



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
38515 983	19/01/2021 12:17	<u>2778666_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, 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 n° 15683408



Pag 00897/00898 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:17:44
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101191217446880000036726948>
Número do documento: 2101191217446880000036726948

Nº 38515983 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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:

Boletim de ocorrência	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



00050298

Carta nº 15684961



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

Num. 38515983 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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 inscrição

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%
Dano Pessoal: 70% da perda funcional

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%
Valor a indenizar: $35,00\% \times 13\,500,00 =$ B\$ 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIT 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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: **José Barbosa dos Santos** 6 - CPF: **056 205 674 27**
 7 - Profissão: **pintor** 8 - Endereço: **Ara Sete mil Barras e Sobe** 9 - Número: **5111** 10 - Complemento: **QKL 22**
 11 - Bairro: **Triz Inhas** 12 - Cidade: **Campina Grande** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58444-000**
 15 - Email: **83-0864349993**

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

16 - Nome completo do Representante Legal:

17 - CPF do Representante Legal: _____ 18 - 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:

RECUZO 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)
 AGÊNCIA: **1038** CONTA: **8571** + (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autógrafo: A Seguradora Lider a creditar na conta bancária a informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, autorizando a liberação do mesmo quando e dando, desde já e sempre após a efetivação do crédito, quaisquer totais de 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.

Declaro, sob as penas da lei, que sou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me sujeitar à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura reclamação médica ou remuneração de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu birth nas últimas 12 (veinte) meses? 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando mentiro, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

37 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

40 - Local e Data: **Comprida - PB 03/09/2020**
 ***JOSÉ BARBOSA DOS SANTOS**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

44 - Assinatura do Advogado (se houver) _____

45 - Assinatura do Juiz (se houver) _____

46 - Assinatura do Ministério PÚBLICO (se houver) _____

47 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

48 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

49 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

50 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

51 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

52 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

53 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

54 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

55 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

56 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

57 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

58 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

59 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

60 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

61 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

62 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

63 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

64 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

65 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

66 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

67 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

68 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

69 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

70 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

71 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

72 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

73 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

74 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

75 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

76 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

77 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

78 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

79 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

80 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

81 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

82 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

83 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

84 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

85 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

86 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

87 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

88 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

89 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

90 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

91 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

92 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

93 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

94 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

95 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

96 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

97 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

98 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

99 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

100 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

101 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

102 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

103 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

104 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

105 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

106 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

107 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

108 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

109 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

110 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

111 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

112 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

113 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

114 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

115 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

116 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

117 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

118 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

119 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

120 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

121 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

122 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

123 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

124 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

125 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

126 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

127 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

128 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

129 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

130 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

131 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

132 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

133 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

134 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

135 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

136 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

137 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

138 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

139 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

140 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

141 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

142 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

143 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

144 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

145 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

146 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

147 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

148 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

149 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

150 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

151 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

152 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

153 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

154 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

155 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

156 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

157 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

158 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

159 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

160 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

161 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

162 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

163 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

164 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

165 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

166 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

167 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

168 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

169 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

170 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

171 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

172 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

173 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

174 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

175 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

176 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

177 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

178 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

179 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

180 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

181 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

182 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

183 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

184 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

185 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

186 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

187 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

188 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____

189 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver) _____

190 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver) _____



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTOCOLO: Nº 19071181B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: 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 vitimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: 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 GANTAS 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. 8º 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/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 9D1BCA7011231443B86739BE8DE673.

191



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

Num. 38515983 - Pág. 5



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
Condicionamento meteorológico: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENIDO DECRESCENTE



SENIDO 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 (decrescente), 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,



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. 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 901BCA7011231443B86736BE8D673.

