



08/09/2020

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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33190 468	13/08/2020 14:47	Petição Inicial	Petição Inicial
33190 477	13/08/2020 14:47	3 - Comprovante de Requerimento Adm e Negativa	Procuração
33190 480	13/08/2020 14:47	2.1 - CTPS	Documento de Comprovação
33190 481	13/08/2020 14:47	5 - Prontuario Parte 2	Documento de Comprovação
33190 483	13/08/2020 14:47	4 - Prontuario Parte 1	Documento de Comprovação
33190 487	13/08/2020 14:47	2 - Procuracao e Dcs. Pessoais	Documento de Comprovação
33334 698	30/08/2020 13:42	Despacho	Despacho

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA
COMARCA DE BANANEIRAS – ESTADO DA PARAÍBA**

JOEL SANTOS DE OLIVEIRA, brasileiro, portador do CPF sob o nº 713.557.734-58, residente e domiciliado no Sítio Manitu, S/N, Zona Rural de Bananeiras-PB, por intermédio de seu advogado regularmente constituído nos termos do instrumento procuratório anexo, vem perante Vossa Excelência para propor:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) NOS TERMOS DA LEI Nº 6.194,
ALTERADA PELAS LEIS Nº 11.482/07 E Nº 11.945/2009**

-
em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**
S/A, pessoa jurídica de direito privado, com personalidade jurídica própria, com inscrição do CNPJ sob o nº



09.248.608/0001-04, com endereço para receber citação e intimação na Rua Senador Dantas, 74 – 5º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, pelas razões fáticas e jurídicas que passo a expor:

I – DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente o Promovente vem requerer os benefícios da Justiça Gratuita, presentes no art. 2º, parágrafo único da Lei 1.050/60, por ser pobre na forma da Lei, **bem como pelo fato não poder arcar com as custas e emolumentos judiciais**, sem prejudicar o sustento próprio ou da sua família, nos termos do Art. 98 e seguintes do CPC e da Lei de n.º 1.060/50.

Assim, diante o alto valor das custas processuais e tendo em vista o **PROMOVENTE SER AGRICULTOR E NÃO TER EMPREGO, CONFORME SE COMPROVA PELA CÓPIA DE SUA CTPS EM ANEXO**, não resta dúvidas que o mesmo, não pode arcar com as referidas despesas sem prejudicar o sustento próprio ou da família, nos termos do Art. 98 e seguintes do CPC e da Lei de n.º 1.060/50.

II – DOS FATOS

O Promovente foi vítima de acidente de trânsito **no dia 10 de Junho de 2019, onde sofreu acidente de moto, sendo o mesmo socorrido pelo SAMU para o hospital de Trauma de Senador Humberto Lucena, onde ficou internado por alguns dias, tendo o sofrido diversos traumas pelo corpo, bem como fratura complexa de mandíbula, na qual teve que passar por procedimento cirúrgico, conforme Prontuário Médico em anexo.**

É bom ressaltar que o promovente ficou com algumas sequelas em virtude do acidente ocorrido, **resultando em uma debilidade de caráter permanente.**

Ainda, em virtude dos procedimentos realizados e as lesões que o Promovente teve, o mesmo precisou comprar inúmeros medicamentos, conforme verifica-se pelas notas fiscais anexo.

NO DIA 10 DE JULHO DE 2020, O PROMOVENTE REQUEREU ADMINISTRATIVAMENTE O SEU DIREITO JUNTO A SEGURADORA, COMPROVANTE EM ANEXO. OCORRE, QUE PASSADO ALGUNS DIAS FORAM SOLICITADOS NOVOS DOCUMENTOS, DOCUMENTOS ESTES JÁ ENVIADOS NO REQUERIMENTO.

Sendo assim, o Suplicante munido de documentação necessária, a que alude ao acidente automobilístico, vem requerer de direito a indenização referente ao seguro DPVAT.



III – DO DIREITO

a) DO PRÉVIO REQUERIMENTO NA VIA ADMINISTRATIVA

Conforme verifica-se na documentação anexa, a Parte Promovente preencheu formulário de requerimento junto a agência de correios no mês de Julho de 2020, enviando juntamente com o requerimento todos os documentos necessários para o recebimento dos valores referentes ao seguro, ocorre, que passados alguns dias foram solicitados novos documentos, documentos estes já enviados no requerimento.

Importante salientar, que ao realizar a consulta na situação de seu processo no site da empresa demandada, está não consta nada, em anexo.

Assim, tendo em vista a demora injustificada quanto ao pagamento de seu Seguro, resta mais do que demonstrado o **INTERESSE DE AGIR**, esse é o entendimento de nossos Tribunais, vejamos:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. SUSPENSÃO DO PROCESSO. NECESSIDADE DE PEDIDO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. DETERMINAÇÃO PARA COMPROVAÇÃO. PRECEDENTE DO STF. MANUTENÇÃO. Atualmente exige o eg. STF a comprovação do pedido prévio administrativo de cobrança do seguro DPVAT, junto à Seguradora, para só então constatar o interesse de agir do segurado, ao ingressar com o pedido judicial. Revendo o posicionamento antes adotado, embora não seja necessário o esgotamento das vias administrativas, **DEVE-SE CONSIDERAR NECESSÁRIA A FORMULAÇÃO DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PELO SEGURADO, BEM COMO A RECUSA DA SEGURADORA AO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT, OU A DEMORA INJUSTIFICADA NA RESPOSTA, A FIM DE QUE SE CONFIGURE O INTERESSE DE AGIR PARA A PROPOSITURA DE AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO.** (TJMG - AI: 10452150065202001, Relator: ALBERTO HENRIQUE, Data de Publicação: **04/03/2016**) (grifo nosso)

Nessa esteira, tendo em vista a demora injustificada por parte da Demandada em dá uma resposta quanto ao direito do Promovente, fica claro o esgotamento da via administrativa para se pleitear a Ação de Cobrança do seguro DPVAT.

b) DA LEGITIMIDADE ATIVA “AD CAUSAM”



O Seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículo automotores de vias terrestres - DPVAT, conhecido popularmente como seguro obrigatório, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidente de trânsito em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa.

A redação atual do §3º do artigo 4º da Lei nº 6.194/74, após modificação provocada pela Lei nº 11.482/2007 que regula o seguro obrigatório aduz que:

Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil.

§3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente a vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP.

No caso em análise, é direito do Promovente, vítima do acidente, receber uma indenização por danos pessoais ante ao seu grave estado de saúde, ou melhor, devido aos danos que lhe foram causados pelo acidente sofrido.

c) DA LEGITIMIDADE PASSIVA “AD CAUSAM”

O art. 7º da Lei nº 6.194/74, determina que, em se tratando de seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes ao seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será legítima para figurar no polo passivo que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

-

Nesse sentido também dispõe a Resolução do CNSP nº 154/2006:

Art. 5º (...)

§6º Os consórcios de que trata o caput deste artigo deverão estipular que qualquer uma das sociedades seguradoras se obriga a receber as reclamações que lhes forem apresentadas.



§7º Os pagamentos de indenizações serão realizados pelos Consórcios, representados por seus respectivos líderes.

Matéria também totalmente pacificada pela doutrina e jurisprudência dominante, que entendem que qualquer seguradora que faça parte do Consórcio do Seguro DPVAT S/A constitui-se parte legítima para o pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a Demandada, ora ré.

d) DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

O Art. 5º da Lei 6.194/74 relata que o pagamento da indenização referente ao seguro obrigatório será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, vejamos:

Art. 5º - O pagamento de 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.

Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º Caput, da Lei 6.194/74 ao estabelecer que:

Art. 7º- A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, por seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido será pago nos mesmos valores, condição e prazo dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do Prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas, diferentemente do que exige a demandada em suas respostas administrativas. Isto posto, é forçoso concluir que independe do pagamento do prêmio do seguro obrigatório

A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na corte do Superior Tribunal de Justiça. Vejamos:



“STJ. Súmula 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT) não é motivo para recusa do pagamento da indenização”.

Sendo assim, é incontroversa a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão somente exigir prova de fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

De tal forma que seguem anexos à presente ação todos os laudos médicos e prontuário demonstrando a ocorrência do acidente, bem como os traumas por ele sofrido.

e) DO *QUANTUM* INDENIZATÓRIO

A vigente redação da Lei nº 6.194/74 resultado das modificações oriundas das medidas Provisórias nº 340/2006 (convalidada pela Lei nº 11.482/2007) e nº 451/2008 (Lei nº 11.945/2009), dispõe que o seguro DPVAT destina-se a indenizar os seguintes danos, nos valores:

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 vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (...)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007) (grifo nosso)

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. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidentes e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por



qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o dispositivo abaixo: (Incluído pela Lei 11.945, de 2009).

I – quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura, e (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

II – quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

Diante do exposto, requer que a parte Promovida seja condenada por Vossa Excelência, **a pagar uma indenização ao promovente no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devido a lesão ter deixado sequelas no Promovente**, de acordo com o Art. 3º, II, da Lei 6.194/74.

f) DA PERÍCIA

Diante da situação fática, sendo imprescindível a realização da prova pericial, segue os quesitos que deverão ser respondidos pelo (a) perito (a):

Quais as lesões sofridas pelo Promovente?

As lesões decorreram de acidente de trânsito?

Essas lesões tornaram algum membro ou função deficiente? Totalmente ou em parte? Em que percentual?

Das lesões resulta incapacidade para o trabalho? A incapacidade é temporária ou permanente?



Das lesões resultam redução da capacidade laboral?

A incapacidade se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetado ou é incompleta?

No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacidade laborativa é intensa, média, leve?

ASSIM, A PARTE AUTORA DESDE JÁ SOLICITA A VOSSA EXCELÊNCIA QUE DETERMINE A REALIZAÇÃO DA PERICIA MÉDICA, JUNTO AO IML DA CIDADE GUARABIRA, PARA ATESTAR O GRAU DE INCAPACIDADE DA PARTE PROMOVENTE.

IV – DA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

Quanto a audiência de Conciliação, trazida pelo Novo Código de Processo Civil, em seu Artigo de n.º 334 e seguintes, observa-se que a mesma é opcional, devendo desde logo a parte Autora indicar o seu desinteresse na autocomposição, nos termos do § 5º do Artigo retro mencionado.

Portanto, a parte Autora informa a este Douto Juízo, que não tem interesse na Audiência de Conciliação do Artigo 334 do Novo código de Processo Civil.

V – DOS PEDIDOS

Diante do que foi exposto, requer o Promovente, que Vossa Excelência se digne em:

a DEFERIR o benefício da Justiça Gratuita, vez que se afirma ser pobre nos termos da lei, não possuindo condições de arcar com custas e emolumentos processuais sem comprometer os rendimentos próprios e familiar.

b), CITAÇÃO DO REÚ, através do seu representante legal, para **OFERECER CONTESTAÇÃO, NO PRAZO DE LEI**, sob pena de revelia da matéria fática. **Tendo em vista a Parte Autora ter optado pela não realização da Audiência de Conciliação, prevista no Artigo 334 do Novo Código de Processo Civil, nos termos do § 5º do artigo retro mencionado.**



c) Que Sejam aplicadas as regras da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), sobretudo **A INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA** em favor do Promovente, como bem preceitua o art. 6º, inc. VIII, da aludida lei que afirma: “**a facilidade da defesa dos seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova em seu favor, em processo civil, quando, a critério do juiz for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências**”.

d) Julgar a Demanda **PROCEDENTE EM SUA TOTALIDADE**, condenando a Promovida a pagar ao Promovente uma indenização no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devido a lesão ter deixado sequelas no Promovente**, acrescido de juros de mora e correção monetária, em conformidade com as Súmulas 43 e 54 do Colendo Superior Tribunal de Justiça, desde a época do evento danoso, ou seja, dia 22/12/2012.

e) Que seja determinado por Vossa Excelência a realização da Perícia Médica, junto ao IML da cidade Guarabira, para atestar o grau de incapacidade da Parte Promovente.

f) Condenar a Ré ao pagamento das custas processuais e honorários sucumbenciais sobre o valor atualizado da condenação;

Protesta provar por todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente prova pericial, documental e depoimento pessoal do preposto da Ré, ulterior juntada de documentos, oitivas de testemunhas e perícia, se entender necessário.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, meramente para efeitos fiscais.

Nesses termos,
Pede e Espera Deferimento.
Solânea - PB, 13 de Agosto de 2020.

TIAGO JOSÉ SOUZA DA SILVA
OAB/PB 17.301

JOVELINO CAROLINO DELGADO NETO
OAB/PB 17.301





JOVELINO DELGADO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

JOEL SANTOS DE OLIVEIRA, brasileiro, agricultor, portador de CPF de nº 713.557.734-55, residente e domiciliado na Rua Sítio Manicé, Zona Rural de Barborema, PB.

OUTORGADOS: JOVELINO DELGADO – ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade de Advogados registrada perante a Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional Paraíba, sob o nº. 471, localizada na Rua Desembargador José Peregrino, nº 217, Sala 205, Centro – João Pessoa (PB) – CEP 58013-500, representada PELOS ADVOGADOS JOVELINO CAROLINO DELGADO NETO, brasileiro, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 17.281 e TIAGO JOSÉ SOUZA DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 17.301, todos com endereço profissional na Rua Pará, 107, Centro, Solânea/PB - CEP 58225.000, onde recebe as comunicações processuais de estilo.

PODERES: A quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula *Ad Judicia*, a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante, perante qualquer juízo ou tribunal de qualquer instância, bem como em qualquer repartição da Administração Pública de qualquer unidade da federação propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendê-lo quando for réu, interessado, podendo, além de praticar todos os atos, receber notificações e intimações, fazer defesa oral, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir e renunciar ao direito que se funda a ação ou recurso, firmar compromisso, reclamar, conciliar, prestar declarações, fazer acordo, recorrer, requerer os benefícios da justiça gratuita, requerer interdições, promover consignações e requerer depósitos judiciais, requerer documentos, prontuários, laudos médicos, bem como renunciar ou substabelecer o presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, bem como praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por firme, valioso e aceito.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA: Nos termos da Lei 1.060, de 05 de fevereiro de 1950, declaro não poder pagar custas processuais de estilo, tampouco honorários advocatícios sem prejuízo do meu sustento, motivo pelo qual considero-me necessitada na forma da lei, precisando de JUSTIÇA GRATUITA, a fim de fazer valer meus direitos em juízo, DECLARO OUTROSSIM, TER TOTAL CIENCIA DAS PENALIDADES PREVISTAS NA LEI supracitada.

Solânea, 11 de Agosto de 2020

Joel Santos de Oliveira

Outorgante

Rua Pará, 107, Centro, Solânea/PB - CEP 58225.000
Contatos: (83) 98790 - 9017 / 99186 - 7497
Email: jovelinodelgado.adv@bol.com.br





JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO..... JOSUÉ DE OLIVEIRA
GRACIETE DOS SANTOS OLIVEIRA
NASCIMENTO..... 07/12/1999
ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO
NATURALIDADE: BORBOREMA - PB
DOCUMENTO..... C. I. 4428701 18/05/2016 SSDS PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 713.657.734-58

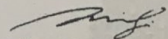
CNH.....

