



Número: **0800728-67.2020.8.15.0081**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Bananeiras**

Última distribuição : **13/08/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOEL SANTOS DE OLIVEIRA (AUTOR)		JOVELINO CAROLINO DELGADO NETO (ADVOGADO) TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43523 595	24/05/2021 11:05	Petição	Petição
43523 949	24/05/2021 11:05	2750830_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
43523 950	24/05/2021 11:05	2750830_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, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200269415

Vítima: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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 15987112



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200269415

Vítima: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), pois não foi entregue.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01663/01664 - carta_03 - INVALIDEZ

00050832



Carta nº 15988271



PREZADOS,
NÃO RECEBEMOS O BOLETIM DE
OCORRÊNCIA, NECESSÁRIO O
PENDENCIMENTO DO MESMO.

CONFORME DOC.MÉDICA, FATO
10/06/2019.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Certidão de Nascimento

NOME:
JOEL SANTOS DE OLIVEIRA
MATRÍCULA

0709120155 2000 1 00007 052 0006073 95

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) sete de dezembro de um mil novecentos e noventa e nove	DIA 07	MÊS 12	ANO 1999
HORA DE NASCIMENTO 07:00	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Borborema-PB		
MUNICÍPIO DE REGISTRO Borborema-PB	LOCAL DE NASCIMENTO BORBOREMA		
FLUXO JOSE DE OLIVEIRA e GRACIETE DOS SANTOS OLIVEIRA	SEXO masculino		
AVÓS			
PATRONO(S): SEVERINO VITORINO DE OLIVEIRA e EUGENIA BRAZ DE OLIVEIRA ; NATERN(S): GABRIEL FELIPE DOS SANTOS e AMERICILARA DOS SANTOS.			
GENESSES NÃO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GENESSES NÃO POSSUI		
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) sete de março de dois mil (09/03/2000).	DNI (DEC. NASC. VIVO) — NÃO INFORMADO		

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA. - Ois: Registro lavrado em 09/03/2000, no livro A-00007, Nº 6073, folha 52. Não consta averbação à margem do termo.

NOME DO OFÍCIO Cartório do Registro Civil e Notas de Borborema	O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
OFICIAL REGISTRADOR Rejane de Lourdes Alcororado de Sena	Borborema-PB, 04 de novembro de 2011.
MUNICÍPIO DE REGISTRO Borborema	
ENTREGUE Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 11:05:03 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052411050276800000041392024	Rejane de Lourdes Alcororado de Sena Oficial do Registro Civil Cartório do Registro Civil e Notas REJANE ALCORORADO Borborema - PB ajane de Lourdes Alcororado de Sena Tabela





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Joel Santos de Oliveira

DATA DE NASCIMENTO 07/12/99

NOME DA MÃE Graciete dos Santos Oliveira

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 116248

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1169637

DATA DO ATENDIMENTO 10/06/19

HORA DO ATENDIMENTO 01:20

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) TCE + fratura de mandíbula

CID 10 S06.9 S02.6

AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU, entubado em VM, com trauma facial e TCE, Glasgow 12, pupilas isofofo. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, face, cervical, tórax

RX bacila

USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: fratura de mandíbula

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula

ALTA HOSPITALAR: 17/06/19

DATA DA EMISSÃO: 06/12/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Impressão: 11/05/2021

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

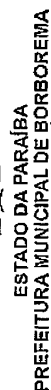
Documento de Alta

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Número Prontuário:	119248
Data de	07/12/1999	Sexo:	Masculino
Data de	10/06/2019 10:30:31	Data de Alta:	17/06/2019 08:26:54
Motivo da alta:	ALTA HOSPITALAR		
Condutor:	condutor=PACIENTE MELHORADO APTO PARA ALTA		
Resumo da Internação:	resumo=ACIDENTE DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO FERIMENTOS EXTENSOS NA FACE E FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA, SUBMETIDO A CIRURGIA DE EMERGENCIA PARA RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR E SUTURA DOS FERIMENTOS.		
Resultado de Exames:	resultadoExames=TC FACE		
Tratamento:	tratamento=TRATAMENTO CIRURGICO DE EMERGENCIA SOB ANESTESIA GERAL PARA RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR E SUTURA DE MÚLTIPLOS FERIMENTOS NA FACE		
Diagnóstico:	S02.6 - Fratura de mandíbula		
Recomendações:	recomendações=EM ANEXO		

Data: 17/06/2019

Clarissa Barbosa Campelo
CRM: 2337 - PB

Clarissa Barbosa Campelo
CRM: 2337 - PB



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BORBOREMA

SECRETARIA DE SAÚDE
Conjunto Nova Esperança, S/N
CNPJ 09.070.400/0001-48

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

PACIENTE: JOSE L. FARIAS OLIVEIRA
ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO: Amoxicilina 500mg

January 2, 1874. 4.0. 4.0. 4.0.

[illegible]

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

name:

ident./CPF:

Endereço:

1

Data, 1/1/.

Address: _____
Telephone: _____
UF: _____

[illegible]

CULIANTE
na Modesto
Alfaro Modesto de S. J. 1908-1976
COREM p. 7505-7E





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 11:05:03

Número do documento: 21052411050276800000041392024

O(a) portador(a) deste documento está autorizado(a) a acompanhá-lo(a) a acompanhante do paciente Paulo Roberto internado neste Hospital. O acompanhante foi orientado com relação às normas e rotinas do Hospital, bem como os respectivos horários de troca de acompanhante (das 07:00 às 09:00hs e das 17:00 às 20:00hs) e sobre as refeições.