191





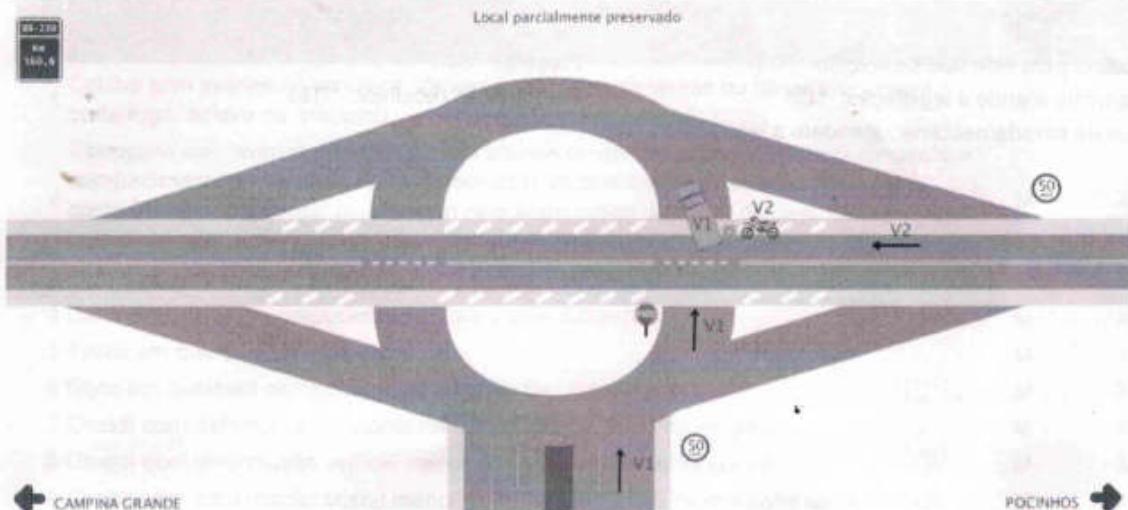
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19071181B01

Sr. RODRIGO BARBOSA MONTEIRO, não possuía CNH, motivo pelo qual o veículo foi removido ao pátio conveniado da PRF, conforme DRV 14021912231455-472O 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	V1, V2

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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DIANTAS 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 9D1BCA7011231443BB6739BE8DE673.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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
Tempo de parada/descanso atendem à legislação: Não



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339868, 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 901BCA701123144386739BE8DE673.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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	Carroceria 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 carroceria com o chassis.	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. 1º 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 9D1BCA70112314436867396E80E673.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 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 9D1BCA70112314438867386E8DE673.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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 Data de Nascimento: 22/03/1955
CPF: 237.738.984-87 Estado civil: Casado(a)
Sexo: Masculino 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 Primeira habilitação: 23/08/1979 N° Registro: 01598997601
UF: PB Vencimento da habilitação: 08/01/2020 Motorista profissional: Não
Observações CNH: A

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

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 Renavam:
Ano fabricação: Chassi: 9C2JC1801MR216597 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Categoria: Cor: Vermelha
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

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 1339868, 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. 8º 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 9D1BCA7011231443BB8739BE8DE673.

191





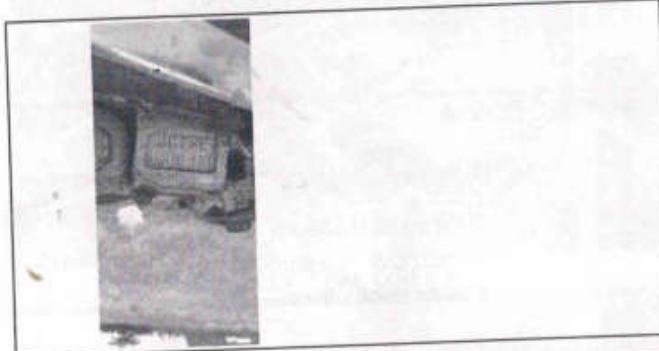
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19071181B01

EMPLACAMENTO.

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



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. 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 9D1BCA7011231443B86739BEDE673.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19071181B01

V2 - Proprietário

Nome: SEM DADOS DOS PROPRIETÁRIOS

CPF/CNPJ:

Email:

Telefone:

Endereço:

V2C - CONDUTOR DE V2 - RODRIGO BARBOSA MONTEIRO

V2C - Informações

Nome: RODRIGO BARBOSA MONTEIRO

Data de Nascimento: 19/02/1994

CPF: 700.141.544-80

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: 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

Data de Nascimento: 20/05/1986

CPF: 056.205.674-27

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Ignorado

V2P1 - Dados do Contato



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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 81-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 9D1BCA7011231443BBB739BE8DE673.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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 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 #D1BCA7011231443BB6739BE80E673.