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

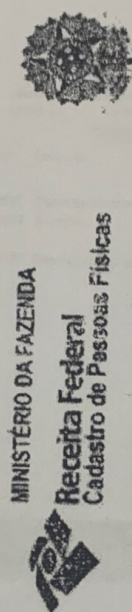
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 20/05/2016


AMÉRICO RIBEIRO DE VASCONCELOS DE MORAES LIMA

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ATENÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

713.557.734-58

Nome

JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Nascimento

07/12/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA - 13/08/2020 14:47:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081314470891500000031770041>

Número do documento: 20081314470891500000031770041

Num. 33190477 - Pág. 5



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PTN/PASEP

207.03878.37-3

NÚMERO

4059371

SÉRIE

0050

UF

PB

João Santos de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

COLECLAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO.....: JOSUÉ DE OLIVEIRA

GRACIETE DOS SANTOS OLIVEIRA

NASCIMENTO.....: 07/12/1999

ESTADO CIVIL....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BORBOREMA - PB

DOCUMENTO.....: C. I. 4428701 18/05/2016 SSDS PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 713.557.734-58

CNH.....:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 20/05/2016

Assinado eletronicamente por: TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA - 13/08/2020 14:47:12

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

RELACÃO _____ PARA _____
DATA DE NASC. DE _____
DOCUMENTO _____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____

NOME _____
DOCUMENTO _____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____

NOME _____
DOCUMENTO _____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____

NOME _____
DOCUMENTO _____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____

L E G E N D A
A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASC.
B - SEPARAÇÃO | D - ADOÇÃO | F - INTERDIÇÃO VOLUNTÁRIA



REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR

REGISTRADO EM

SOB. N°

LIVRO N°

FLS.

PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL

DATA

REGISTRADO EM

SOB. N°

LIVRO N°

FLS.

PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL

DATA

REGISTRADO EM

SOB. N°

LIVRO N°

FLS.

PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL

DATA



REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

00-000000

05



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO IAUBRH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMORRÓIDAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Art. 6º, R79, de 12 de julho de 1970) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO

06



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

COD. CEE.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO.....

UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO.....

DE.....

DE.....

REGISTRO N°.....

FLS. FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

ASS. DO EMPREGADOR DE COTAÇÃO DE TESTEMUNHA

P.....

2ª.....

DATA DE SAÍDA.....

DE.....

DE.....

ASS. DO EMPREGADOR DE COTAÇÃO DE TESTEMUNHA

P.....

2ª.....

COM DISPENSA CD N°.....

FGTS N° DA CONTA.....

07



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CGC/CNPJ/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO N°

DATA DE ADMISSÃO

DE

DE

REGISTRO N°

FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

ASS. DO EMPREGADOR OU ABOGADO C/ TESTEMUNHA

1ª

2ª

DATA DE SAÍDA

DE

DE

ASS. DO EMPREGADOR OU ABOGADO C/ TESTEMUNHA

1ª

2ª

COM. DISPENSA CD N°

FGTS N° DA CONTA

08



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

COC/CPF/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO.....

UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CSO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO.....

DE.....

DE.....

REGISTRO Nº.....

FIS. / FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

ASS. DO EMPREGADOR DE FOLHA ÚNICA (C) TESTEMUNHA

24

DATA DE SAÍDA.....

DE.....

DE.....

ASS. DO EMPREGADOR DE FOLHA ÚNICA (C) TESTEMUNHA

24

COM. DISPENSA CD Nº.....

US Nº DA CONTA.....

09



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

Carta nº 15988271

Pag. 01663/01664 - carta_03 - INVALIDEZ

00050832





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 de, entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU, entubado em VM, com trauma facial e TCE, glasgow 12, pupilas iso/foto. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, face, cervical, tórax
RX bacia
USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: fratura de mandíbula

TRATAMENTO:

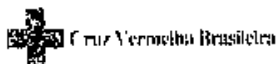
Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula

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 para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome JOEL SANTOS DE OLIVEIRA			Número Prontuário: 116248
Data de 07/12/1999	Sexo: Masculino	Data de Internação: 10/06/2019 10:30:31	Data de Alta: 17/06/2019 09:26:54
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: conduta=PACIENTE MELHORADO APTO PARA ALTA			
Resumo da Internação: resumoInternacao=PACIENTE VITIMA 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: recomendacoes=EM ANEXO			

Data: 17/06/2019

Clarissa Campelo
Bucal-Maxilo-facial
16/06/2019 25:37
CLARISSA BARBOSA CAMPELO
GALVAO
CRM: 2837 - PB



AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHANTE



Setor: Inf. 09102

O(a) portador(a) deste documento está autorizado(a) a ~~acompanhar~~ o(a) paciente Paulo dos Santos Prontuário/BE n° 416457 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: UAP politrauma. (Ex.: paciente idoso, paciente restrito ao leito, paciente criança/adolescente, etc).

Período: _____

Reavaliação: _____

Reavaliação: _____

Reavaliação: _____

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.

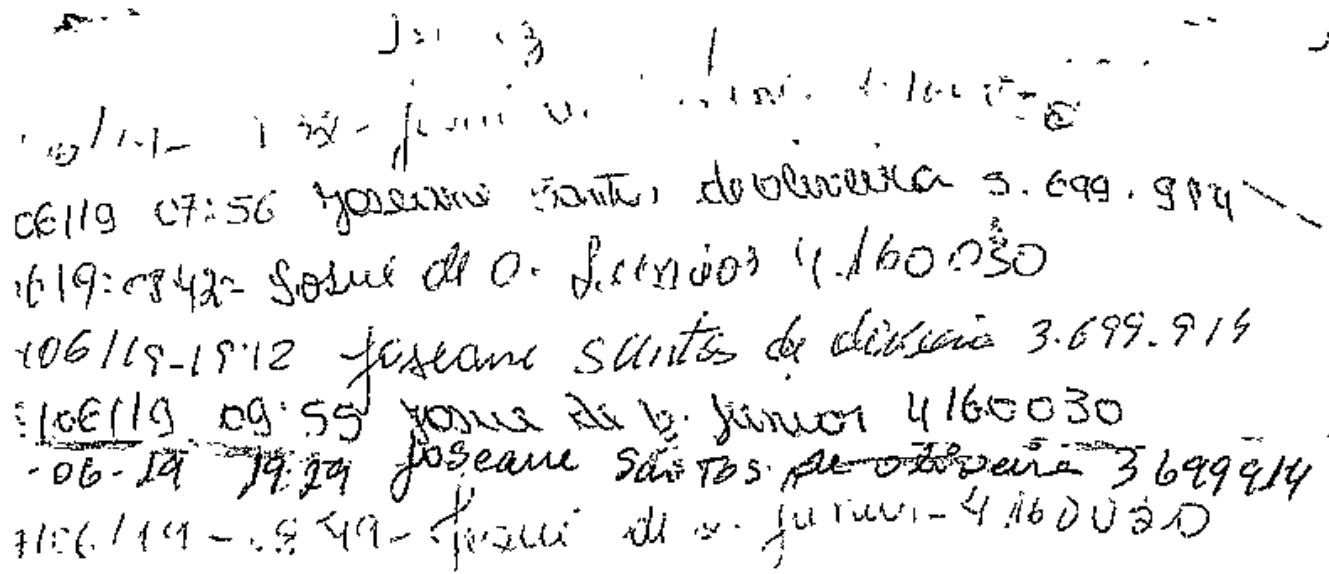
João Pessoa, 43 / 06 / 2019

Jailma Santos
Assistente Social

Assistente Social

F(NG).APCROC.014-1





AUTORIZAÇÃO PARA REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTES

Paciente: Paulo da Silva

Sector/Enf./Leito: _____

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)
Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____
SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)
Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____
SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)	Almôço Jantar Café da manhã(Dia S)
Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____