Critério de Autorização: UAT poltívura... (Ex.: paciente idoso, paciente restrito ao leito, paciente criança/adolescente, etc).

Período:

Reavaliação:

Reavaliação:

217

Observações: O acompanhante deverá comparecer DIARIAMENTE à Recepção Administrativa para registrar a entrada ou permanência.

Não é permitido fumar e ingerir bebida alcoólica nas dependências do Hospital.

João Pessoa, —

1800
Jalima
Sulaiman

[Signature]
Assistente Social

F(NG).APC50C,014-1,

Num. 43523949 - Pág. 9

RELATÓRIO DE CIRURGIA

7:00 PM

Posição e Preparo:	-
--------------------	---

DESCRIÇÃO DA CIRÚRGIA: 1

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL

ANTISSEPSE INTRA E EXTRA ORAL + POSICIONAMENTO DOS CAMPOS

ANESTESIA TERMINAL INFLTRATIVA EM ÁREA ABORDADA

ACESSO AOS COITOS FRATURADOS

OSTEOSSINTESE COM: SISTEMA 2.4 01 PLACA RETA 10F 2.4 + 08 PARAFUSOS LOCKING 12MM

SISTEMA 20 / 15 PLACA DE TELA E SEM INTERMEDIÁRIO COSTA DA PRATA - P-2008-1968 DE 5 MM + 1 TABUADO 15 ALUM.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CURATIVO

PROCEDIMENTO CURATIVO

PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERFERÊNCIAS

OS CUIDADOS DA ANESTESIA

PROS CUIDADOS DA ANESTESIA

Conducta:

Fecha:

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

10/06/19

~~Brando Silva Mesquita~~
~~Cirurgia Bucodentária~~
~~CRP 5.20~~



7:45 AM

[illegible]

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

TERAPIA INTENSIVA _____

ENFERMARIA _____

RESIDÊNCIA _____

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO _____

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 10/09/19

DATA: 10/06/19

~~Cidade - Curitiba - Paraná - Brasil~~
~~CRO-PE - 23~~

Num. 43523949 - Pág. 10



RELATÓRIO DE CIRURGIA

2025-2-21

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL MANUTISSEPSIA INTRA E EXTRA ORAL + POSICIONAMENTO DOS CAMPOS ANESTESIA TERMINAL INFILTRATIVA EM ÁREA ABRORDADA ACESSO AOS COITOS FRATURADOS OSTEOSÍNTESE COM SISTEMA 2.4 (1 PLACA RETA 10F 2.4 + 06 PARAFUSOS LOCKING - 12MM SISTEMA 2.8 / 1.5 PLACA RETA IF SEU INTERMEDIANO CORTICA P/4F + 4 PARAFUSOS DE 3 MM + 1 PARAFUSO 1.5 12CM
SUTURA	
CURATIVO	
PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS	
POCTE ENCAMINHADO PARA URPA	
AOS CUIDADOS DA ANESTESIA	
Conduta:	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:-

João Pessoa,

10/06/19

~~Grupo de S.ª Mesquita
Cruzada de Roma de cadal
Cruzada de~~

[illegible]

ASS: _____ ASS: _____ ASS: _____





INTERNO, S/N -
CNES; 454547 - Tel.:

Atestado Médico

	Posição e Preparo:	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA :
	PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL	
	ANTISTÉPSIS INTRA E EXTRA ORAL + POSICIONAMENTO DOS CAMPOS	
	ANESTESIA TERMINAL INFILTRATIVA EM ÁREA ABRORDADA	
	ACESSO AOS COITOS FRATURADOS	
	OSTEOSSÍNTESE COM: SISTEMA 2.4 01 PLACA RETA 10F 2.4 + 08 PARAFUSOS LOCKING - 12MM	
	SISTEMA 2.0 / 1.5 PLACA RETA IF SEI ENTENZANDO CORTICA P/LF + 4 PARAFUSOS DE SARA + 1 PARAFUSO L.S 162CM	
	SUTURA	
	CURATIVO	
	PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS	
	PGTE ENCAMINHANDO PARA URPA	
	AOS CUIDADOS DA ANESTESIA	
	Conduza:	
	Fechamento:	
	Observação:	

~~Chengdu City Shuangma Road~~

10/06/19

João Pessoa,

Médico/CRM:

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)

JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

RG (IDENTIDADE)
4428701

FOI ATENDIDO (A) POR CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

DO(A) POSTO IB - ENF 12

NO DIA 10/06/2019 01:21:00

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: S06.9
T14.9

OBSERVAÇÃO
CID S92.6

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

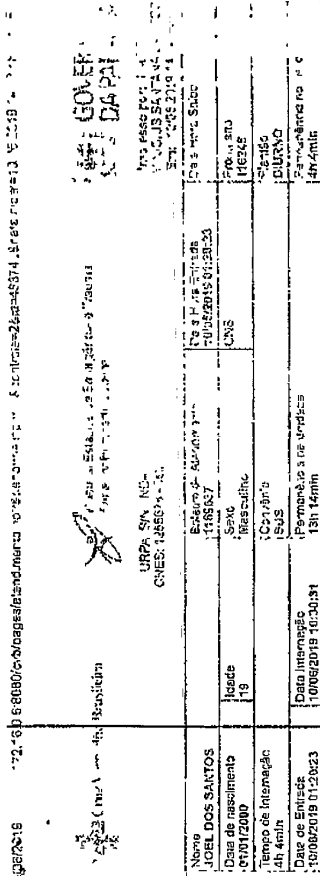
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ODONTÓLOGO

(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 37 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPENDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

CLARISSA BARROSA COSTA (1974)



Número do documento: 21052411050276800000041392024

EVOLUÇÃO MEDICA (MARCUS VINICIUS SANTANA SANTOS - 10/05/2019 14:30:48)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

INDICAÇÃO

#Anestesiologia: RPA 14:00 - 1 DPO Tratamento cirúrgico da luxação da articulação do EGG. Inicialmente chegou ao Hospital já intubado, via ECV, sem acesso arterial e sem acesso venoso. A hemodinamicamente estável, s/ JVA.