191





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIT 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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: **José Barbosa dos Santos** 6 - CPF: **056 205 674 27**
 7 - Profissão: **pintor** 8 - Endereço: **Ara Sete mil Barras e Sobe** 9 - Número: **5111** 10 - Complemento: **QKL 22**
 11 - Bairro: **Três Irmãos** 12 - Cidade: **Campina Grande** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58444-000**
 15 - Email: **83-0864349993**

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

16 - Nome completo do Representante Legal:

17 - CPF do Representante Legal: _____ 18 - 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:

RECUZO 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)
 AGÊNCIA: **1038** CONTA: **8571** + (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autógrafo: _____ Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária a informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, que é de R\$ 1.000,00 (um mil reais) e dando, desde já e sem reservas, a efetivação do crédito, quaisquer total de 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, de 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu birth nas últimas 12 (veinte) meses? 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 pode pagar, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando mentira, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

37 - Nome legível 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: **Comprida - PB 03/09/2020**
*** JOSE Barbosa Dos Santos**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

TPS.001.V007/2019



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

Num. 38515983 - Pág. 15

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: 00000008571-7

Nr. da Autenticação 1737EB4D42B4C900



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

Num. 38515983 - Pág. 16

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 Irmãos
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	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2020	20/03/2020	69	27/03/2020	R\$ 20,29

Acesse: www.energisa.com.br

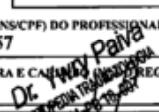
BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/03/2020				
Pagador: ANA PAULA DA SILVA BARBOZA CNPJ/CPF: 049.402.054-79				
RUA SEVERINA BARROS E SILVA S/N Q K L 20 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 31490360001525945	Nr Documento 000230255202003	Data Vencimento 27/03/2020	Valor do Documento R\$ 20,29	Valor Pago
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				



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

Num. 38515983 - Pág. 17

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

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde:						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856			
Identificação do Paciente:						
5 - NOME DO PACIENTE JOSE BARBOSA DOS SANTOS			6 - N° DO PRONTUÁRIO 2068559			
7 - CARTÃO DO SUS			8 - DATA DE NASCIMENTO 20/05/1986			
9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem						
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE 987872493			
12 - ENDEREÇO (RUA, N. BAIRRO) JARDIM VERDEJANTE , 0 , JARDIM VERDEJANTE						
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande			14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250400	15 - UF PB	16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO						
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 FX DIAFISE DE FEMUR E		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS						
PROCEDIMENTO SOLICITADO						
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> OUTRA		28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE YWRV DE PAIVA CAMARA		30 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 700501777865557		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/12/2019		
32 - ASSINATURA E CARMÍDO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 						
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)						
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		
34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - SÉRIE				
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		
41 - CBOR						
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO						
AUTORIZAÇÃO						
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - COD. ORGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /			48 - ASSINATURA E CARMÍDO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR						





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

Num. 38515983 - Pág. 19

04/01/2020

HTCG-Painel Administrativo

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
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03

Data: 04/01/2020

NOME : Ana Maria Da Silva Anselmo



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

Infecção 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 EGESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta:: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedista - Traumatologista
CRM-PB 7825

Data: 04/01/2020

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo



03/01/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2020-01-03&contar=2068559&IDC=77147



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/01/2020

Horas: 10:47:45

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 - 11

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

DIA 03/01/2020**MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo / MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APOS RPA	<i>fa fe f</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h	<i>18 18 18 18 op</i>
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 1D/5D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>18 18 18 18 18 18 op</i>
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	<i>18 18 18 18 18 18 op</i>
5	CETOPROFENO 100 MG E.V, IFRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	<i>18 18 18 18 18 18 op</i>
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	<i>SN</i>
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	<i>18 18 op</i>
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	<i>SN</i>
10	FISIOTERAPIA MOTORA	<i>c</i>
11	DECUBITO MUDANCA 2/2H	<i>c</i>
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>c</i>
13	MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO	<i>c</i>
14	CURATIVOS	<i>c</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 03/01/2020 HORA: 10:47:07

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

NEGA QUEIXA DE DOR.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

DIURESE +, EVACUAÇÕES +.

