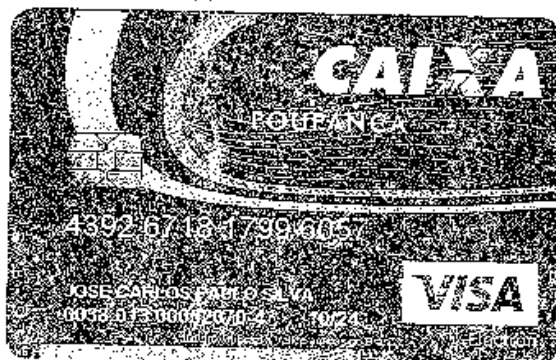
Local e Data

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1001 V001/2017





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 870/2017

Aos DOZE dias de JULHO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 16h:30min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, conhecido(a) por CARLOS, Identidade nº 3421121-SSS/PB, CPF nº 082.296.544-50, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: encanador, filho(a) de Manoel Paulo Da Silva E Mariza Gomes Da Silva, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 29/04/1984 (33 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Serra Velha, Zona Rural De Solânea/PB, tendo como ponto de referência: proximo a Fazenda de Cigo Motorista, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83)9.8632-4755.

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

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 23 de fevereiro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 15h:39min;
- 4) **Local do fato:** BR 230, Ernesto Geisel, João Pessoa/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma senador Humberto Lucena, João Pessoa/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** SIM;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

Uma moto HONDA/CG 150 FAN ES, PLACA MNM 5772/PB, ANO/MOD 2007/2007, COR PRATA, CHASSI 9C2KC08507R050185, RENAVAN 0091161519-9, licenciada no nome do comunicante.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

FRANCISCO DE ASSIS SUARES DOS SANTOS, residente no Sítio Cacimba da Varzea, s/n, Zona Rural de Solânea/PB (Próximo ao Grupo Escolar)
HELIO RODRIGUES FERNANDES, residente no Sítio Varjota, zona rural de Solânea/PB (Próximo ao Grupo)

8) Breve resumo do fato:

Narra o comunicante que vinha no local, horário e data acima descrito, quando um cachorro atravessou a rodovia na frente do comunicante, e o mesmo não conseguiu desviar colidindo com o mesmo. Devido a colisão o comunicante veio a cair ao solo, sofrendo algumas lesões no corpo. No momento do acidente não tinha nenhum carona com o mesmo.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

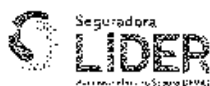
O referido boletim servirá para fins de DPVAT.

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

Jose Carlos Paulo da Silva
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA
Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.610-1





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

CPF da Vítima

082.296.544-50

Data do Acidente

23/02/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

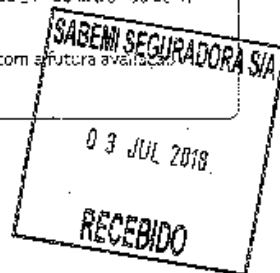
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



JOSE CARLOS PAULO DA SILVA 15 de Maio de 2018

Local e Data

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001 1601/2017



VISTO EM: 20/03/17
Katty Sabrina do N. Silva
TEN. CEL. QOBM 521.280-4
Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

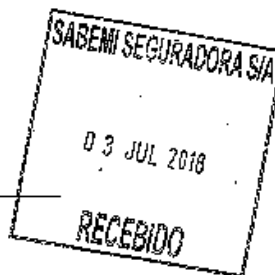
João Pessoa-PB, 16 de Março de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 089/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 23/02/2017, conforme requerimento nº 089/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 15h39min o/a Sr(a) **JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA** CPF 082.296.544-50, vítima de acidente de trânsito (queda de moto) ocorrido na BR 230, Ernesto Geisel, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura nº 089-38, tendo como chefe o **CABO BM Huglailson Everton Dornelas Gnaes**, Matrícula 522.278-3, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando escoriações nos membros superiores e inferiores, suspeita de luxação na clavícula esquerda e possível fratura na patela esquerda. A vítima era condutora da motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabete C. João Leônicio Pinheiro** - SD BM, Mat. 523.935-4 (assinado) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Elzabete C. João Leônicio Pinheiro
Ten. QOBM
Mat. 523.935-4
Chefe da 3ª Seção





CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LAUDO

Declaro pelos os devidos fins que o(a) Sr(a), JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, portador de RG 3421121 - SSP PB, foi submetido a consulta médica, nesta data, no horário das 09:08 até as 09:38, sendo portador de afecção: CID - M233 + S82 + T922 + T933.3. Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um por tempo indeterminado, a partir desta data.