E.M. uso: CEFAPROXIMA

Sinais vitais: PA: 30 X 40; FC: 100; SPO2 98; Dióxido de Carbono: 12,5.

Monitorização: básica + SVD. Acesso venoso periférico.

Ap exame: ECG: isquemia do bloqueio, alterações, Hiperdistúrbios, descritos (-) (+).

AP e ACV: ND/N

ABD: RHA - s/ VMG

Exatidões: em alinhamento capilar adequado, sem edemas ou uso de oxigênio respirar e sintomático.





Exames laboratoriais: não encontrados

CD:

- * Solicito exames laboratoriais/ gasometria arterial
- * Vigilância intensiva
- * Medidas de neuroproteção
- * Argumento vaga de UTI

Seção: ÁREA LARANJEIRA - UDD B LEITO - 001
Profissional responsável pela informação: MARCUS VINÍCIUS DE OLIVEIRA

3058 04'25:00 0.25 0.25 0.25

 <p>GOVERNO DO PARANÁ</p> <p>Assessoria Especializada em Dependência Química Serviço de Atendimento Ambulatorial</p> <p> 1º e 2º Vaguetes Unidox</p>	<p>Receituário</p> <p>Paciente: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA</p> <p>Data: 17/06/2019 09:22:03</p> <p>Idade: 19</p> <p>Sexo: Masculino</p> <p>CPF: Não informado</p> <p>BAE: 116837</p>	<p>RETORNO</p> <p>RETORNAR QUINTA FEIRA DIA 20/06</p> <p>PROJACIAS DR ANDRE (RESIDENTE)</p> <p>HOSPITAL DE TRAUMA</p>
 <p>GOVERNO DO PARANÁ</p> <p>Assessoria Especializada em Dependência Química Serviço de Atendimento Ambulatorial</p> <p> 1º e 2º Vaguetes Unidox</p>	<p>Receituário</p> <p>Paciente: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA</p> <p>Data: 17/06/2019 09:22:03</p> <p>Idade: 19</p> <p>Sexo: Masculino</p> <p>CPF: Não informado</p> <p>BAE: 116837</p>	<p>RETORNO</p> <p>RETORNAR QUINTA FEIRA DIA 20/06</p> <p>PROJACIAS DR ANDRE (RESIDENTE)</p> <p>HOSPITAL DE TRAUMA</p>

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, **SIN Coni**, Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:56031-090



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Impresso por: WHANNY
CRISTINA DOS SANTOS
ALBUQUERQUE
Em: 11/06/2019 21:15:02

INTERNO, S/N -
CNE\$ 454552 - Tel.:

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Relatório de Atendimento	Dados da Entrada	Diferença Saida
Data de nascimento	07/12/1993	169937	10/06/2019 01:20:23	10/06/2019 01:20:23
Idade	19	Sexo	CNS	Procurado
Tempo de Internação	1d 10h 45min	Masculino		118248
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Convênio		Plantão
Data de Internação	10/06/2019 10:30:31	SUS		NOTURNO
	1d 19h 55min	Permanência na Unidade:		Permanência no Laio:
				12h; 45min

INTERCORRÊNCIAS MEDICAS (WHANNY CRISTINA DOS SANTOS ALBUQUERQUE - 11/06/2019 21:02:59)

INTERCORRÊNCIA

DESCRIÇÃO:

EVOLUÇÃO NOTURNA

CD: SUGIRO REALIZAÇÃO DE TQT

Seção: UPO - ENF 30 SALA 03 Leito: LENTO - 002

Seção: UPO - ENF 30 SALA 03 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela Informação: WHANNY CRISTINA DOS SANTOS ALBUQUERQUE

Número Conselho: 8518

Dr. William Albright
NMA intensiva
Cardiología / ECGRM 8515

[illegible]



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 11:05:03

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052411050276800000041392024

Número do documento: 21052411050276800000041392024

Num. 43523949 - Pág. 18

Nome	JOSE CARLOS DE OLIVEIRA	Estetm de Atendimento	1165637	Data/Hora Entrada	10/05/2019 01:20:23	Data/Hora Saida	
Data de nascimento	07/12/1959	Idade	19	Sexo	Masculino	Prescrição	116248
Tempo de internação				Convênio		Plano de saúde	
Data de internação	10/05/2019 01:20:23	Data de alta	10/05/2019 10:30:31	Permanência na Unidade:	10 a 32h	Permanência no Leito:	17h 30min

AC: NÃO ABRE I
EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO CABELA NEUTRA, TC CRÂNIO DROGAS: DORÍFICHO + FENTANIL
PUPILAS: ISÓPTICAS/RESAGENTES
PARESIA: NÃO
LAUDO TC CRÂNIO: ND SISTEMA