PRE-OP: OK

PACIENTE EM 1 DPO SEM INTERCORRENCIAS

CONDUTA: HEMOGRAMA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo

*Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
M.R. Oficial: 1541111006
C.M. - PB 8926*



02/01/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2020-01-02&contar=2068559&IDC=76786

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/01/2020

Horas: 08:32:36

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

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

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

8-3

DIA 02/01/2020

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APOS RPA	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h	14 22 09
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 0D/SD Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 26 04
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18 26 04
5	CETOPROFENO 100 MG E.V, IFRA 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 VOMITOS	
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, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	23 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 MUDANCA 2/H	CRE
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CRE
13	MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO	CRE
14	CURATIVOS	CRE

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA

TRANS OP SEM INTERCORRENCIAS
A SRPA
SOL: RXS

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

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo



31/12/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-12-31&contar=2068559&IDC=76325

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 I 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	<i>AM 10 20 20 20</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	<i>AM 10 20 20 20</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>AM 10 20 20 20</i>
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	<i>AM 10 20 20 20</i>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	<i>5 IN</i>
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	<i>10 20 20</i>
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>20 20</i>
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	<i>5 IN</i>
9	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	<i>niente</i>
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>11</i>

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
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - 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	<i>Ciente</i> <i>jo 28 30</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	<i>J2 28 24/06</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>J2 24</i>
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. IFRA AMP, 12h/12h Dilui em 150 SF	<i>SN</i>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	<i>J8 06/20</i>
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	<i>SN</i>
9	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	<i>erente</i> <i>Ciente</i>
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

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
M.R. ORTOPEDIA - ALTO "4TOLÓGOS"
CRM - PB 8928





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José Barbosa dos Santos Idade: 33 c
Convênio: Ses Data: 02/01/2009
Procedimento: Cistosossalize

Cirurgião: Dr. Oldemar Auxiliar: Dr. Enverlan Anestesista: Dr. Wandeley
Início: 09:35 Término: 10:20 Anestesia: Raqui

Observações:

Pode coletar sementes e orientado, movimentando voluntariamente 30-40 metros. Seus gêneros: OPH e SRPA

[Signature]

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD-102





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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista



Comunicação de Utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - CUOPME

HOSPITAL Trauma & Anest.

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

FORNECEDOR

NOME DO PACIENTE fest Barba da Serraria financeiro@cortical.com.br

PROCEDIMENTO

REGISTRO 063559 **DATA** 02/04/2020

NOME DO MÉDICO Dr. Edilson

QUANT **DESCRÍÇÃO DO MATERIAL** **CÓDIGO** **ANÁLICA** **MARCA** **Nº LOTE**

Comunicamos que utilizamos o(s) material(ais) aqui descrito(s) no paciente supra citado.

01 de Janeiro de 2020

Kočia holmka

Responsável pelo fornecimento

Recebido por:
Dra. Ana Paula da Cunha
MR. Dto/pedida - Traumatologia
CRM-PB 7825





Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

08871

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

JOSÉ BARBOSA DOS SANTOS

Nº DO PRONTUÁRIO

2068559

Nº AI. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

IRAT. CRAC. DE FORT. DE COLO ESG.