OBS: O café da manhã é sempre autorizada pelo dia anterior.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Atestado Médico

ATESTO 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**, NECESSITANDO DE **30** - trinta

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S06.9**
T14.9

OBSERVAÇÃO
CID S02.6

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. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

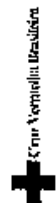
(25377) - CRM - Paraíba
Clárisa Campelo Galvão

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

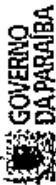




Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA Idade: 19
Data: 17/06/2019 09:23:05 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1169637

ORIENTAÇÕES
RETORNAR DIA 20/06
DIETA LIQUIDA PASTOSA
HIGIENE ORAL RIGOROSA

Clarissa Barbosa
DUP. 1169637
C/O P12537

DR. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
2537/PB

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

Receituário

Paciente: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA Idade: 19
Data: 17/06/2019 09:23:05 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1169637

ORIENTAÇÕES
RETORNAR DIA 20/06
DIETA LIQUIDA PASTOSA
HIGIENE ORAL RIGOROSA



Clarissa Barbosa
DUP. 1169637
C/O P12537



DR. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
2537/PB

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





 **GOVERNO DA PARAÍBA**
 **Hospital Estadual de Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena


 **GOVERNO DA PARAÍBA**
 **Hospital Estadual de Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Receituário

Paciente: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA Idade: 19
Data: 17/06/2019 09:22:03 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1169637

RETORNO

RETORNAR QUINTA FEIRA DIA 20/06
10:00 HORAS
PROCURAR DR ANDRE (RESIDENTE)
HOSPITAL DE TRAUMA


DRª. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO
2537/PB

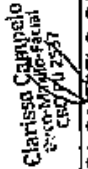
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

Receituário

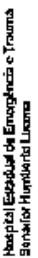
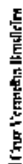
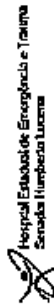
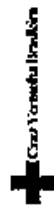
Paciente: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA Idade: 19
Data: 17/06/2019 09:22:03 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1169637

RETORNO

RETORNAR QUINTA FEIRA DIA 20/06
10:00 HORAS
PROCURAR DR ANDRE (RESIDENTE)
HOSPITAL DE TRAUMA


DRª. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO
2537/PB

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

GOVERNO
DA PARAÍBAGOVERNŌ
DA PARAIBA

Recsituario

Paciente: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

idade: 19

Data: 17/06/2019 09:19:42

Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1169637

USO INTERNO

DIPIRONA COMP-----01 CX

DIPIRONA COMP-----01 CX
TOMAR 01 COMP VO DE 6/6 HORAS EM CASO DE DOR

USO EXTERNO

PERIOGARD (COLUTORIO)—

01 FR

FAZER BÓCHECHOS 3 X AO DIA

DR. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
2537/PB

Clara J. G. O'Connell
4527
Campio

Receituário

Paciente: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Idade: 19

Data: 17/06/2019 09:19:42

Sexo Masculino **CPF:** Não Informado **BAE:** 1169637

USO INTERNO

DIPYRONA COMP.....01 CX

DIPIRONA COM P.....01 CX
TOMAR 01 COM VO DE 8/8 HORAS EM CASO DE DOR

USO ESTERNO

PERIOGARD (COLUTORIO)

01 ER

FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA

DR. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
2537/PB

LESLIE BARNETT
JAMES OLIVER BARNETT
CLARENCE CAMPBELL


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


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


Assinado eletronicamente por: TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA - 13/08/2020 14:47:16


<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081314471515300000031770047>


Número do documento: 20081314471515300000031770047


 **GOVERNO DA PARAÍBA**

 **Hospital Estadual de Emergência e Trauma**
Secretaria Municipal de Saúde

 **Hospital Estadual de Emergência e Trauma**
Secretaria Municipal de Saúde

 **GOVERNO DA PARAÍBA**

 **Hospital Estadual de Emergência e Trauma**
Secretaria Municipal de Saúde

 **Hospital Estadual de Emergência e Trauma**
Secretaria Municipal de Saúde

Recatatório de Controle Especial

Unidade de Saúde
HEETS/HTL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma - Av. Orestes Lobo, S/N Corq. Pedro
Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 55031-050

Paciente
JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Nº Cartão de SUS
708108515899538

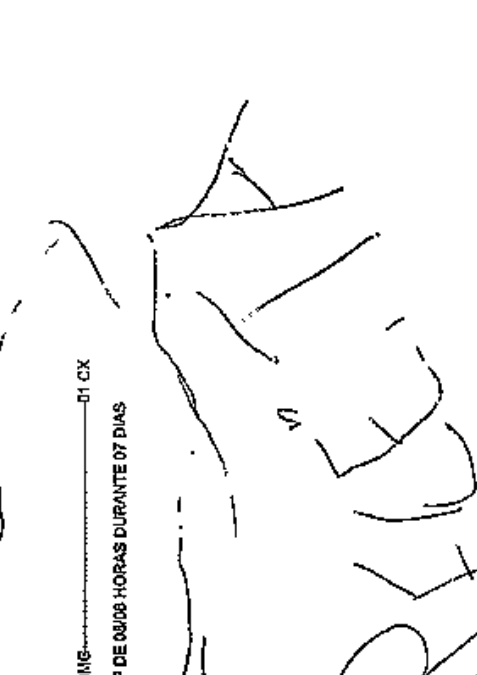
RE
1169037

Endereço do Paciente
Rua VALDIR PEDRO DE LIMA, 65, BORBOREMA-PB-58394000

USO INTERNO

CLINDAMICINA 300MG 01 CX

TOMAR UMA COMP DE 0808 HORAS DURANTE 07 DIAS



Cláudia Campelo
Buro-Max S/A
CRO PB 2537

17/06/2019
Data

DR. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
2537/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Identidade: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico _____ Data _____

Recatatório de Controle Especial

Unidade de Saúde
HEETS/HTL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma - Av. Orestes Lobo, S/N Corq. Pedro
Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 55031-050

Paciente
JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Nº Cartão de SUS
708108515899538

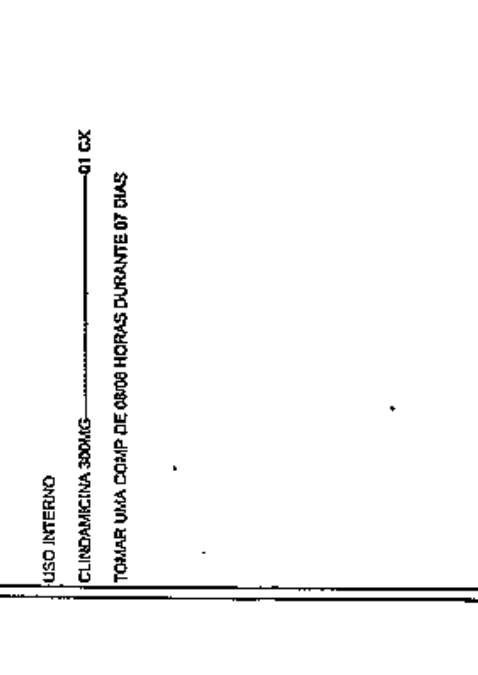
RE
1169037

Endereço do Paciente
Rua VALDIR PEDRO DE LIMA, 65, BORBOREMA-PB-58394000

USO INTERNO

CLINDAMICINA 300MG 01 CX

TOMAR UMA COMP DE 0808 HORAS DURANTE 07 DIAS



Cláudia Campelo
Buro-Max S/A
CRO PB 2537

17/06/2019
Data

DR. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
2537/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Identidade: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico _____ Data _____



