



Número: **0817677-18.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **13/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE BARBOSA DOS SANTOS (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38515983	19/01/2021 12:17	<a href="#">2778666_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200138876**

**Vítima: JOSE BARBOSA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 23/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE BARBOSA DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

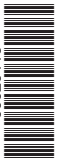
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15683408

Pag. 00897/00898 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020449





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200138876 Vítima: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE BARBOSA DOS SANTOS

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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.

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. 00595/00596 - carta\_03 - INVALIDEZ

0050298



Carta nº 15684961





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138876

Vítima: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE BARBOSA DOS SANTOS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 000008571-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0108449-20 3 - CPF da vítima: 056 205 674 27 4 - Nome completo da vítima: José Barbosa dos Santos

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

5 - Nome completo: José Barbosa dos Santos 6 - CPF: 056 205 674 27  
7 - Profissão: pedreiro 8 - Endereço: Rua Severina Barros e Silva 9 - Número: 514 10 - Complemento: QK 22  
11 - Bairro: Três Irmãs 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58444-000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 986434993

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 8571 7

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qualquer tempo, mediante crédito e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo presente ato, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande - PB 03/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPS.001 V007/2019



**PRF**

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19071181B01



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat) /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com **MÉDIA** ou **GRANDE MONTA**, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 9D1BCA7011231443B86736BE8DE673.

**191**







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19071181B01

### INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 23/12/2019 Hora: 12:45 Município: CAMPINA GRANDE/PB  
BR: 230 KM: 160,6 Sentido: Decrescente  
Policial responsável pelo atendimento: DANTAS FILHO, 1339668

### ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Rotatória	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

### IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

### NARRATIVA

No dia 23/12/2019, por volta das 12h45, no km 160,6 da BR-230, Zona urbana do município de Campina Grande-PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com vítimas (2 vítimas com lesões graves). Os veículos envolvidos foram: o caminhão FORD/F4000 de cor PRATA (V1); e a motocicleta HONDA/CG 125 TODAY, de cor VERMELHA (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 estava realizando um cruzamento da rodovia e não percebeu a presença de V2 que transitava sobre a mesma. A colisão ocorreu na faixa de trânsito do sentido Soledade-PB para Campina Grande (decrecente), conforme constatação dos fragmentos de frenagem de V2 e posição de parada de ambos os veículos. Com o impacto, V2 tombou, derrubando o condutor e passageiro da motocicleta, que tiveram lesões graves (arranhões e fraturas), em função da colisão com V1 e posterior queda sobre a via. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi o desrespeito da sinalização de "PREFERÊNCIA", para os veículos que transitavam sobre a rodovia, por parte de V1. Observações: O local do acidente estava parcialmente preservado. O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos e de Preferência para os veículos que transitavam sobre a via. O condutor e a passageiro de V2 foram socorridos pelo SAMU para o Hospital de Traumas de Campina Grande-PB. O veículo V1 apresentava defeito no funcionamento do Tacógrafo e em razão disso, foram adotados os procedimentos administrativos cabíveis, com a confecção do Auto de Infração T203833422 e Retenção para regularização por meio do RRD 1402012312191452. O veículo V2 não tinha o 1º Emplacamento e o seu condutor,



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 9018CA7011231443BB6738EBDE673.