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Perf Canul 400 7.0 x 90

02

DATA DA UTILIZAÇÃO

02-01-2020

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. Edilson + Dr. Cruz

OBSERVAÇÕES

+ DR. MARIA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Anacle / Ramon

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MÉDICO TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 5507

Embalagem Recife - F: (81) 99031.0833



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

c-lmpa

PACIENTE: José Barbosa dos Santos DN: 2311212019

QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO
—	Sala 04	SUS	33 a.	2068559
CIRURGIA	Dr. Pedro ok		CIRURGÃO	Dr. Oldemar + Dr. Pardan + Dr. Anna
ANESTESIA	Roxo + sedação		ANESTESIA	Dr. Lubomirsky
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM	
André Karia	02/01/20	07:35	10:20	



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

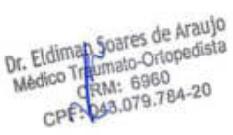
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
01	Adrenalin amp.	01	Calef. p/ Oxi.	Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp.		Compressa Grande 9x9	Catgut cromado Sertix	
	Dimid. amp.		Compressa Pequena	Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide	Catgut Simples Sertix	
01	Efrane ml	01	Dreno N° 4,8	Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°	Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose n°	Cera p/ osso	
	Inova ml Clonidina	01	Dreno Pezzer n°	Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
01	Mecocain ml	01	Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Nubatin amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	4,5	Espadrado Larco cm	Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	0,5	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fita cardíaca	
	Rapifén amp.		H2O ml	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Serfix	
	Dipirona amp.	0,5	Luvas 7,0	01 Vicryl Serfix 1-0	
	Flaxidol amp	0,5	Luvas 7,5	Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	0,5	Luvas 8,0	Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8,5		
	Glicose amp.	+ C	Oxigênio l/m		
	Glucos de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.	0,5	PVPI Degemente ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.	0,5	Sabão Antiséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.	0,2	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Piasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Protamina	0,1	Seringa desc. 05 ml	04	SG fr 500 ml uplavagem
	Revivan amp.		Sonda		
	Stiptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE
	Schistos 1g Cefazetina		Sonda Nasogástrica		Tur - Cirúrgica
			Sonda Uretral n°		02 Papaf. canulado 7,0 x 90
			Steridrem ml		Wolstensh
			Torneirinha		01 Placa DCP 12x larga
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	Vaseline ml		05 transfusão certa
	Aguilha desc. 25x7 40x12	01	Geicon 18-20		
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese		
	Aguilha desc. 3 x 4,5				
01	Aguilha p/ raque n° 25	03	Setas		
0,5	Alcool de Enfermagem	03	Sacos p/ fixo		
	Álcool Iodado ml				
0,2	Ataduras de Crepon	00			
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Bolso 1ml				
	Alg. Ortop				

- EQUIPAMENTOS
- () Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar
 - () Serra () Eletrocautério
 - () Desfibrilador () Oxicapnógrafo
 - () Foco Frontal () Cardiomonitor
 - () Fonte de Luz () Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Mikena 123-400-2.
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 : OSTEOSINTSE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR E + DIVULSAO POR PLANOS 05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS 06- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA DCP 07- SF0.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO 08- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS 09- CURATIVOS			
 Dr. Eldiman Soares de Araújo Médico Traumato-Ortopedista CRM: 6960 CPF: 043.079.784-20			



HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
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: OSTEOSSINTESE			
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: SIM			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA			
: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: 043.079.764-20			





Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

08871

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

JOSÉ BARBOSA DOS SANTOS

Nº DO PRONTUÁRIO

2068559

Nº AI. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

IRAT. CROSC. DE FORT. DE COLO ESG.

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Perf Canul 400 7.0 x 90

02

DATA DA UTILIZAÇÃO

02-01-2020

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. Edilson + Dr. Cruz

OBSERVAÇÕES

+ DR. MARIA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Anacle / Ramon

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MÉDICO TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 5507

Embalagem Recife - F: (81) 99031.0833



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

c-lmpa

PACIENTE:	José Barbosa dos Santos IN: 2311212019				
QI	—	LEITE	Sala 04	CONVÉNIO	INADE
CIRURGIA	+ art. viscer	Dr. Prof. Dr.	OK	CIRURGÃO	Dr. Oldemar + Dr. Pardan + Dr. Anna
ANESTESIA	+ ceto de gástrico	(E)		ANESTESIA	
INSTRUMENTADORA	Andri / Kicia	DATA	02/01/20	INICIO	07:35
				FIM	10:20