EXAME FÍSICO:
SEDADO

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL
DIETA: ENTERAL
EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO
EXAME FÍSICO:
AINDA NÃO INICIOU DIETA

SISTEMA TÓXICO/INFECIOSO
EVOLUÇÃO: ANTIBIOTOTERAPIA, ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA PERDA: NÃO
EXAME FÍSICO:
AFEBRIL

SISTEMA RENAL/METABÓLICO
DIURÉTICO: QUALR: NÃO
EDEMA: SEM

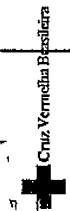
EVOLUÇÃO: BALANÇO HÍDRICO EM 24HS (ML): 420.00
DIURESE PARA ÚTILIMAS 24HS: 650.00
EVOLUÇÃO: GLICEMIA CONTROLADA

EVOLUÇÃO: CUIDADOS INTENSIVOS
ACOMPANHAMENTO COM O NEURO E BUCCOMAXILA
INICIAR DIETA ENTERAL

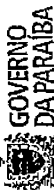
Segda: UPO - ENF 30 SULA 03, Leito: LETO - 002
Profissional responsável pela internação: DARCY SANTOS DELFINO

Dra. Darcy Delfino
Médica
CRM: 553578

Número Conselho: 1533



Crux Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

RUA PEDRO GONDIM, SN - CNE: 122343 - Tel:

Boletim de Atendimento: 1165637



Identificação do paciente	
ID	141144
Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA
Sexo	Masculino
Data de nascimento	07/12/1959
Idade	19 anos 6 meses 14 dias
Estado civil	Religioso
Religião	
Nome do responsável	JOSUE DE OLIVEIRA
Relação	Responsável (Parentesco)
Exatidão	acompanhante
DDD	000
Celular	989641834
Telefone	
CPF	989641834
Número documento	4242701
UF	PA
Local de procedência	UNIDADESAUDE
HOSPITAL REGIONAL DE QUARABIRA ANTONIO PAULINO FILHO	UF
UF	PA
Naturalidade	CBOIR
Endereço	BORBOREMA
Cep	55294000
Município de residência	BORBOREMA
UF	PA
Logradouro	VALDIR PEDRO DE LIMA
Número	00
Complemento	NOVA ESPERANCA
Admissão	
Data e Hora	10/05/2019 01:20:23
Número da pulsetira	1000007584557
Clínica	
Especialidade	CIURGIA GERAL
Classificação de risco	
Correl de atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
Indicadores e Transporte	
Caso policial	Não
Plano de saúde	Não
Valor de ambulância	
Quem transportou	
Sinais vitais	
PA	
Pulso	
Temperatura	
Exames complementares	
Raio X	
Sanguet	
Urina	
TC	
Liquor	
ECG	
Ultrasonografia	
Dados clínicos	
Diagnóstico	
Atendido por	YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA
Imp	Imp

172.16.0.69230/obd/paggs/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1165637



GOVERNO DO PARÁ
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SANTOS DELFINO
Impresso por: DARC
Em: 11/06/2019 10:12:13



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
SANTOS DELFINO
Impresso por: DARC
Em: 11/06/2019 10:12:13

GOVERNO DO PARÁ
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SANTOS DELFINO
Impresso por: DARC
Em: 11/06/2019 10:12:13

GOVERNO DO PARÁ
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SANTOS DELFINO
Impresso por: DARC
Em: 11/06/2019 10:12:13

GOVERNO DO PARÁ
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SANTOS DELFINO
Impresso por: DARC
Em: 11/06/2019 10:12:13

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19
Sexo	Masculino	CNS	116243
Tipo de internação	230 - Admissão	Condição	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	11/06/2019 10:12:13

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19
Sexo	Masculino	CNS	116243
Tipo de internação	230 - Admissão	Condição	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	11/06/2019 10:12:13

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (DARC SANTOS DELFINO - 11/06/2019 10:12:07)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE
PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
PACIENTE GRAVE, BASTANTE AGITADO MESMO COM SEDACÃO E ANALGESIA, PULSAIS ISOMÉTICAS, INTUBADO EM VMI, SEM SECREÇÃO PULMONAR, AFEBRIL, HEMODINÂMICA ESTÁVEL, SEM DVA, DIURESE REGULAR
MOTIVOS DE INTERNAÇÃO
1. PO DE CORREÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA 2. TCE TRAT. CONSERVADOR 3. AC. DE MOTOCULURO
MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)
1. SUPORTE INTENSIVO 2. 9. VENTILATORIO
DOENÇA MORBIDA / PRÉVIA
1. SEM RELATO
IMPRESSÃO CLÍNICA
DESCRIÇÃO:
GRAVE ESTÁVEL
ANTIBIÓTICOS
1. CEFTRIAXONA
SONDAS, DRENOS E CATETERES
1. SVD 2. TOT
CHECKAGEM DE METAS
EVOLUÇÃO: DECUBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 33HRS
INÍCIO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: 106 ESCALA DE RASS: 2 AGITADO RX TORAX ANEXO
EXAME FÍSICO: IV 4HT SRA
SISTEMA RESPIRATÓRIO
FR. 12.00 SECUREZES SEM ALTERAÇÃO
SISTEMA CARDIOVASCULAR
FC: 72.00 PA: 101/53
DROGAS: SEM EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS
EXAME FÍSICO: RGR EM 27 S/S

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19
Sexo	Masculino	CNS	116243
Tipo de internação	230 - Admissão	Condição	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	11/06/2019 10:12:13

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19
Sexo	Masculino	CNS	116243
Tipo de internação	230 - Admissão	Condição	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	11/06/2019 10:12:13