191





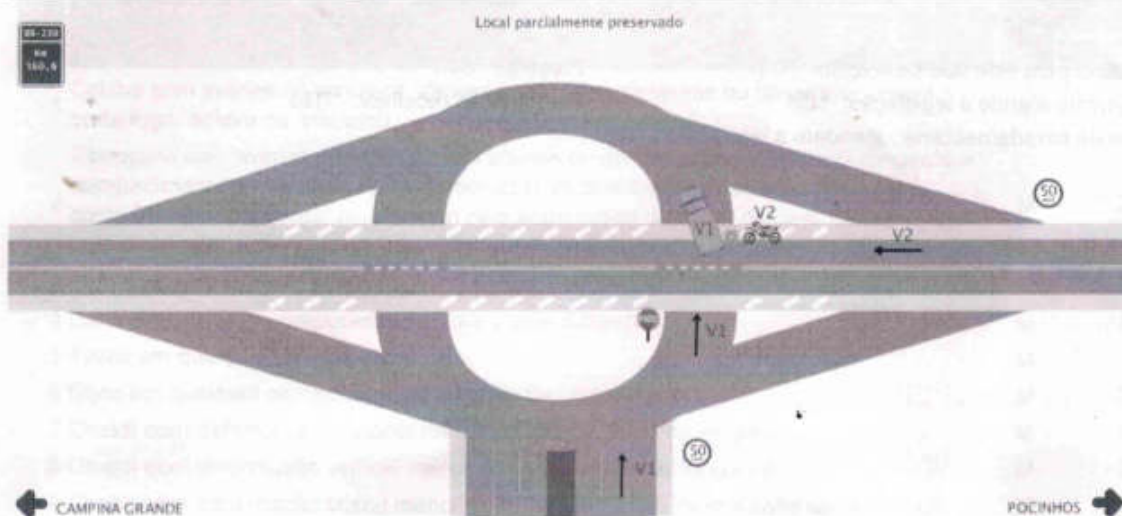
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19071181B01

Sr. RODRIGO BARBOSA MONTEIRO, não possuía CNH, motivo pelo qual o veículo foi removido ao pátio conveniado da PRF, conforme DRV 14021912231455-4720 condutor de V1 realizou teste de etilômetro, cujo resultado não acusou ingestão de álcool. O condutor de V2, não realizou o teste de alcoolemia, por ter sido socorrido ao Hospital de Traumas de Campina Grande-PB, antes da chegada da equipe da PRF. No Hospital, o mesmo encontrava-se desacordado na diligência realizada pela PRF.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - QLB0997 - CAMINHÃO

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 9D1BCA7011231443BB8739BEBDE673.

191







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19071181B01

Placa: QLB0997      Marca/modelo: FORD/F 4000 P      Renavam: 01063296436  
Ano fabricação: 2015      Chassi: 9BFLF47P5FB003811      Tipo de veículo: Caminhão  
Espécie: Carga      Categoria: Aluguel      Cor: Prata  
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista  
Informações complementares: NÃO PERCEBEU A APROXIMAÇÃO DA MOTOCICLETA QUE TRANSITAVA SOBRE A VIA.

V1 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim      Presente: Sim  
Equipamento atende à legislação: Não      Diagrama foi recolhido: Não  
Tempos de parada/descanso atendem à legislação: Não



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23 /12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 901BCA7011231443886736BE8DE673.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19071181B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FORD/F 4000 P

Placa: QLB0997

Nº BOAT: 19071181B01

Nome do Agente: DANTAS FILHO

Matrícula do Agente: 1339668

Data: 23/12/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M	X		
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M	X		
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X		
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X		
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X		
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G	X		
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X		
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M	X		
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G	X		
16	Air bags ( se existir)	M	X		

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 9018CA7011231443B8673B8E80E673.

191







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19071181B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/hovobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 901BCA7011231443B86736BE8DE673.

**191**





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19071181B01

V1 - Proprietário

Nome: JULIO CEZAR MARCELINO DE SOUTO  
Email:  
Endereço: SOLEDADE-PB

CPF/CNPJ: 020.728.464-47  
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - CLAUDIONOR JOSE BORGES COSTA

V1C - Informações

Nome: CLAUDIONOR JOSE BORGES COSTA  
CPF: 237.738.984-87  
Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 22/03/1955  
Estado civil: Casado(a)  
Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

Informações complementares: VEÍCULO COM O TACÓGRAFO SEM A MARCAÇÃO DE NENHUMA DAS AGULHAS.AUTO DE INFRAÇÃO T203833422, RRD 1402012312191452

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: C  
UF: PB  
Observações CNH: A

Primeira habilitação: 23/08/1979  
Vencimento da habilitação: 08/01/2020

Nº Registro: 01598997601  
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim  
Visíveis sinais de embriaguez: Não  
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA GOUVEIA NOBREGA, 194, CENTRO, SOLEDADE-PB  
Telefone: +55 83-996639039

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - NÃO SE APLICA - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: Marca/modelo: HONDA/CG 125 TODAY  
Ano fabricação: Chassi: 9C2JC1801MR216597  
Espécie: Categoria:  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam:  
Tipo de veículo: Motocicleta  
Cor: Vermelha

V2 - Encaminhamento

Motivo: Ausência de responsável

Tipo de Receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: VEÍCULO SEM RESPONSÁVEIS NO LOCAL.VEÍCULO SEM 1º



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 9D1BCA7011231443B987368E8DE673.