O paciente foi atendido 23/02/17 vítima de acidente.
Solicito afastamento de atividades laborais.

Dr. Giordano Bruno C. L. Jordão
CRM 8773-78
CPF 000.951.934-40

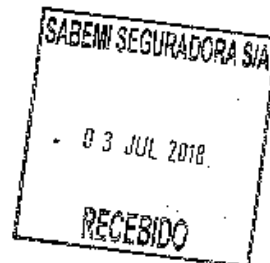
J.PESSOA, 14/06/2017

GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO
Médico Ortopedista - CRM - 8773

Autorização

Eu, JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, autorizo o médico GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



GRUPO - Av. Getúlio Vargas, 125 - 4º - 3016-2029
PERNAMBUCO - Av. General Edson Ramalho, 473 - 3º - 3226-7555
SUL - Av. Welfredo de Almeida, 1011 - 6º - 3235-4348

WWW.CLINOR.COM.BR





LAUDO

Declaro pelos os devidos fins que o(a) Sr(a), JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, portador de RG 8421121 - SP/PB foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 09:00 até as 09:38, sendo portador de afecção CID - M283 +S82+T922+T933.3. Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um por tempo indeterminado, a partir desta data.
O paciente foi atendido 23/02/17 vítima de acidente.
Solicito afastamento de atividades laborais.

Dr. Giordano Bruno C. Lima Jordão
CRM 6773-6
Ortopedista

J. PESSOA, 14/06/2017

GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO
Médico Ortopedista - CRM - 6773

Autorização

Eu, JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, autorizo o médico GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável:



CDT - Av. Getúlio Vargas, 126 - 32 3015-2028
PRON - Av. Gerson César Ramalho, 473 - 31 3228-7655
SOL - Av. Walfrado Macedo Brites, 1011 - 32 3235-4348

WWW.CLINOR.COM.BR





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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 29/04/84
NOME DA MÃE MARISA GOMES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 983.098
Nº PRONTUÁRIO 100.587
DATA DO ATENDIMENTO 23/02/2017
HORA DO ATENDIMENTO 16:06
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor em ombro E, punho D e joelho E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP, Perfil axilar e Perfil escapular
RX do punho D - AP e P
RX do joelho E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tíbia E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento para tratamento cirúrgico que não foi executado pois o paciente assinou termo de alta hospitalar a pedido.

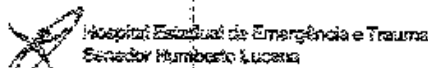
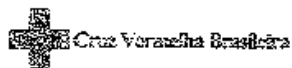
ALTA HOSPITALAR: 24/02/17
DATA DA EMISSÃO: 18/05/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CUIA RESTAUR.
CRM 2518

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2518/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





LARANJA, S/N -
CNES: 2458276 - Tel.:

Paciente JOSE CARLOS PAULO DA SILVA		DAE 093098	Data/Hora Entrada 23/02/2017 16:06:22	Data Baixa
Data de nascimento 29/04/1984	Idade 32	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (53) 9561 33649
Mês MARISA GOMES DA SILVA			Prontuário	
Endereço Imaculada, 60		Bairro Imaculada	Município DAYEUX	UF PE
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THALES FIGUEIREDO SEABRA	Nº Cons. Regional 7124/PB	
Data/Hora Classificação 23/02/2017 16:06:22			Data/Hora Prescrição 23/02/2017 16:49:48	