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19
Sexo	Masculino	CNS	116243
Tipo de internação	230 - Admissão	Condição	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	11/06/2019 10:12:13

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19
Sexo	Masculino	CNS	116243
Tipo de internação	230 - Admissão	Condição	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	11/06/2019 10:12:13

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19
Sexo	Masculino	CNS	116243
Tipo de internação	230 - Admissão	Condição	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	11/06/2019 10:12:13

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19
Sexo	Masculino	CNS	116243
Tipo de internação	230 - Admissão	Condição	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	11/06/2019 10:12:13

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19
Sexo	Masculino	CNS	116243
Tipo de internação	230 - Admissão	Condição	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	11/06/2019 10:12:13

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19
Sexo	Masculino	CNS	116243
Tipo de internação	230 - Admissão	Condição	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	11/06/2019 10:12:13



Nome	JOEL DOS SANTOS DE OLIVEIRA	Bolém do Atendimento	1159537	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19	Sexo	Masculino	Residência	115248
Tempo de internação	2d 8h 27min	Captação	SUS	Condição	Plantão	Plantão	Plantão
Data da Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data da Saída	10/06/2019 10:30:34	Permanência na Unidade	2d 17h 37min	Permanência no Leito	1d 20h 24min

DESCRIÇÃO:
GRAVE ESTÁVEL
ANTIPIÉTICOS
1: CEFTRIAXONA
SONDAS, DRENOS E CATETERES
1: SVD
2: TOT (ATE 12/06)
CHEGUEI DE NETAS
EVOLUÇÃO: DEGRUPO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TYP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 23HRS
INÍCIO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA 10% ESCALA DE PAUS 2 AGITADO
RX TORAX: ANEXO
EXAME FÍSICO: MV FANT SRA

SISTEMA RESPIRATÓRIO
FR: 12,00
SECREÇÕES: SEM ALTERAÇÃO
SISTEMA CARDIOVASCULAR
FC: 72,00
PA: 120/78
SPO2: 95,00
EVOLUÇÃO: PULSO PERIFÉRICOS
EXAME FÍSICO: RCR EM 2T S/S
SISTEMA NEUROLÓGICO
AO: NÃO ABRE 1
RV: TUBO
EVOLUÇÃO: SEDACAO, CABEÇA NEUTRA, TC CRÂNIO DROGAS: DORMINDO + FENTANIL
PUPILAS: ISÓPTICAS/REAÇÕES
PARECIA: NÃO
LAUDO TO CRÂNIO: NO SISTEMA
EXAME FÍSICO:
SEDADO

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL
DIETA: ENTERAL
EVACUAÇÃO: SEM RELATO
ABDOMEN: PLANO, FLACIDO
EVOLUÇÃO: RUA POSITIVO
EXAME FÍSICO:
AINDA NÃO INICIOU DIETA
SISTEMA TÓXICO/INFECIOSO
EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA, ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA FERIDA: NÃO
EXAME FÍSICO:
AFEBRIL

SISTEMA RENAL/METABÓLICO
DIURETICO, QUAL: 2,40
EOLIA: SEM
EVOLUÇÃO: GLUCEMIA CONTROLADA
Seção: UPO - ENF 30 SALA 03 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela Internação: BRENO GRACIOSO CARDOSO
Número Conselho: 7851



Hospital Especial de Emergência e Trauma
Sorador Humberto Lúcia

Cruz Vermelha Brasileira

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNPES: 445365

Paciente
JOEL DOS SANTOS
Data de nascimento
07/12/1999
Idade
19
Sexo
Masculino
Mão
NÃO IDENTIFICADO
Endereço
PROJETADA, SN
Município
GUARABIRA
UF
PB
Nº Cms. Regional
5126PB
Data/Hora Prescrição
10/06/2019 01:20:23

Anamnese

PACIENTE EXISTENTE EM PRÉ-RECEITO PARA BME MAS, O PACIENTE FOI INTERNO PELA NEUROCIRURGIA, NO MOMENTO INTUBADO SOB IMPOSSIBILITANDO A BME DE CONDIÇÃO PARA SER ACOMPANHADO PELA BUCO ALTA DAS DEMAS ESPECIALIDADES SÍLPIO
D- INTERDIETIA SOB SNE E HIGIENE ORAL RIGOROSA

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JOEL DOS SANTOS
BRUNO DA SILVA RESQUITA
(CRM: 3126/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 10/06/2019 01:20:34



UIDADOS
APRECEITA ELEVADA A 30°
IGIENE ORAL RIGOROSA
OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA
EXAME DE IMAGEM
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE
Conduta
Em observação

Brno da Silva Mesquita
Cirurgião Bucal (RFO/2019)
CRM-B 5126

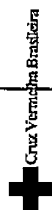
BRUNO DA SILVA MESQUITA
(CRM-B 5126)

JOEL DOS SANTOS

Atm registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 10/06/2019 01:20:34



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sindicato Humberto Lucena



INTERNO, S/N -
CNPES: 4545454 - Tel;
Impresso por: BRUNO
GRACIOSO CARDOSO
Em: 12/06/2019 18:57:39