191







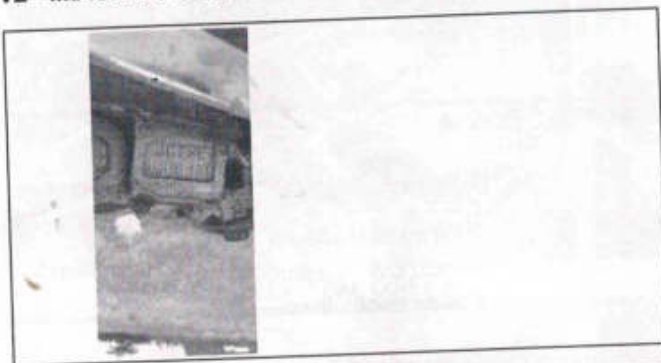
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19071181B01

EMPLACAMENTO.

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339568, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/impvobal/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 9D1BCA7011231443B86739BE80E673.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19071181B01

**V2 - Proprietário**

Nome: SEM DADOS DOS PROPRIETÁRIOS  
Email:  
Endereço:

CPF/CNPJ:  
Telefone:

**V2C - CONDUTOR DE V2 - RODRIGO BARBOSA MONTEIRO**

**V2C - Informações**

Nome: RODRIGO BARBOSA MONTEIRO  
CPF: 700.141.544-80  
Sexo: Masculino  
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 19/02/1994  
Estado civil: Casado(a)  
Estado físico: Lesões Graves

**V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria:  
UF:  
Observações CNH:

Primeira habilitação:  
Vencimento da habilitação:

Nº Registro:  
Motorista profissional: Não

**V2C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não  
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V2C - Dados do Contato**

Endereço: BONIFACIO GOMES DE ARAUJO, 144, RUA, RAMADINHA II, CAMPINA GRANDE-PB  
Telefone: +55 83 987872493

Email:

**V2C - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: CONDUTOR REMOVIDO AO HOSPITAL DE TRAUMAS DE CAMPINA GRANDE /PB, ANTES DA CHEGADA DESTA EQUIPE DA PRF.

**V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - JOSE BARBOSA DOS SANTOS**

**V2P1 - Informações**

Nome: JOSE BARBOSA DOS SANTOS  
CPF: 056.205.674-27  
Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 20/05/1986  
Sexo: Masculino  
Usava capacete: Ignorado

**V2P1 - Dados do Contato**



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339688, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 5D1BCA7011231443BB6739BE8DE673.

**191**







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19071181B01

Endereço: BRASIL, 192, SAO DOMINGOS, BREJO DA MADRE DE DEUS-PE  
Telefone: +55 83 99863 5397 Email:

V2P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: CONDUTOR REMOVIDO AO HOSPITAL DE TRAUMAS DE CAMPINA GRANDE /PB, ANTES DA CHEGADA DESTA EQUIPE DA PRF.



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339666, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobati/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 5D1BCA7D112314A3BB6739BE8DE673.