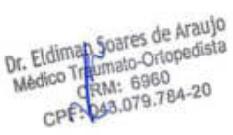
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalin amp.	01	Calef. p/ Oxi.	Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp.		Compressa Grande 9x9	Catgut cromado Sertix	
	Dimid. amp.		Compressa Pequena	Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide	Catgut Simples Sertix	
01	Efrane ml	01	Dreno N: 4,8	Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°	Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose n°	Cera p/ osso	
	Inova ml Clonidina	01	Dreno Pezzer n°	Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
01	Mecocain ml	01	Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Nubatin amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	4,5	Espadrado Larco cm	Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	0,5	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fita cardíaca	
	Rapifén amp.		H2O ml	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Serfix	
	Aqua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Serfix	
	Dipirona amp.	0,5	Luvas 7,0	01 Vicryl Serfix 1-0	
	Flaxidol amp	0,5	Luvas 7,5	Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	0,5	Luvas 8,0	Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8,5		
	Glicose amp.	+ C	Oxigênio l/m		
	Glucos de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.	0,5	PVPI Degemente ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.	0,5	Sabão Antiséptico	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor	SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	0,2	Seringa desc. 10 ml	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.		Seringa desc. 20 ml	SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina	0,1	Seringa desc. 05 ml	04 SFr 500 ml	Urticárgem
	Revivan amp.		Sonda		
	Stupanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Schistina 1g Cefazotina		Sonda Nasogárica		Tra - Cirúrgica
			Sonda Uretral n°		02 PAF. Camurado 7,0 x 90
			Steridrem ml		Urticárgem
			Torneirinha		01 Placa DCP 12x larga
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	Vaseline ml		05 Parafuso Cortical
	Aguilha desc. 25x7 40x12	01	Geicon 18-20		
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese		
	Aguilha desc. 3 x 4,5				
01	Aguilha p/ raque n° 25	05	Setas		
05	Alcool de Enfermagem	05	Sacos p/ fixo		
	Álcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon	00			
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Bolha Com ml				
	Alg. Ortop				

- EQUIPAMENTOS
- Oxímetro de Pulso
 - Foco Auxiliar
 - Serra
 - Eletrocautério
 - Desfibrilador
 - Oxicapnógrafo
 - Foco Frontal
 - Cardiomonitor
 - Fonte de Luz
 - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Mikena 123-400-2
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 : OSTEOSINTSE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR E + DIVULSAO POR PLANOS 05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS 06- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA DCP 07- SF0.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO 08- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS 09- CURATIVOS			
 Dr. Eldiman Soares de Araújo Médico Traumato-Ortopedista CRM: 6960 CPF: 043.079.784-20			



HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
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: OSTEOSSINTESE			
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: SIM			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA			
: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: 043.079.764-20			