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento	1169337	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	
Data de nascimento	07/12/1959	Idade	19	Sexo	Masculino	CHS	
Tempo de internação	24 8h 27min	Consultório	SUS	Prontuário	116248		
Data da Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data Internação	10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade:	24 17h 37min	Planta	DIURNO
						Permanência no Leito	14 20h 24min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (BRUNO GRACIOSO CARDOSO - 12/06/2019 18:57:31)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE TAVA LASCADO, MAS NOS CONSEGUIMOS EXTUBAR E FAZER UM MONTE DE COISAS, ISSO SO PARA QUE EU NÃO TIVESSE QUE PASSAR O ACESSO CENTRAL NEM TROCAR O TUBO ... PUTZ, DETES-C TROCAR TUBO DE PACIENTE GOGUENTOI

PACIENTE COM QUADRO CLÍNICO MANTIDO, SEDADO, EM USO DE DORMIDOR, FENTANIL E PROPOFOL (AGITAÇÃO NO DIA ANTERIOR); REAGE AOS ESTÍMULOS, PUPILAS ISÓFOTAS, INTUBADO SOB VMI, BEM ADAPTADO APESAR DO CUFF FURADO, COM ESCAPE AEREO, AUSCULTA RESPIRATORIA COM RUÍDOS DE TRANSMISSÃO; ACESSO VENOSO PERIFÉRICO (NISE) EM USO DE NORADRENALINA EM BAIXAS DOSES.

POLIESCORIADO, FERIDA OPERATORIA EM FACE ESQUERDA.

RECUPERADA TC DE CRÂNIO FEITA ONTEM (COM NOME DE JOEL DOS SANTOS), SEM SINAIS DE EVENTOS NEUROLÓGICOS AGUDOS. POA EVOLUÇÃO AO DESMAME DA SEDAÇÃO, PORÉM PIORA DO PADRÃO RESPIRATORIO DEVIDO AO CUFF FURADO, ENTRE SEDAR E TROCAR TOT, OPTAMOS POR REALIZAR EXTUBAÇÃO, COM SUCESSO.

EXAMES DE 12/06: HB 10.7, L 14930 (4 BASTÕES), PQT 255000; Na 138, K 3.3; U 22, C 1.12.

#EVOLUÇÃO NOTURNA#

PACIENTE COM QUADRO ESTÁVEL, SEM SEDATIVOS, CONSCIENTE, ALGO ORIENTADO, AGITADO +4+. SEM DEFICIT MOTOR APARENTE; VENTILA ESPONTANEAMENTE SEM O2 SUPLEMENTAR (RETRAI DA VENTURI A TARDE), MANTÉM PADRÃO RESPIRATORIO CONFORTÁVEL, AUSCULTA RUDE SRA; ACESSO VENOSO PERIFÉRICO, PÉRVIO.

COT

1. VIGILANCIA DO QUADRO RESPIRATORIO
2. PROGRAMAR ALTA DENTRO DAS 48H SE ESTABILIDADE.
3. ACOMPANHAMENTO COM A BME (APESAR DE NÃO HAVER MAIS CONDUITA A ADOTAR)
4. SUPORTE CLÍNICO
5. LIBERO DIETA ORAL DE PROVA (JÁ ACETOU LÍQUIDOS E PASTOSOS)

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1. PO DE CORREÇÃO DE FRATURA DA MANDIBULA
2. TGE TRAT. CONSERVADOR
3. AG. DE NOTURNO


MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1. SUPORTE INTENSIVO
2. 8. VENTILATORIO


DOENÇA MORBIDA / PRÉVIA

1. SEM RELATO

IMPRESSÃO CLÍNICA


 Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Espírito da Emergência e Trauma
 Sonador Humberto Lucena


 GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, SM -
 CNES: 4547 - Tel.:

Impressa por: CLARISSA
 BARBOSA CAMPELO
 GALVÃO
 Bnt: 14/05/2019 11:20:34

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Idade	10	Sexo	Masculino	Condição	SUS	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:31	Data/Hora Saída	
Data de nascimento	07/10/1983							CMS	708108515899539	Proibido	11:02:46
Tempo de internação	46:30min									Rancho	DIURNO
Data da Entrada	10/06/2019 01:20:23							Permanência na Unidade:	4d 5h 40min	Permanência no Leito:	17h 28min

EVOLUÇÃO MÉDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO - 14/05/2019 11:00:22)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:


PACIENTE NO 50º DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA, SUBMETIDO A RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR, NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS DE DOR, ABERTURA BUCAL NORMAL, FERIMENTOS SUTURADOS EM POSIÇÃO SEM SINAIS DE DEISCÊNCIAS, INFECÇÃO OU SANGRAMENTO ATIVO
 CD PERMANECER COM ATB ATÉ TÉRMINO DO CICLO
 SOLICITO CURATIVOS COM A COMISSÃO ODONTOLÓGICA HOSPITALAR
 SOLICITO EXAMES DE CONTROLE

Seção: POSTO IA - ENF

Profissional responsável: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO

Número Conselho: 2337

Clarissa Campelo
 Barbosa Galvão
 CNES 4547 2337

 YSLA Cmara Vermelhuda Brasileira GOVERNO DA PARAIBA Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena		HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	
CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090 Tel: 32165700 CNES: 445365			
Paciente JOEL DOS SANTOS	Data de nascimento 01/01/2000	IDade 19a 3m 3d	Sexo Masculino
Alergia NÃO IDENTIFICADO	Endereço PROJETADA, SN	Cidade GUARUARA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DA SILVA MESQUITA	Nº Cons. Regional 5126PB
Dia/Hora Classificação 10/06/2019 01:20:23	Dia/Hora Prescrição 10/06/2019 08:47:46		
Anamnese Paciente vítima de acidente motociclístico cursando com fratura complexa de mandíbula operado de urgência em UFE PLANTONISTA. SEM ANESTESIA GERAL PARA OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA. PROCEDIMENTO SEM RECORRÊNCIAS. PACIENTE ENCAMINHADO PARA URPA AOS CUIDADOS DA ANESTESIA.			
Conduta Em observação			
JOEL DOS SANTOS		BRUNO DA SILVA MESQUITA (CRM-5126PB)	
Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 10/06/2019 01:20:34			