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

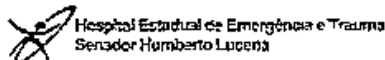
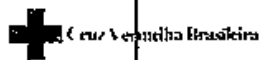
Boletim de Atendimento: 1169637



Identificação do paciente						
ID 1411414	Nome JOEL SANTOS DE OLIVEIRA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 07/12/1999	Idade 19 anos 6 meses 14 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 116248		
Mãe GRACIETE DOS SANTOS OLIVEIRA	Pai JOSUE DE OLIVEIRA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE					
DDD Celular 83	Celular 998841834	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4428704	Nº Cns 708106515899638				
Local de procedência HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA ANTONIO PAULINO FILHO	Tipo UNIDADESAUDE		UF PB			
Etnia	Naturalidade BORBOREMA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58394000	Município de residência BORBOREMA	UF PB	Logradouro VALDIR PEDRO DE LIMA			
Número 66	Complemento	Bairro NOVA ESPERANCA				
Admissão						
Data e Hora 10/06/2019 07:20:23	Número da pulseira 1000007584557		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X OBJETO			
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
CID						
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA						
Tempo 11:29						

Imprimir





AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 3332165700

Boletim de Atendimento: 1169637



Identificação do paciente

ID 1411414	Nome JOEL DOS SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/2000	Idade 19 anos 5 meses 9 dias	Estado civil Solteiro
Mãe NÃO IDENTIFICADO	Pai NÃO IDENTIFICADO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ALEXANDRA MEIRELES ALVES ENFERMEIRA - ACOMPANHANTE	
DDD Celular 83	Celular 000000000	DDD Tелефона
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA ANTONIO PAULO FILHO	Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
Emel	Naturalidade GUARABIRA	CBO/IR

Endereço

CEP 58200000	Município de residência GUARABIRA	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 10/08/2019 01:20:23	Número da pulseira 1000007584557	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação do risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Rolo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Recebi trazido pelo SAMU intubado, Trauma Facial e TCE.

Diagnóstico

CD

Atendido por

YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA

Imprimir

Tempo

114

COPIA DE ATENDIMENTO
COREN - PB 252.268 - ENF





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOEL DOS SANTOS	BAE 1169637	Data/Hora Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data Baixa
Data do nascimento 01/01/2000	Idade 19n 5m 9d	Sexo Masculino	CNS
Mãe NAO IDENTIFICADO			Telefone de Contato (83) 000000000
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município GUARABIRA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DA SILVA MESQUITA	Nº Cons. Regional 5126/PB
Data/Hora Classificação 10/06/2019 01:20:23		Data/Hora Prescrição 10/06/2019 09:29:10	

Anamnese

PACIENTE EM DPO IMEDIATO FOI PRESCRITO PELA BMF, MAS, O PACIENTE FOI INTERNO PELA NEUROCIRURGIA, NO MOMENTO INTUBADO SOB IMPOSSIBILITANDO A BMF DE CONDUZIR O CASO, SERA ACOMPANHADO PELA BUCO APÓS ALTA DAS DEMAIS ESPECIALIDADES S' CUIRO INTER DIETA SOB SNE E HIGIENE ORAL RIGOROSA.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JOEL DOS SANTOS

BRUNO DA SILVA MESQUITA
(CRM: 5126/PB)

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



Assinado eletronicamente por: TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA - 13/08/2020 14:47:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081314471664100000031770050>

Número do documento: 20081314471664100000031770050

CUIDADOS
CABECEIRA ELEVADA A 30°
HIGIENE ORAL RIGOROSA
OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA
EXAME DE IMAGEM
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE
Conduta
Em observação

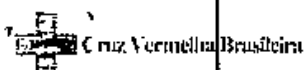
Bruno da Silva Mesquita
 Cirurgia Bucomaxilofacial
 CBO 5126

JOEL DOS SANTOS

BRUNO DA SILVA MESQUITA
 (CRM: 5126/FB)

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOEL DOS SANTOS	BAE 1169637	Data/Hora Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/2000	Idade 19a 5m 9d	Sexo Masculino	CNS
Mãe NAO IDENTIFICADO			Telefone de Contato (83) 000000000
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município GUARABIRA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DA SILVA MESQUITA	Nº Cons. Regional 5126/PB
Data/Hora Classificação 10/06/2019 01:20:23		Data/Hora Prescrição 10/06/2019 08:47:46	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA. OPERADO DE URGÊNCIA FEL...
IPE PLANTONISTA. SOB ANESTESIA GERAL PARA OSTEOSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA. PROCEDIMENTO SEM
PRÉCORRÊNCIAS. PACIENTE ENCAMINHADO PARA URPA, AOS CUIDADOS DA ANESTESIA.

Conduta

Em observação

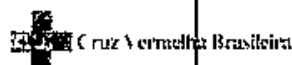
Bruno da Silva Mesquita
Cirurgião Bucimaxilofacial
CRM-PB 5126

JOEL DOS SANTOS

BRUNO DA SILVA MESQUITA
(CRM: 5126/PB)

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOEL DOS SANTOS	1169637	10/06/2019 01:20:23	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
01/01/2000	19a Sm 9d	Masculino	(83) 000060000
Mãe			Prontuário
NAO IDENTIFICADO			
Endereço	Bairro	Município	UF
PROJETADA, SN	CENTRO	GUARABIRA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA	6800/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/06/2019 01:20:23		10/06/2019 03:59:29	

Anamnese

NEUROCIRURGIA TCE GRAVE AO EXAME: COMA FARMACOLÓGICO INT + VM PUPILAS ISO ANÓTICAS TC COLUNA CERVICAL NORMAL TC RÂNIO NORMAL FRATURA FACE ASSOCIADA CONDUTA: APÓS CIRURGIA BUCO SUSPENDER SEDAÇÃO PARA AVALIAR DESPERTAR NEUROLÓGICO

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6800

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 8/8H, POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

AFERIR PA E FC

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

EXAME LABORATORIAL

CREATININA

UREIA

POTASSIO

SODIO

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CID10

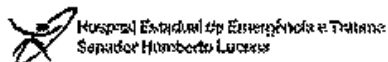
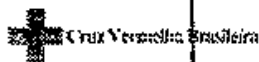
Código	Descrição
--------	-----------



Assinado eletronicamente por: TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA - 13/08/2020 14:47:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081314471664100000031770050>

Número do documento: 20081314471664100000031770050



CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente
JOEL DOS SANTOS
Data de nascimento: 01/01/2008 Idade: 19a 5m 1d
Sexo: Masculino
Mae: NAO IDENTIFICADO
Endereço: PROJETA-5N
Bairro: CENTRO
Município: GUARABIRA
UF: PB
Nº Cons. Regional: 2797 PB
Data/Hora Entrada: 10/06/2019 01:20:23
Data/Hora Prescrição: 10/06/2019 03:39:01
Dono Baixa
Telefone de Contato (83) 00000000
Proximidade