**191**





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0108449-20

3 - CPF da vítima:

056 205 674 27

4 - Nome completo da vítima

José Barbosa dos Santos

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

5 - Nome completo:

José Barbosa dos Santos

6 - CPF:

056 205 674 27

7 - Profissão:

procurador

8 - Endereço:

Ava Severina Barros e Silva

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

QK 22

11 - Bairro:

Três Irmãs

12 - Cidade:

Compinha Grande

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

53444000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

83 986434993

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1038

CONTA: 8571

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qualquer tempo, recebendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por meio desta, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascit)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34 - Assinatura:

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Compinha Grande - PR 03/04/2020

\* José Barbosa dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.001 V007/2019





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000008571-7

---

---

Nr. da Autenticação 1737EB4D42B4C900



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - : Nº 006.116.992



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.839-1

## DADOS DO CLIENTE

ANA PAULA DA SILVA BARBOZA  
RUA SEVERINA BARROS E SILVA S/N Q K L 20  
CAMPINA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/230255-2

## REFERÊNCIA

MAR/2020

## APRESENTAÇÃO

20/03/2020

## CONSUMO

69

## VENCIMENTO

27/03/2020

## TOTAL A PAGAR




R\$ 20,29

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/03/2020				
Pagador: ANA PAULA DA SILVA BARBOZA CNPJ/CPF: 049.402.054-79				
RUA SEVERINA BARROS E SILVA S/N Q K L 20 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360001525945	000230255202003	27/03/2020	R\$ 20,29	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Data da internação: 23/12/2019 Hora: 14:58:11

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
JOSE BARBOSA DOS SANTOS		2068559	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
	20/05/1986	Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
		83 987872493	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
JARDIM VERDEJANTE, 0, JARDIM VERDEJANTE			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO MUNICIPAL	15 - UF
Campina Grande		250400	PB
		16 - CEP	58400002
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO-CARRO COM TRAUMA EM COXA ESQUERDA APRESENTANDO DOR + EDEMA + LIMITACAO DO MOVIMENTO DO MIE. RADIOGRAFIA MOSTRA FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO NEGA ALERGIAS, DM2 OU HAS. NEUROVASCULAR PRESERVADO AGUARDO LIBERACAO DA NCR E CIR. GERAL PARA INTERNACAO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO CIRURGICO ORTOPEDICO.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
ANAMNESE + EF + RX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
FX DIAFISE DE FEMUR E			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	02		700501777865557
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
YWRV DE PAIVA CAMARA		23/12/2019	 DR. YWRV DE PAIVA CAMARA CRM 10.1148
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOE			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
/ /	 SUELIO MOREIRA TORRES CRM 10.1148		
49 - Nº DA AUTOREZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			







04/01/2020

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Data: 04/01/2020  
NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

Data da Internação: 23/12/2019 Data da Alta: 04/01/2020

Registro: 2068559

Tempo de Permanência: -18254

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diagnóstico Final: FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data: 02/01/2020

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: FERNANDO ANTONIO COSTA WANDERLEY

Medicamentos: SINTOMATICOS

Infeção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ADMITIDO COM FRATURA DE COLO DE FEMUR + DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO.

Orientações: - PRESCREVO AINE + ANALGESICO + CIPRO + XARELTO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825

Data: 04/01/2020

Assinatura/Carimbo  
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo





GOVERNO  
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/01/2020

Horas: 08:32:36

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2068559 Paciente: JOSE BARBOSA DOS SANTOS Idade: 033 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 20/05/1986 Admissão: 23/12/2019 DIH - 10

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX DIAFISE FEMUR E + COLO E

DIA 02/01/2020

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE APOS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 27 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h OD/5D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 26 09
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 09
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	12 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12 24
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22 24
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	cte
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cte
13	MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO	cte
14	CURATIVOS	cte

## EVOLUÇÃO

DATA: 02/01/2020 HORA: 08:32:09

ORTOPEDIA

TRANS OP SEM INTERCORRENCIAS

A SRPA

SOL: RXS

Dr. Eldiman Soares de Araujo  
Médico Traumatologista-Ortopedista  
CRM: 6960  
CPF: 043.079.784-20

ASSINATURA + CARIMBO  
Eldiman Soares De Araujo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/12/2019

Horas: 10:35:18

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2068559 Paciente: JOSE BARBOSA DOS SANTOS Idade: 033 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 20/05/1986 Admissão: 23/12/2019 DIH - 8

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX DIAFISE FEMUR E + COLO E

DIA 31/12/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	5 IN
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	5 IN
9	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	simto
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	//

### EVOLUÇÃO

DATA: 31/12/2019 HORA: 10:34:27

PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM BEG.