Sigla: 9 - Incurtamento, pelo especificado

Conduta

Em observação

JOEL DOS SANTOS

GUSTAVO CARTAXO PATRIGIA
(1.680/073)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 10/06/2019 01:20:34

GOVERNO
CARVALHO
CARTAXO PATRIGIA
(1.680/073)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Servador Humberto Luciano

INTERNO, SIN -
CNES: 435157 - TEL:

GOVERNO
DA PARAIBA

Impresso por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO GALVAO
Em: 17/06/2019 09:28:19

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento	1189137	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	
Data de nascimento	07/12/1980	Idade	19	CNS	70810851589538	Período	115248
Tempo de internação	Ed 22h 50min	Conteúdo	9109	Plano	DIURNO	Plano	
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data internação	10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade	74 h 6 min	Permanência no Leito	38 h 15h 54min

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 17/06/2019 09:28:13)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

BNF

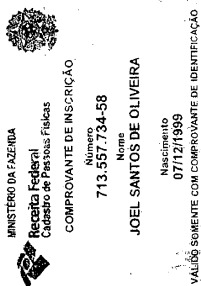
PACIENTE NO 8º DO DE RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR, NO MOMENTO SEM EDEMA, SEM QUEIXAS DE DOR
AUSENCIA DE SANGRAMENTO ATIVO, DEISCENCIAS OU SINAIS DE INFECÇÃO, EXAMES DE CONTROLE
CD ALTA DA BNF


Setor: POSTO JA - ENFZ
Leito: LEITO - 002


Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

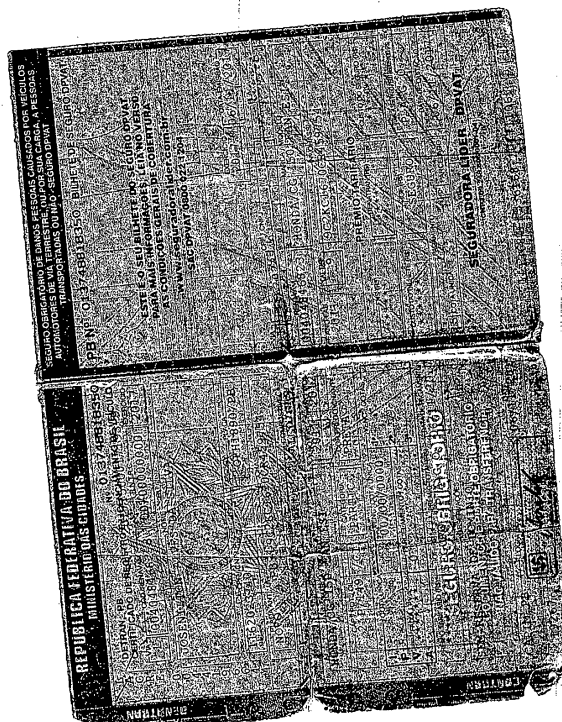
Número Conselho: 2537

GOVERNO
CARVALHO
CARTAXO PATRIGIA
(1.680/073)



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
	
JOEL SANTOS DE OLIVEIRA FILIAÇÃO..... JOSÉ DE OLIVEIRA COGNAME DOS SANTOS OLIVEIRA NASCIMENTO..... 07/12/1999 ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO NATURALIDADE: BORBOREMA - PB DOCUMENTO..... C.I. 4428701-1005/2016 SDDS PB LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CPF..... 713.027.734-58 TIT. ELEITOR..... LOCALIDADE DE EMISSÃO: SRTEPB - 2006/2016 ZONA:..... SEÇÃO:..... DATA DE EMISSÃO:..... LOCAL DE EMISSÃO:.....	

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO	
CARTÃO DE TRABALHO PREVIDENCIÁRIO 207.03879.37-3 4059371 0050 PB 03	
	





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 11:05:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052411050276800000041392024

Número do documento: 21052411050276800000041392024

Num. 43523949 - Pág. 29



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA - <u>SOEL SANZA DE OLIVEIRA</u>
DATA DO ACIDENTE - <u>10.06.2019</u> - CPF DA VITIMA - <u>713.557.734-58</u>
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM A VITIMA E
ENDEREÇO DO PORTADOR
Nº COMPLEMENTO
CIDADE
E-MAIL
UF
CEP
TELEFONE ()

MARQUE X PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

<input type="checkbox"/> 1) REGISTRO DE DOENÇA EXISTENTE PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICAÇÃO E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 2) CARTERINHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 3) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 4) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICAÇÃO E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 5) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATA DEFINITIVA)
<input type="checkbox"/> 6) BOLETA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 7) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
<input type="checkbox"/> 8) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INSCRIÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

<input type="checkbox"/> 1) CARTERINHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 2) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

<input type="checkbox"/> 1) REGISTRO DE DOENÇA EXISTENTE PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICAÇÃO E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 2) CARTERINHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 3) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 4) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRDIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 5) COMPROVANTE ORIGINAL E LEGÍVEL DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OU OUTRAS
<input type="checkbox"/> 6) NOTAS FISCAIS ORIGINAIS E LEGÍVEL DE FARMÁCIAS, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECÍPITO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 7) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
<input type="checkbox"/> 8) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INSCRIÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