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO/MURO, ORIUNDO DE GUARABIRA E TRAZIDO PELO SAMU, ENTUBADO EM VVI, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. TRAUMA FACIAL E TCE AO EXAME ATLS. A: ENTUBADO EM VVI COM COLAR CERVICAL SPO2=100%. B. MV- EM AHT. COM CREPTACÕES A DIREITA C. P. CHEIO, FC=98 bpm, CORAÇÃO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. D. GLASGOW 13. PULSAIS FOTOREAGNTE E ISOCÓRICAS. MANTIDA EM PRANCHETA DE 200 N. E ABDOMEN LIVRE E PELVE ESTÁVEL. EXTREMIDADES SEM ANORMALIDADES. CM: MANTIDO EM RESPIRADOR - HIDRATAÇÃO EXAMES + PARÂMETROS ORTO-NCRBMP FISTO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 3000,0 ML VIA E.V. CONTÍNUA, 0,8 (MGTS/M)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

JOEL DOS SANTOS

FERNANDO RAMALHO DINIZ
(12792/PB)

Dr. Fernando Ramalho
Cirurgião Geral, Digestivo
e Víscero Laparoscópico
Cirurgia Geral

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



S06.9 Traumatismo intracraniano, não especificado

Conduta

Em observação

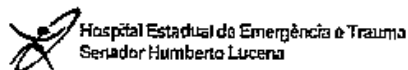
JOEL DOS SANTOS

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(: 6808/PB)

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

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6800





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

Impresso por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO GALVAO
Em: 17/06/2019 09:26:19

Nome JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento 1159637	Data/Hora Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/12/1989	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 708108515399638
Tempo de Internação 6d 22h 56min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data Internação 10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade: 7d 8h 6min	Permanência no Leito: 3d 15h 54min

EVOLUÇÃO MÉDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 17/06/2019 09:26:13)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

BMF

PACIENTE NO 8º DO DE RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR, NO MOMENTO SEM EDEMA, SEM QUEIXAS DE DOR, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO, DEISCÊNCIAS OU SINAIS DE INFECÇÃO, EXAMES DE CONTROLE DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE

CD ALTA DA BMF

Seção: POSTO IA - ENF2 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Clarissa Campelo
Bacharel em Odontologia
2537



AV. ORESTES LUISSA, S/n - PEDRO GONDIM
CNS: 445365 - Tel: 8332165700

Impresso por: RODOLFO
TORRES SOARES
BOULITREAU
Em: 16/06/2019 10:45:01

Nome JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento 1169537	Data/Hora Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/12/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 708108515899638
Tempo de Internação 6d 15min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data da Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data Internação 10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade: 6d 9h 25min	Permanência no Leito 2d 17h 13min

EVOLUÇÃO MÉDICA (RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU - 16/06/2019 10:40:03)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

BMF

PACIENTE NO 7 DPO 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

OD PERMANECER COM ATB ATÉ TÉRMINO DO CICLO

SOLICITO CURATIVOS COM A COMISSÃO

ODONTOLOGIA HOSPITALAR

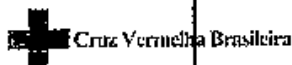
Seção: POSTO IA - ENF 2 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela Informação: RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU

Número Conselho: 3777

De Rodolfo Torres Soares Boulitreau
Cirurgia e Traumatologia
Boca-Maxilo-Facial
CRO-PB 3777





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: RODOLFO
TORRES SOARES
BOULITREAU
Em: 15/06/2019 10:33:35

Nome JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento 1169637	Data/Hora Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/12/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 708108515899638
Tempo de Internação 5d 3min	Convênio SUS	Planão DIURNO	Prontuário 116248
Data de Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data Internação 10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade: 6d 9h 13min	Permanência no Leito: 1d 17h 1min

EVOLUÇÃO MÉDICA (RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU - 15/06/2019 10:24:09)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

BMF

PACIENTE NO 6 DPO 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

ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Seção: POSTO IA - ENF 2 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU


Rodolfo Torres Soares Boulitreau
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRO-PB 3171
Número Conselho: 3777





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impressa por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO
GALVAO
Em: 14/06/2019 11:00:34

Nome JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento 1169637	Data/Hora Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saida
Data de nascimento 07/12/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 708108515899538
Tempo de Internação 4d 30min		Convênio SIUS	Prontuário 110248
Data da Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data Internação 10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade: 4d 9h 40min	Plantão DIURNO
			Permanência no Leito: 17h 28min

EVOLUÇÃO MÉDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 14/06/2019 11:00:22)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE NO SDO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA, 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

ODONTOLOGIA HOSPITALAR

SOLICITO EXAMES DE CONTROLE

Seção: POSTO IA - ENF 2 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Clarissa Campello
Bucco-Maxilo-Facial
CRO PA 2537



Assinado eletronicamente por: TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA - 13/08/2020 14:47:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081314471664100000031770050>

Número do documento: 20081314471664100000031770050



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 4545454 - Tel.:Impresso por: BRENO
GRACIOSO CARDOSO
Em: 12/06/2019 18:57:38

Nome JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento 1169837	Data/Hora Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/12/1993	Idade 19	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 2d 8h 27min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 116248
Data de Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data Internação 10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade: 2d 17h 37min	Permanência no Leito 1d 20h 24min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (BRENO GRACIOSO CARDOSO - 12/06/2019 18:57:21)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE TAVA LASCADO, MAS NOS CONSEGUIMOS EXTUBAR E FAZER UM MONTE DE COISAS, ISSO É PARA QUE EU NÃO TIVESSE QUE PASSAR O ACESSO CEFALICO NEM TROCAR O TUBO ... PUTZ, DETESTO TROCAR TUBO DE PACIENTE GOGUENTO!

PACIENTE COM QUADRO CLÍNICO MANTIDO, SEDADO, EM USO DE DORMONID, FENTANIL E PROPOFOL (AGITAÇÃO NO DIA ANTERIOR), REAGE AOS ESTÍMULOS, PUPILAS ISÓFOTAS RÉGENTES; INTUBADO SOB VMI, BEM ADAPTADO APESAR DO CUFF FURADO, COM ESCAPE AEREO, AUSCULTA RESPIRATORIA COM RUÍDOS DE TRANSMISSÃO; ACESSO VENOSO PERIFÉRICO (MSE) EM USO DE NORADRENALINA EM BAIXAS DOSES. 1
POLI ESCORIADO, FERIDA OPERATORIA EM FACE ESQUERDA.

RECUPERADA TC DE CRÂNIO FEITA ONTEM (COM NOME DE JOEL DOS SANTOS), SEM SINAIS DE EVENTOS NEUROLÓGICOS AGUDOS, BOA 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 (RETIRADA VENTURI À TARDE), MANTÉM PADRÃO RESPIRATORIO CONFORTÁVEL, AUSCULTA RUÍDOS SRA; ACESSO VENOSO PERIFÉRICO, PERVIO.

CDT

1. VIGILÂNCIA DO QUADRO RESPIRATORIO
2. PROGRAMAR ALTA DENTRO DAS 48H SE ESTABILIDADE.
3. ACOMPANHAMENTO COM A BMF (APESAR DE NÃO HAVER MAIS CONDUITA A ADOTAR)
4. SUPORTE CLÍNICO
5. LIBERAR DIETA ORAL DE PROVA (JÁ ACEITOU LÍQUIDOS E PASTOSO)

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1.: PO DE CORREÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA 2.: TGE TRAT. CONSERVADOR

3.: AC. DE MOTOMURO

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: SUPORTE INTENSIVO

2.: S. VENTILATORIO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1.: SEM RELATO

IMPRESSÃO CLÍNICA

Nome JOEL SANTOS DE OLIVEIRA		Boletim de Atendimento 1169537	Data/Hora Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/12/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 116248
Tempo de Internação 2d 8h 27min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data Internação 10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade: 2d 17h 37min	Permanência no Leito 1d 20h 24min	

DESCRIÇÃO:

GRAVE ESTAVEL

ANTIBIÓTICOS

1: CEFTRIAXONA

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1: SVD

2: TOT (ATE 12/06)