NEGA QUEIXA DE DOR.

TTE + GOTEIRA.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

DIURESE +. EVACUAÇÕES +.

PRE-OP: OK

# CONDUTA:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito de Araujo  
Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
MR. ORTOPEDIA - R.M. 1111111111  
CR 19 - PB 8926







GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/12/2019

Horas: 10:31:10

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2068559 Paciente: JOSE BARBOSA DOS SANTOS Idade: 033 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 20/05/1986 Admissão: 23/12/2019 DIH - 5

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX DIAFISE FEMUR E

DIA 28/12/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	Ciente
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	Je 24 32
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	Je 24 32
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	Je 24 32
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	5N
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	Je 24 32
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	5N
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	5N
9	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	Ciente
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Ciente

### EVOLUÇÃO

DATA: 28/12/2019 HORA: 10:30:59

PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM BEG.

NEGA QUEIXA DE DOR.

TTE + GOTEIRA.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

DIURESE +, EVACUAÇÕES +.

PRE-OP: OK

# CONDUTA:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito de Araujo

Jr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
MR ORTOPEDIA - ZAL/MATOLÓG  
CRM - PB 8926



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:17:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912174468800000036726948>


Número do documento: 21011912174468800000036726948

Paciente: José Barbosa dos Santos	Idade: 33 a
Convênio: SUS	Data: 02/01/2009
Procedimento: osteossíntese	
Cirurgião: Dr. Eldimar	Auxiliar: Dr. Enrielan Anestesista: Dr. Wanderley
Início: 08:35	Término: 10:20 Anestesia Raqui

[illegible][illegible]

Observações:

Paciente consciente e orientado, mov. mantendo o voluntarismo  
nao de 154 mmHg. sem gases. O2 de 3RPA

  
4553

Assinatura Anestesiologista

Circulante

MOD. 103



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

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

---

Assinatura do anestesista



## HOSPITAL

*Triduma b. grandis*

**CORTICAL**  
MATERIAL CIRÚRGICO

Av. Francisca Moura, 336A - Centro  
João Pessoa-PBCEP: 58013-440  
Fone: (83) 3034.5400  
E-mail: vendas@cortical.com.br  
financeiro@cortical.com.br

**NOME DO PACIENTE**

Post Barba da S. Cortes

## PROCEDIMIENTO

-flat Plate of Amur + Collo Form

## REGISTRO

Q63539

## DATA

02/04/2020

## CONVÊNIO

LLH

MEMBRO OPERADO

NOME DO MÉDICO

Art: Eclimom

[illegible]

02 de Janeiro de 2020

Kečia kalnė

Recebido por:  
Dra. Ana Maria da Silva  
MR. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825









c = limpa

Beschriftung: Allyl-Unterp

Chilena 123.700-2. MOD 066



HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: JOSE B DAOS SANTOS			Data da Cirurgia 02/01/2020
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. ELDIMAN		1º Auxiliar : DR EDUARDO	
2º Auxiliar DR EVERLAN		Instrumentador KESSIA	
Anestesista: DR F WANDERLEY		Anestesia :	
Diagnóstico Pré-operatório : FX FEMUR E			
Tipo de Cirurgia : OSTEOSINTESE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
<b>DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</b>			
<p>01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</p> <p>02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE</p> <p>03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS</p> <p>04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR E + DIVULSAO POR PLANOS</p> <p>05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS</p> <p>06- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA DCP</p> <p>07- SFO.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO</p> <p>08- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS</p> <p>09- CURATIVOS</p> <p style="text-align: right;">Dr. Eldimar Soares de Araujo Médico Traumato-Ortopedista CRM: 6960 CPF: 043.079.784-20</p>			