FOLHA DE ANESTESIA		DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA		EPERMARIA		IDADE		SEXO		COR	
06-01-20116-70		PRESSÃO ARTERIAL		PULSO 80		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO		ALTURA	
URINA		HEMÓGLOBINA		HEMATÓCITO		GLICEMIA		UREIA		—		OUTROS	
TPG SANGUÍNEO		HEMÓGLOBINA		HEMATÓCITO		GLICEMIA		UREIA		—		—	
DATA		NAME		ENDERECO		DENTES		PESSOAS		AP UROINÁRIO		ELETROCARDIOGRAMA	
AP RESPIRATÓRIO		N		BRONQUITE		N		ASMA		—		—	
AP CIRCULATÓRIO		H		—		—		—		—		—	
AP DIGESTIVO		H		—		—		—		—		—	
ESTADO MENTAL		H		—		ALERGIA		ATRAKÇÕES		CORTECOIDES		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO		Baculare de Souto		—		—		—		—		—	
ANESTESIAS ANTERIORES		—		—		—		—		—		—	
MEDICAMENTO PRE-ANESTESIA		—		—		—		—		—		—	
INDUÇÃO		—		—		—		—		—		—	
MANUTENÇÃO		—		—		—		—		—		—	
ANESTESIA STATUS: Sim — Não		—		—		—		—		—		—	
Nao. por que? _____		—		—		—		—		—		—	
DESPERATAR		—		—		—		—		—		—	
Respirações na SO:		—		—		—		—		—		—	
DBSf: Co ₂ : _____ Exalt: _____		—		—		—		—		—		—	
Núcleos: Vmilios: _____		—		—		—		—		—		—	
Outros: _____		—		—		—		—		—		—	
Com cláusula: _____		—		—		—		—		—		—	
Pare o leito: Sim — Não		—		—		—		—		—		—	
CONDIGODES: _____		—		—		—		—		—		—	
SIMBOLOS E ANOTACÕES		—		—		—		—		—		—	
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO		—		—		—		—		—		—	
LÍQUIDOS		—		—		—		—		—		—	
AGENTES ANESTÉSICOS		—		—		—		—		—		—	
CÓDIGO DE POSIÇÃO		—		—		—		—		—		—	
TÉCNICA		—		—		—		—		—		—	
OPERAÇÃO		—		—		—		—		—		—	
CRUROGÊNESIS		—		—		—		—		—		—	
ANESTESISTAS		—		—		—		—		—		—	
ANESTESIA DE ANESTESIA - ECM-1660		—		—		—		—		—		—	
NOTA: (Baculare de Souto + Boate Souto)		—		—		—		—		—		—	

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



23/12/2019

HCTG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAJAMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Manaus, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 23/12/2019

Paciente: JOSE BARBOSA DOSSANTOS Idade: 033 Nº ATEND: 2068513

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

DATA: 23/12/2019 HORA: 13:59:06

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS:

HGT: SAT 02; PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO

DEF. MOTORIA () SIM () NÃO

ALÉRGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL:

AValiação NEUROLOGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

- () FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EVANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÃO VISUAL
() EPIGASTRÁLGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍMLOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

D
OBs: SAMUGG
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Joana Darc de S. Vasconcelos
COREN-PB 80649-ENF





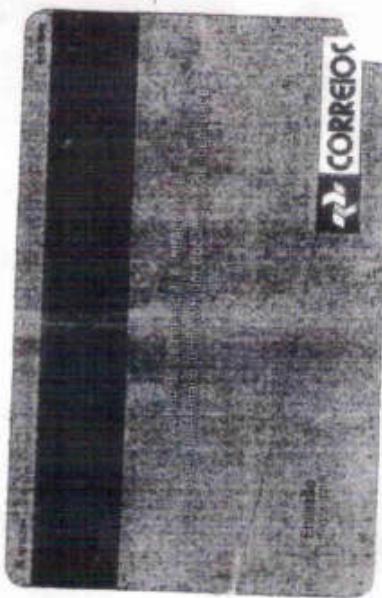
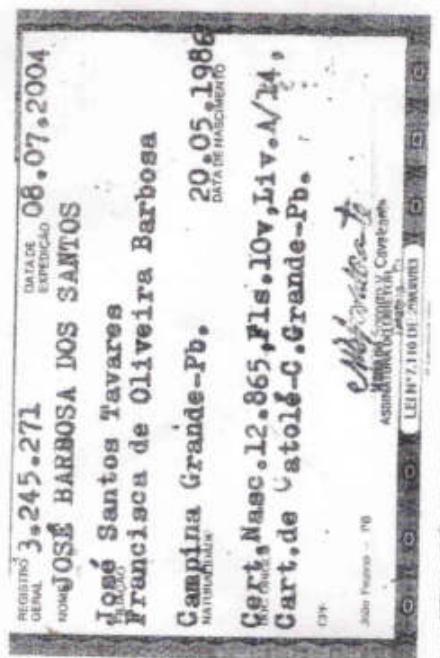
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:17:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912174468800000036726948>
Número do documento: 21011912174468800000036726948