ANAMNESE

IENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO E PUNHO DIREITO RADIOGRAFIAS: FRATURA DO LATO TIBIAL + RADIO DISTAL DIREITO OD: DT + ANALGESIA + IMOS GESSADA + INTERNAMENTO EXPLICO PROGNOSTICO DAS LESOES E NECESSIDADE DE CIRURGIA

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V. 24H, DURANTE 24 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 14 GOTAS POR MIN)

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V. 6/6H

Diluir

IRONIA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, DURANTE 12 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: SE INTENSA)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 8/8H, DURANTE 3 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 15 MINUTOS ANTES DO TRAMADOL OU SE NAUSEAS OU VÔMITOS)

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

YENOXICAN 20MG INJETÁVEL (FRASCO - AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

CUIDADOS

1 - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PROFISSÃO ANTI-TÉTICA COM VACINA DT 0,5 ML INTRAMUSCULAR)

D10





PRESCRIÇÃO MÉDICA

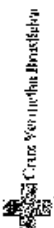
PRESCRIÇÃO MÉDICA POSTO - 1



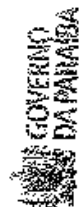
Paciente	JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA	DATA:	24.02.2017	HORA	08:00
UNIDADE:					
LEITO:					
ITEM	PRESCRIÇÃO - FISIOTERAPIA - ADMINISTRAÇÃO				
1.	DIETA LIVRE				
2.	SRL 1000 ml EV em 24HS				
3.	DIPIRONA 02 ML + AE EV 6/6 HORAS				
4.	CLEXANE 40 MG SC DIA				
5.	TRAVAL 100 MG + SF0,9% 100ML EV 12/12 HORAS S/N				
6.	NAUSEDRON 8MG IV 8/8HS, SE NAUSEAS				
7.	OMEPRAZOL 40MG VO 24/24 HORAS				
8.	CAPTOPRIL 25MG SL SE PAD >= 110MMHG				
9.	CCGG E SSVV				
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.	DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLATO TIBIAL				
20.	Evolução: ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, AGUARDA CIRURGIA. SOLICITO VAGA NA ENFERMARIA.				
21.					

Ortopedia/Traumatologia
SUELIO MOREIRA TORRES
CRM-SP 30037-1





Assinatura Eletrônica da Autoridade de Trânsito
Banco Humberto Lira



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSE CARLOS PAULO DA SILVA	Data de	29/04/1984	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	983096	Nº		Data Prescrição	23/02/2017 16:32:06
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a	23/02/2017 16:32:06				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

1	CETOPROFENO 100 MG	1.0	PR/AMP	E.V.	AGORA	Observação: DILUIR EM 100ML SOLUÇÃO	16:30
---	--------------------	-----	--------	------	-------	--	-------

PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS
CRM: 9480

Assinatura e Carimbo do Profissional

CRM: 9480 - 23/02/2017

SUA ORESTES LASSOA, S/N. - PEDRO CONJUMI - JOAO PESSOA - PB
PRESCRIÇÃO MÉDICA

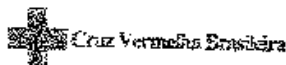
2028

PRESCRIÇÃO MÉDICA									
Nome	Unidade	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição			
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA	29/04/1984	32	MASCULINO	93098		23/02/2017 18:49:49			
Motivo do Atendimento	Sector	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a					
ACIDENTE DE MOTOCICLETA				23/02/2017 18:49:49					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS									
1. DIETA	0.0	OPAL							
3. DIPROPRONA 50 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	AMP	E.V.	06/11	08	14			
5. BROMOPRIDA 10MG	2.0	ML	E.V.	8/11	Observação: 15 minutos antes do tratamento ou se houver em vômitos				
7. QUANTIFICADOR PARA ENFERMAGEM	0.0	Observação: profilaxia anti-tetânica com vacina DT 0,5 ml intramuscular							

THALES FIGUEIREDO SEABRA
CRM: 7124

Assinatura e Carimbo do Profissional

23 de Fevereiro de 2017



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



VERMELHA, SIN-
CNES: 6121221 - Tel:

Paciente JOSE CARLOS PAULO DA SILVA		BAE 983996	Data/Hora Entrada 23/02/2017 16:05:22	Data Saída
Data de nascimento 29/04/1984	Idade 32	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 985133649
Mãe MARISA GOMES DA SILVA				Prontuário
Endereço Imaculada, 60	Bairro Imaculada	Município SAYUX	UF PE	
Acidente INQTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS	Nº Cons. Regional 9436/PE	
Data/Hora Classificação 23/02/2017 16:06:22		Data/Hora Prescrição 23/02/2017 16:32:05		

anamnese

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA, CONDUZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA TCE. PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS. QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO, FUNHO DIREITO E JOELHO ESQUERDO NEGA OUTRAS QUEIXAS NEGA ALERGIA AO EXAME: BEG, LÚCIDO E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. AR: MV + EM AHT. SEM RAABD: FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO QUADRIL: NDN DOR E CRIATIVIDADE À MOBILIZAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO. OD: SOLICITO RX OMBRO E AP. PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR; RX FUNHO D AP E P; JOELHO ESQUERDO AP E P. SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA ALTA DA CIRURGIA GERAL.

MEDICAÇÃO

DETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP, PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR)

RADIOGRAFIA DE FUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLÍQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

COD10

Código	Descrição
14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

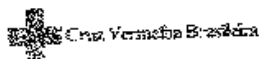
Em observação

Dra. Patrícia Maia Barreto
Medicina

CPF: 9436-9436
PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS
(9436/PE)

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACCORRIENTO, sr. -- CNES: 123312 - Tel:

Existim de Atendimento: 993098



Identificação do paciente			
ID 1143901	Nome JOSE CARLOS PAULO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 28/04/1984	Idade 33 anos 5 meses 22 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARISA GOMES DA SILVA		Promário	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 985133849	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência ERNESTO GEISEL		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade SOLANEA	CORR	
Endereço			
CEP 58509035	Município de res. Endia SAYEUX	UF PB	Logradouro Inacuriada
Número 165	Complemento	Bairro Inacuriada	
Admissão			
Data e Hora 23/09/2020 7:18:06:22	Número da praxeira 100005970854	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data de admissão MOTO X ANIMAL	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Via de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - SOMBRIOS		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []	
Cedex clínico			
Diagnóstico			
Atendimento por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA			
Tempo 15seg			

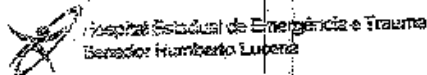
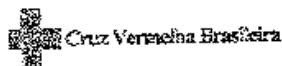
Imprimir



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:23:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111232107800000033024211>

Número do documento: 20092111232107800000033024211



VERMELHA, S/N -
CNS: 6121221 - Tel.:

Nome		RAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
OSÉ CARLOS PAULO DA SILVA		983096	23/02/2017 16:06:22	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
23/04/1984	32	Masculino		(83) 986133649
Nome		Prontuário		
MARISA GOMES DA SILVA				
Endereço	Bairro	Município	UF	
maculada, 60	maculada	BAVELUX	PB	
Acidente	Motivo	Profissão	R.º Cons. Regional	
MOTO X ANIMAL	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	PATRICIA MARIA BARRETO MEDEIROS	9488/PB	
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
23/02/2017 16:06:22		23/02/2017 16:33:06		

ANamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA, CONDUZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA TCE. PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS. QUEDA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO, PUNHO DIREITO E JOELHO ESQUERDO NEGA OUTRAS QUEIXAS NEGA ALERGIA AO EXAME: SEG. LÚCIDO E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. AR: MV + EM AHT, SEM RAASD; FLÁCIDO. INDOLOR A PALPAÇÃO QUADRIL; NÃO DOR E CREPITAÇÃO A MOBILIZAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO. CD: SOLICITO RX OMBRO E AP, PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR; RX PUNHO D AP E P; JOELHO ESQUERDO AP E P. SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA ALTA DA CIRURGIA GERAL.