<b>HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE</b>			
Nome do Paciente: JOSE B DOS SANTOS			
CNS	Enfermaria 1	Leito 1	Prontuário
Cirurgião: Dr. ELDIMAN		1º Auxiliar : DR EVERLAN	
2º Auxiliar DRA ANA		Instrumentador: ANDRE	
Anestesista: DR F WANDERLEY		Anestesia : RAQUI	
Diagnóstico Pré-operatório : FX COLO FEMORAL E			
Tipo de Cirurgia : OSTEOSINTESE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: SIM			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
<b>DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</b>			
:01 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA EM MESA DE TRAÇÃO :02 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS :03 – APOSIÇÃO DE CANULADOS 6.5/7.0MM (2) :04 – LAVAGEM SF09% + HEMOSTASIA :05 - SUTURA POR PLANOS :06 - CURATIVO :07 - À URPA			
Dr. Eldiman Soares de Araújo Médico Traumato-Ortopedista CRM: 6960 CPF: 043.079.784-20			









c = limpa

Azul metileno amp.  
Bacteriemi

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: JOSE B DAOS SANTOS			Data da Cirurgia 02/01/2020
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. ELDIMAN		1º Auxiliar : DR EDUARDO	
2º Auxiliar DR EVERLAN		Instrumentador KESSIA	
Anestesista: DR F WANDERLEY		Anestesia :	
Diagnóstico Pré-operatório : FX FEMUR E			
Tipo de Cirurgia : OSTEOSINTESE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
<b>DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</b>			
<p>01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</p> <p>02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE</p> <p>03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS</p> <p>04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR E + DIVULSAO POR PLANOS</p> <p>05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS</p> <p>06- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA DCP</p> <p>07- SFO.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO</p> <p>08- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS</p> <p>09- CURATIVOS</p> <p style="text-align: right;">Dr. Eldimar Soares de Araujo Médico Traumatologista-Ortopedista CRM: 6960 CPF: 043.079.784-20</p>			



<b>HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE</b>			
Nome do Paciente: JOSE B DOS SANTOS			
<b>CNS</b>	Enfermaria 1	Leito 1	Prontuário
Cirurgião: Dr. ELDIMAN		1º Auxiliar : DR EVERLAN	
2º Auxiliar DRA ANA		Instrumentador: ANDRE	
Anestesista: DR F WANDERLEY		Anestesia : RAQUI	
Diagnóstico Pré-operatório : FX COLO FEMORAL E			
Tipo de Cirurgia : OSTEOSINTESE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: SIM			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
<b>DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</b>			
:01 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA EM MESA DE TRAÇÃO :02 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS :03 – APOSIÇÃO DE CANULADOS 6.5/7.0MM (2) :04 – LAVAGEM SF09% + HEMOSTASIA :05 - SUTURA POR PLANOS :06 - CURATIVO :07 - À URPA			
Dr. Eldiman Soares de Araújo Médico Traumatologista-Ortopedista CRM: 6960 CPF: 043.079.784-20			







23/12/2019



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2068513 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/12/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: JOSE BARBOSA DOS SANTOS CEP: 58400002 Nascimento: 20/05/1965

Sexo: M Telefone: 987872493  
Endereço: JARDIM VERDEJANTE Bairro: JARDIM VERDEJANTE

Idade: 033 RG: Nº: 0

Cidade: Campina Grande Profissão: PADEIRO

Nome da Mãe: CPF: CNS: 964141441

Responsável: RAQUEL Estado Civil: Solteiro(a) CONVÊNIO: SUS

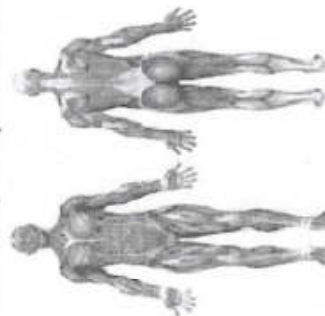
Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO Hora: 13:57:59

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada 36.   
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta 37.   
3. Avulsão 21. Hematoma 38.   
4. Contusão 22. Injuriamento Venoso 39.   
5. Crepitação 23. Laceração 40.   
6. Dor 24. Lesão tendinosa 41.   
7. Edema 25. Luxação 42.   
8. Empalhamento 26. Mordedura 43.   
9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal 44.   
10. Enxameamento 28. Objeto Encaixado 45.   
11. Equimose 29. Ocorrência 46.   
12. F. Arma branca 30. Paralisia 47.   
13. F. Arma de fogo 31. Parestesia 48.   
14. F. Cortado 32. Parosteia 49.   
15. F. Cortante 33. Queimadura 50.   
16. F. Corto-contuso 34. Rinite 51.   
17. F. Perfuro-contuso 35. Sinais de Isquemia 52.   
18. F. Perfuro-cortante 36.