<input type="checkbox"/> 1) CARTERINHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 2) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input type="checkbox"/> 3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTO - R\$ 11.500,00
- O FÓRUM PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS ABAIXO, FORMULANDO
- DE INDENIZAÇÃO, ACESSO: WWW.DPVAT.SECURIDOR.BR/INFORMACOES
- GRÁTIS SAC DPVAT 800 073 1304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA
IDENTIDADE
ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA
NOME
ASSINATURA

Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ATENDIMENTO



STIMATÁRIO (Beneficiário)	TELEFONE / Phone Number
Seguradora	
Endereço	
UF	PAÍS / Country
CEP	UF
DATA	
ASSINATURA	



Seguro DPVAT
O Seguro do Acidente de Trânsito

SECRET



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

REGISTRE-SE	TELEPHONE / Phone Number
74 floors de Maria Aires	83 494 0045
ENDEREÇO / Address	
A. DIVINO RODRIGUES COSTA 21573	
CITY / City	UF/State / PMS / Country
Maria	PB
CEP / Zip	
56002-000	

"RECICLAR MATERIAS E RESÍDUOS É MEIO AMBIENTE"

BRASIL
PAÍS DO Lixo ZERO

DEVOLUÇÃO (Return)		TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)											
(Cn15)		1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
	<input type="checkbox"/> FALHOU (Failed) <input type="checkbox"/> ENVIADO INSUFICIENTE (Insufficient Address) <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INCORRETO (Incorrect Address) <input type="checkbox"/> NÃO ENCONTRADO (Not Found) <input type="checkbox"/> OUTROS (Other)												
		Informação prestada pelo porteiro ou síndico Information provided for doorman or condo manager Reinformado ao serviço postal em _____ Recontacted for service post _____											
		Data _____ Responsável _____ Date _____ Responsible _____											

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA: SALGADO, D. E. OLIVEIRA
DATA DO ACIDENTE: 30.06.2019 - CPF DA VITIMA: 713.553.733-58
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: () VITIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEÇO COM A VITIMA É: _____
ENDEREÇO DO PORTADOR: Rua Getúlio Vargas
Nº 190 COMPLEMENTO: Barra BAIRRO: Centro
CIDADE: Salvador UF: BA CEP: 51225-000
E-MAIL: salvador22@gmail.com TELEFONE: (08) 999400095

MARQUE 'X' O TIPO DO DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() RECEIÇO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
() CARTA DE ENTORPEDE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE MASCAMENTO DO CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() SAUDD DO IHL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
() X) INADMISSIBILIDADE DE REPRESENTAÇÃO DO SAUDD DO IHL: DECLARAÇÃO DE ASSÉNCIA DE SAUDD DO IHL ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RECEBIDA DO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINAL QUE CONFIRME A EXISTÉNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA PRIMA SENTENÇA
() FOLHETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDEBENTIZAÇÃO EM VITIMA ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TMS COMO CÔPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTA DE ENTORPEDE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE MASCAMENTO DO CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() REPRESENTANTE LEGAL E QUER-REPRESENTAÇÃO VITIMA MENOR DE 16 A 18 ANOS, DEDE SER PM OU DAIE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() RECEIÇO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
() CARTA DE ENTORPEDE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE MASCAMENTO DO CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() SAUDD DO IHL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
() X) INADMISSIBILIDADE DE REPRESENTAÇÃO DO SAUDD DO IHL: DECLARAÇÃO DE ASSÉNCIA DE SAUDD DO IHL ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RECEBIDA DO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINAL QUE CONFIRME A EXISTÉNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA PRIMA SENTENÇA
() FOLHETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDEBENTIZAÇÃO EM VITIMA ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TMS COMO CÔPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTA DE ENTORPEDE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE MASCAMENTO DO CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() REPRESENTANTE LEGAL E QUER-REPRESENTAÇÃO VITIMA MENOR DE 16 A 18 ANOS, DEDE SER PM OU DAIE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

IMPORTANTE: R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DA LESÃO OU DO ACIDENTE COM TUBULA DE SECUDO PREVISTA EM R\$ 18.194,74
- DAMS - O VALOR DO DANO MORAL É DE R\$ 10.000,00, INDEPENDENTE DO TIPO DE ACIDENTE, INCLUSIVE EM CASO DE TUBULA DE SECUDO PREVISTA EM R\$ 18.194,74
VARIA CONFORME O TOTAL DE RESERVAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDEBENTIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADO DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS DE IDENTIFICAÇÃO O PRODDO DE IDENTIFICAÇÃO, ACESSO: WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 334 0071 8000 073 1304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA: _____
IDENTIFICAÇÃO: 3583553-5
ASSINATURA: [Assinatura]
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA: _____
DATA: _____
NOME: _____
ASSINATURA: _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211540/20

Vítima: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

CPF: 713.557.734-58

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/06/2019

Titular do CPF: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOEL SANTOS DE OLIVEIRA : 713.557.734-58

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/07/2020
Nome: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 713.557.734-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2020
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Alexandre Tavares Belfort





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

Processo n.º 08007286720208150081

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 **JOEL SANTOS DE OLIVEIRA**, 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:

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

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



Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendência, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incurção em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

“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.

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)”

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.



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

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

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

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

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

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

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

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidirá a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório. Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BANANEIRAS, 20 de maio de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