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA. INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP, PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR)

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLÍQUA). (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL). (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dra. Patrícia Maria Barreto
Médica

PATRICIA MARIA BARRETO MEDEIROS
(9488/PB)

OSÉ CARLOS PAULO DA SILVA





AValiação DE ENFERMAGEM

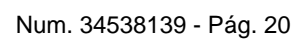
B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDADE:		SEXO:	
PROCEDÊNCIA:		[] Domicílio [X] Ambulância de emergência [] Ambulância SAMU		[] Masculino [] Feminino	
TIPO DE ACIDENTE:		[X] Morte [] Anomóvel [] Queda [] Biciotat [] Atropelamento [] Enforcamento [] Incêndio [] Explosão [] Arma de fogo [] Arma branca [] Outros:		[] Outros:	
TIPO DE LESÃO:		[] Fratura fechada [] Ferimento aberto [] Empacotamento [] Laceração [] Queimadura [] Mordedura [] Objeto encaixado [] Ferimento contuso [] Amputação membro [] Outros:		[] Outros:	
LOCAL DA LESÃO:		[] Membros sup. [] Membros inf. [] Tronco [] Cabeça e pescoço [] Outros:		[] Outros:	
SINAIS CLÍNICOS (sistemas):					
DE INÍCIO DOS SINTOMAS:					
EXAME FÍSICO		PA: / mmHg		F: bpm	
Sistema Neurológico:		[] Desconsciente [] Inconsciente [] Orientado [] Desorientado		[] Desconsciente [] Inconsciente [] Orientado [] Desorientado	
Nível de Consciência:		[] Desconsciente [] Inconsciente [] Orientado [] Desorientado		[] Desconsciente [] Inconsciente [] Orientado [] Desorientado	
Avaliação das pupilas:		Simetria: [] Isocóricas [] Anisocóricas		Tamanho: [] Midríase [] Miose	
Sistema Respiratório:		[] Ventilação invasiva [X] Ventilação espontânea [] Vias aéreas patentes [] Traqueostomia [] Respiração rápida [] Obstrução parcial das vias aéreas [] Respiração ruidosa [] Sopro ventilatório não invasivo [] Obstrução total das vias aéreas		[] Obstrução total das vias aéreas [] Obstrução total das vias aéreas [] Obstrução total das vias aéreas	
Sistema Circulatório:		[] Pulso ausente [] Periférico e central [] Periférico e central [] Periférico e central [] Periférico e central		[] Periférico e central [] Periférico e central [] Periférico e central	
Sistema Digestório:		[] HDA [] Uso de SNG [] Vômitos [] Dor à palpação superficial [] HDB [] Dor à palpação profunda [] Rígido abdominal [] Distensão abdominal		[] Dor à palpação profunda [] Rígido abdominal [] Distensão abdominal	
Sistema Genito-uritário:		[] Disúria [] Hematúria [] Oligúria [] Anúria [] SNG [] Outros:		[] Anúria [] SNG [] Outros:	
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:		[] Hipertensão [] Diabetes [] Câncer [] Alergias [] Cirurgias [] Interações [] Outros:		[] Hipertensão [] Diabetes [] Câncer [] Alergias [] Cirurgias [] Interações [] Outros:	
USO DE MEDICAÇÃO?		[] Sim [] Não		Especificar:	
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:					
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?		[] Sim [] Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:					
Paciente consciente, orientado, eupneico, agitado, vacilante, trazido pela equipe de Bombeiros, vítima de acidente de moto, preso da em ambas as mãos, punho direito e esquerdo.					
CDI/brunja		ENFERMEIRO: SUELIO MOREIRA TORRES		COREN: 8	

SABEMI SEGURODORA S/A

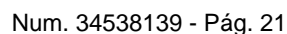
03 JUL 2018

RECEBIDO



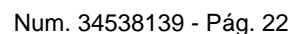
03 JUL 2518

RECEBIDO



Q38. REPRESENTANTE LOCAL É QUEM REPRESENTA A VILHIA MENOR. DT G.A. IS. AVUD. PODE SER PAI QM MÃE

ANATOMIA Y FISIOL. DE LOS VERTEBRADOS —



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180305142 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA + FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