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

DIGNOSTICO / CID:

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

Bo Dispso fawn @.

10.1.1.148/projetohctg/impreclassi.php?contar=2068513&dataatend=2019-12-23&horaatend=13:59:06

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Observação: não o ato de risco trazido pelo sistema de punição calçada no meio de uma rua, pois o risco foi reduzido com o uso de placas de sinalização e a presença de agentes de trânsito. Não houve acidente de trânsito.

ALERGIA: ( )

MEDICAMENTOS: ( )

PATOLOGIAS: ( )

EXAME FÍSICO

PUPILOS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Jgsonometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR, 17-15 às

Especialista: NCR, 17-15 às

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

1. OSL 500ml EV

2. Dupinoma 1g f.t. EV, agudo

3. 14-20

4.

5.

6.

HORÁRIO REALIZADO

3 14-20

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Sales Sales Court

CRM 2159-PB

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#Montezuma, 14h53'

Prezante vítima de colisão moto-carro  
 CI turva em casa (E). Refere dor no ombro (E).  
 Bru + Reforço em MRE CI ROK.  
 CIs intenc.  
 No CI fo Diáfr. de fêmur (E).  
 RUV OK.

Cd: Solicito no ombro (E)  
 Descurso. Turva. Inst. (E)  
 Apoiado liberação da MRE e CI. ROK.  
 Pl intenc. fide. inst. pl fto  
 Ombro (E).

Dr. Yury Paiva  
 ORTOPEDISTA  
 CRM-PR 11.107

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

( ) Centro cirúrgico

( ) Alta hospitalar / ( ) A revella

( ) Internação (setor)

( ) Decisão Médica

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

( ) Óbito

Raquel B. de Souza  
 Ass. do paciente ou responsável quando necessário

23/12/19

15:50

Não há necessidade (graxa cons), com  
 capota, rep. univ. de alarme associado.

Neg. cephalo. cons. cons.

As. de. Colapso 15 / 15.50. 15.50. 15.50.

ap. cons. 15.50. 15.50. 15.50.

15.50. 15.50. 15.50.

15.50. 15.50. 15.50.

15.50. 15.50. 15.50.

15.50. 15.50. 15.50.

15.50. 15.50. 15.50.

15.50. 15.50. 15.50.

15.50. 15.50. 15.50.

15.50. 15.50. 15.50.

15.50. 15.50. 15.50.

15.50. 15.50. 15.50.

15.50. 15.50. 15.50.

15.50. 15.50. 15.50.

15.50. 15.50. 15.50.

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
R. Manoel de Oliveira, 4700 - Matinas, Campinas Grande - PB, CEP: 58432-809  
Data: 23/12/2019

AV. MAI. FLORIANO S. SANTANA, 1000  
Data: 23/12/2019  
14-d-073 NUS ATEND: 2068513

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

**ESPECIALIDADE : CIRURGIA**

**MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO**  
**ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO**

SINAIS VITAIS				
HGT:	SAT O2:	PA:	TEMP:	FC:
				FR:
				PESO:

DIABETES ( )SIM ( )NÃO HAS ( )SIM ( )NÃO  
DEF. MOTORA ( )SIM ( )NÃO

ALERGIAS :  
MEDICAÇÃO EM USO :  
ESTADO GERAL :  
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE ( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO  
( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

### SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARREIA ( ) EXANTEMA  
( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAIS  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAIS  
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍNDIOS ( ) TOSSSE

**Escala de Intensidade da Dor**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor  
média dor  
pior dor

**ESCALA DE DOR:**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :  
VERMELHO**

10.1.1.148/projeonticg/impreclassi.php?contar=2066513&dataend=2019-12-23&horaend=13:59:06

### CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

[illegible]