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DEGÜSTO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS

INÍCIO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: 10% ESCALA DE RASS: 2 AGITADO

RX TORÁX: ANEXO

EXAME FÍSICO: MV - ANT SRA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

FR: 12.00

SECREÇÕES: SEM ALTERAÇÃO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 72.00

PA: 128/78

SPO2: 99.00

DROGAS: SEM

EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS

EXAME FÍSICO: RCR EM 2T S/S

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: NÃO ABRE 1

RV: TUBO

EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO, CABEÇA NEUTRA, TC CRÂNIO DROGAS: DORMONID + FENTANIL

PUPILAS: ISOFOTORREAGENTES

PARESIAS: NÃO

LAUDO TC CRÂNIO: NO SISTEMA

EXAME FÍSICO:

SEDADO

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ENTERAL

EVACUAÇÃO: SEM RELATO

ABDÔMEN: PLANO, FLACIDO

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

EXAME FÍSICO:

AINDA NÃO INICIOU DIETA

SISTEMA TÓXICO/INFECCIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA, ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA FERIDA: NAO

EXAME FÍSICO:

AFEBRIL

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

DIURÉTICO, QUAL?: NÃO

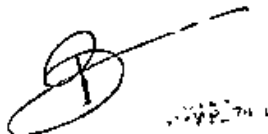
EDEMA: SEM

EVOLUÇÃO: GLICEMIA CONTROLADA

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

Profissional responsável pela Informação: BRENO GRACIOSO CARDOSO

Número Conselho: 7851






INTERNO, S/N -
CNES: 454552 - Tel.:

Impresso por: DARCY
SANTOS DELFINO
Em: 11/06/2019 10:12:13

Nome JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento 1169637	Data/Hora Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/12/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 23h 42min	Convênio SUS	Planão DIURNO	Prontuário 116246
Data de Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data Internação 10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade: 1d 3h 52min	Permanência no Leito: 11h 39min

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE GRAVE, BASTANTE AGITADO MESMO COM SEDAÇÃO E ANALGESIA, PULSILAS ISOMIOTICAS, INTUBADO EM VMI, SEM SECREÇÃO PULMONAR, AFEBRIL, HEMODINAMICA ESTAVEL, SEM DVA, DIURESE REGULAR

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1.: PO DE CORREÇÃO DE FRATURA DA MANDIBULA 2.: TCE TRAT. CONSERVADOR 3.: AC. DE MOTO/MURO

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: SUPORTE INTENSIVO 2.: S. VENTILATORIO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1.: SEM RELATO

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

GRAVE ESTAVEL

ANTIBIÓTICOS

1.: CEFTRIAXONA

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1.: SVD 2.: TOT

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS

INÍCIO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: 10/6 ESCALA DE RASS: 2 AGITADO

RX TORAX. ANEXO

EXAME FÍSICO: MV - AHT SRA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

FR: 12.00

SECREÇÕES: SEM ALTERAÇÃO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 72.00

PA: 101/53

SPQ: 99.00

DROGAS: SEM

EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS

EXAME FÍSICO: RCR EM 2T S/S



Nome JOSE STANISLAU BORGES	Botão de Atendimento 1169637	Data/Hora Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/12/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 116248
Tempo de Internação 23h 42min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data Internação 10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade; 1d 9h 52min	Permanência no Leito: 11h 39min

AO: NÃO ABRE 1

RV: TUBO

EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO CABEÇA NEUTRA, TC CRÂNIO DROGAS: DORMONID + FENTANIL

PUPILAS: ISOFOTOREAGENTES

PARESIA: NÃO

LAUDO TC CRÂNIO: NO SISTEMA

EXAME FÍSICO:

SEDADO

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ENTERAL

EVACUAÇÃO: SEM RELATO

ABDÔMEN: PLANO, FLACIDO

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

EXAME FÍSICO:

AINDA NÃO INICIOU DIETA

SISTEMA TÓXICO/INFECIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA, ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA FERIDA: NAO

EXAME FÍSICO:

AFEBRIL

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

DIURETICO, QUAL?: NÃO

BALANÇO HÍDRICO EM 24HS (ML): 420.00

DIURESE PARA ÚTILMAS 24HS: 650.00

EDEMA: SEM

EVOLUÇÃO: GLICEMIA CONTROLADA

EVOLUÇÕES FINAIS

CONCLUSÕES:

CUIDADOS INTENSIVOS

ACOMPANHAMENTO COM O NEURO E BUCOMAXILA

INICIAR DIETA ENTERAL

Dra. Darcy Delfino
Médica
CRM: 1533 PB

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

Profissional responsável pela informação: DARCY SANTOS DELFINO

Número Conselho: 1533





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454552 - Tel.:

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

Nome JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento 1169637	Data/Hora Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/12/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 1d 10h 45min	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	Prontuário 116248
Data de Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data Internação 10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade: 1d 19h 55min	Permanência no Leito: 22h 42min

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

INTERCORRÊNCIA

DESCRIÇÃO:

EVOLUÇÃO NOTURNA

PACIENTE GRAVE, SOB SEDAÇÃO E ANALGESIA, PUPILAS ISOMIOTICAS, INTUBADO EM VMI, SEM SECREÇÃO PULMONAR, AFEBRIL E HEMODINAMICA ESTAVEL, SEM DVA, DIURESE REGULAR, EM BOA QUANTIDADE E COM SINAIS VITAIS DENTRO DA NORMALIDADE.
CD: SUGIRO REALIZAÇÃO DE TQT

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

Profissional responsável pela informação: WHANNY CRISTINA DOS SANTOS ALBUQUERQUE

Número Conselho: 8518

Dra. Whanny Albuquerque
Médica Intensiva
Cardiologia / Ecocardiografia
CRM 8518





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNPJ: 454553 - TEL: 8332165703

Impresso por: YVON ROMMEL
FIGUEIRA DE LUNA
Em: 10/06/2019 23:31:39

Nome JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento 1169637	Data/Hora Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/12/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 13h 1min	Convênio SUS		Prontuário 116248
Data de Entrada 10/06/2019 01:20:23	Data Internação 10/06/2019 10:30:21	Permanência na Unidade: 22h 11min	Permanência no Leito: 58min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (YVON ROMMEL FIGUEIRA DE LUNA - 10/06/2019 23:31:25)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE PROVENIENTE DA URPA EM 1 DPO CORREÇÃO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA APOS AC AUTOMOBILISTICO (MOTO X OBSTÁCULO FIXO).