Num. 38515983 - Pág. 40

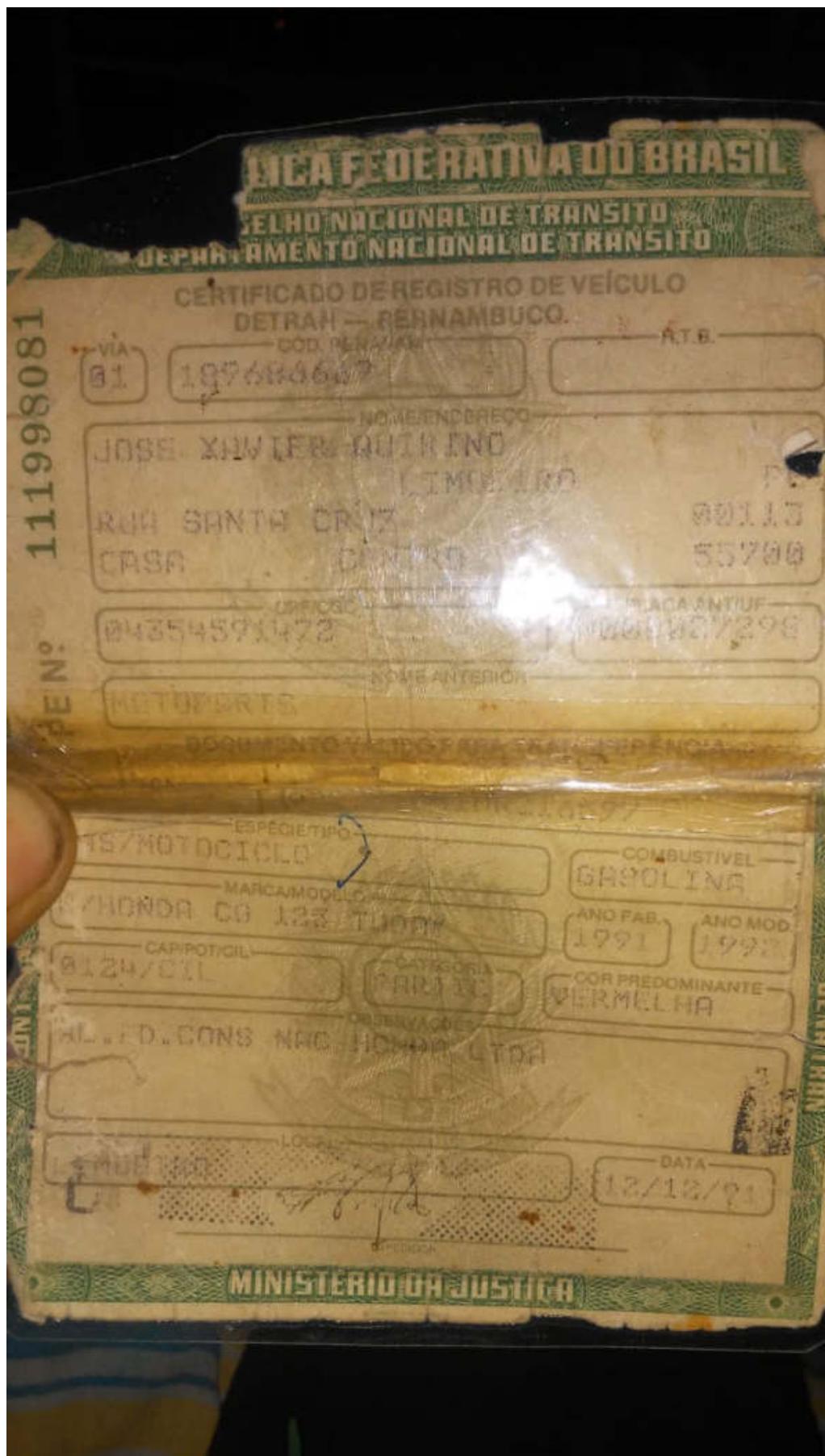


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:17:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912174468800000036726948>
Número do documento: 21011912174468800000036726948

Num. 38515983 - Pág. 41







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

Num. 38515983 - Pág. 44

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE BARBOSA DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



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

Num. 38515983 - Pág. 46