DBS: SAMUCG  
ENFERMEIRO/COREN  
acolhimento

Joana Darc de S. Vasconcelos  
COREN-PB 806.49-ENF

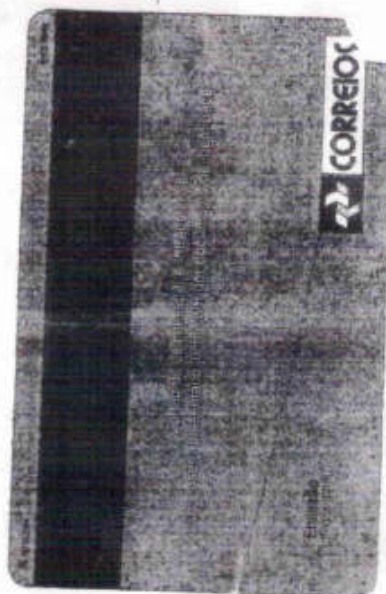
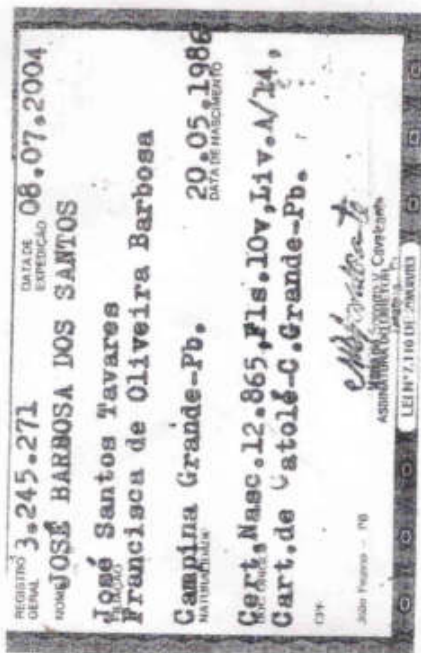












**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**CONSELHO NACIONAL DE TRANSITO**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO**

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
**DETRAN - PERNAMBUCO**

VIA 01 189686669 1993

180270876

JOSE XAVIER QUIRIN  
LIMOEIRO P  
RUA SANTA CRUZ 0011  
CASA CENTRI 5570

04354591472 L4450

0000027298 902001401N4216597

45/100CICLO GASOLINA

4/HONDA CG 125 TODAY 1991 1992

124/CIL PARTIC VERNE HA

87.9600 05/11/93 05/11/93

002802 3XUPEPE 29.3200 05/01/94

05/11/93

LI MOETRO

**MINISTERIO DA JUSTICA**





**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO**  
**DETRAN - PERNAMBUCO.**

VIA **01** COD. RENAVAM **189680607** A.T.B.

NOME E ENDEREÇO  
**JOSE XAVIER QUIRINO**  
**LIMOEIRO**  
**RUA SANTA CRUZ** **80113**  
**CASA** **CENTRO** **55700**

OFICINA **04354591472** PLACA ANTIFURTO **0000027296**

NOME ANTERIOR **RETUPORETS**

DOCUMENTO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ESPECIE TIPO **TS7/MOTOCICLO** COMBUSTIVEL **GASOLINA**

MARCA/MODELO **HONDA CG 123 TUDOR** ANO FAB. **1991** ANO MOD. **1992**

CAPITOTIL **0124/CIL** CATEGORIA **PARA III** COR PREDOMINANTE **VERMELHA**

AL. PD. CONS. NAC. **HONDA LTDA**

LOCAL **SAO PAULO** DATA **12/12/91**

**MINISTERIO DA JUSTICA**

111998081  
 PEN: 111998081





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200138876 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BARBOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM COLO E DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO EM COLO DO FÊMUR (OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSOS) E DIÁFISE DO FÊMUR (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PÁG 10/12/13/14/15/16  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108449/20

Número do Sinistro: 3200138876

Vítima: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

CPF: 056.205.674-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
DUT

### 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](http://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: 18/05/2020  
Nome: JOSE BARBOSA DOS SANTOS  
CPF: 056.205.674-27

JOSE BARBOSA DOS SANTOS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/05/2020  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