TCE EM TRATAMENTO CONSERVADOR PELO NEURO

CHEGA A UTI ENTUBADO, SEDADO, VMI, PUPILAS MIÓTICAS, ISOCÓRICAS, HEMOD ESTÁVEL

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1. FOS OP CORREÇÃO FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA 2. TCE TIO CONSERVADOR

3. AC MOTO X MURO

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1. SUPORTE INTENSIVO

2. SUPORTE HEMODINÂMICO

3. SUPORTE NEUROLÓGICO

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

PACIENTE GRAVE EM FOS OP CIRURGIA BUCOMAXILO

ANTIBIÓTICOS

1. CEFTRIAXONA

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1. SVD

2. TOT

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE INÍCIO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: 10.06.19

ESCALA DE RASS: 3 SEDACAO MODERADA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: SOB TOT

FR: 13.00

SECRETÇÕES: SEM ALTERAÇÃO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 85.00

PA: 100X90

SPO2: 100.00

DROGAS: SEM

EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: NÃO ABRE 1

RV: TUBO

RM: RETIRADA À DOR 4

EVOLUÇÃO: TC CRÂNIO

LAUDO TC CRÂNIO: NORMAL

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ENTERAL

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

SISTEMA TÓXICO/INFECIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIOTICOTERAPIA, ANTIOTICOTERAPIA ADEQUADA PERIDA: FAZE

EVOLUÇÕES FINAIS

OUTROS EXAMES:



Nº de		Bolém de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JOEL SANTOS DE OLIVEIRA		1169637	10/06/2019 01:20:23	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
07/12/1999	19	Masculino		116248
Tempo de internação		Convênio		Plantaio
13h 1min		SUS		NOTURNO
Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade:		Permanência no Leito:
10/06/2019 01:20:23	10/06/2019 10:30:31	22h 11min		59min

TC COLUNA CERVICAL NORMAL

TC CRANIO NORMAL

CONCLUSÕES:

PACIENTE EM POS OP FRATURA FACE (MANDIBULA)

DIAGNÓSTICA: ULLANETE DANTAS

Seção: UFO - ENF 30 SALA 03 Leito: LEXO - 002

Profissional responsável pela informação: YVON ROMMEL FIGUEIRA DELUNA

Dr. Yvon Rommel F. Luna
Cardiologista - CRM 411719
Unimed: 032504717
Régua: 13022801

Número Conselho: 4717



[illegible]

1. 2019 年 12 月 31 日 2019 年 12 月 31 日 2019 年 12 月 31 日
 2. 2019 年 12 月 31 日 2019 年 12 月 31 日 2019 年 12 月 31 日

GOVERNMENT

URPA SA NO-
CHES: 1256675-731

1. The above information was obtained from the following sources:

 2. The above information was obtained from the following sources:

 3. The above information was obtained from the following sources:

Nome	Expurgo de Adrenocortisol		Data Hora Entrada	Data Hora Saída
JOEL DOS SANTOS	1165627		10/05/2019 09:28:23	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Profil. SNU
01/01/2000	19	Masculino		162345
Tempo de Internação	Código		Plantão	
4h 4min	SUS		DIURNO	
Data de Entrada	Data Internação	Permanência de Unidades	Permanência no FIC	
10/05/2019 01:28:23	10/05/2019 10:30:31	15h 14min	4h 4min	

EVOLUÇÃO MEDICA (MARCUS VINICIUS SANTANA SANTOS - 10/05/2019 14:33:48)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMIENTO

DESCRICAÇÃO DA EVOLUÇÃO.

#Anestesiologia/IRPA 14:00 - 1 DPO Tratamento cirúrgico de fratura de mandíbula
EGG, intubado (chegou ao Hospital já intubado, Vt. PCV satisfeita, pressão Vt. cup as medidas fisiológicas, a
+. Hemodinamicamente estável s/ DVA.

EM USO: CEFZOLINA

Sinajis vitais: PA 130 X 80; FC 100; SPO2 98. Dab.Rt. 38,4 °C.

Monitorização básica + SVD. Acesso remoto perfeito.

Ao exame: EGG, fere^{do} ao toque, acianótico, hidratado, descolorado (-/+).

AP e ACV: NDN

ADD: RHA - 5/ VMG

Extremidades: enchimento capilar adequado, sem edemas. Duro cheio regular e simétrico.

Exames laboratoriais: não encontrados

CD:

* Solicito exames laboratoriais/ gasometria arterial

*Vigilância intensiva

*Medidas de neuroproteção

"Aguardando vaga de UTE"

Seção: AREA LARANJA - UDC B Lote: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: MARCUS VINÍCIUS DA SILVA, EAD 10.

Number of Cases, by Age





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

NOME: JOEL DOS SANTOS BE/PRONTUÁRIO 1189637
IDADE: 19 SEXO: M COR: DATA: 10/06/19
CLÍNICA /SETOR: BMF EMP: LR:
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA
CIRURGIÃO: DR BRUNO MESQUITA 1º ASS: ANDRE RESIDENTE
2º ASS: GLAUCY RESIDENTE 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA	S026

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: N
DESCRIÇÃO: N
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: N

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

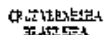
ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Bruno da Silva Mesquita
Cirurgia Bucodentofacial
CRO-PB 5126

DATA: 10/06/19





SECRET

Médico/CRM:

João Pessoa,

10/06/19





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HISTÓRI

NOME: JOEL DOS SANTOS BE/PRONTUÁRIO 1169637
IDADE: 19 SEXO: M COR: DATA: 10/06/19
CLÍNICA/SETOR: BMF EMP: LR:
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA
CIRURGIÃO: DR BRUNO MESQUITA 1º ASS: ANDRE RESIDENTE
2º ASS: GLAUCY RESIDENTE 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DÍAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA	S026

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: N
DESCRIÇÃO: N
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: N

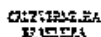
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: 10/06/19

Dr. Bruno Mesquita
Cirurgião Maxiloacial
CRO-PB 129



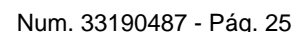
[illegible]**Médico/CRM:**

~~Bruno de Silva Mesquita~~
~~Cirurgia Buco-maxilo-facial~~
~~CRM-PB 5.26~~

10/06/19



SEPN DO PACIENTE	1	10
<input checked="" type="checkbox"/> LAFT <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	2	16
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDENCIA	3	17
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS <u>URPA</u>	4	18
	5	19
	6	20
OBSERVAÇÕES SUPLENTE		
<p>para a obtenção de sangue pela lucomanilha. Prescrito foi montado em URPA, sob guarda direta, depois o sistema foi nada com 1 + 2 + 3 + 6 + 3. Culo montado, a URPA não redescolgida para a coleta de mil de concentração 06.45. Deixado as unidades existentes à cargo de Sr. Tereza.</p>		
		ASSINATURA DO MÉDICO
		ASSINATURA DO ENFERMEIRO



NÚMERO DO PROCESSO: 0800728-67.2020.8.15.0081 - **CLASSE:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) -
ASSUNTO(S): [Seguro]

PARTES: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Nome: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Endereço: sítio manitu, s/n, zona rural, BORBOREMA - PB - CEP: 58394-000

Advogados do(a) AUTOR: JOVELINO CAROLINO DELGADO NETO - PB17281, TIAGO JOSE SOUZA DA SILVA - PB17301

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

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

VALOR DA CAUSA: R\$ 13.500,00

DESPACHO.

Defiro a gratuidade.

Diante da pandemia decorrente do "covid-19", inviabilizando, sine die, a realização de atos processuais presenciais nas dependências do Poder Judiciário, afigura-se necessário o prosseguimento do feito, afim de evitar prejuízos à prestação jurisdicional, sem prejuízo da realização da tentativa conciliatória, a qualquer tempo, mediante manifestação expressa de ambas as partes, desde que presente o efetivo interesse na autocomposição, o que faço em consonância com o Enunciado 35 da ENFAM: "Além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo".

ISTO POSTO, CITE-SE o réu para integrar a relação processual e apresentar CONTESTAÇÃO no prazo de 15 dias (em dobro para fazenda, exceto juizado da fazenda), bem como informar/requerer/produzir, na mesma petição, eventuais provas que pretendem produzir e apresentar propostas de acordo.

Advirto que, se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor.

O PRESENTE ATO JUDICIAL, assinado eletronicamente, servirá como instrumento para citação, intimação, notificação, depreciação ou ofício para todos os fins. Segue no timbre os dados e informações necessários que possibilitam o atendimento de seu desiderato pelo destinatário (Conforme autorização do Código de Normas da CGJ/PB).

BANANEIRAS, Domingo, 30 de Agosto de 2020, 13:39:32 h.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

JAILSON SHIZUE SUASSUNA



JUIZ DE DIREITO

