



Número: **0853767-73.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/09/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALMIR FERNANDES DOS SANTOS (AUTOR)		FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO) ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46821462	09/08/2021 14:01	Petição	Petição
46821465	09/08/2021 14:01	2778880_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
46821467	09/08/2021 14:01	2778880_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ALMIR FERNANDES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180474377**

Vítima: **ALMIR FERNANDES DOS SANTOS**

Data do Acidente: **20/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180474377**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13473750

Pag. 00883/00884 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ALMIR FERNANDES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180474377**

Vítima: **ALMIR FERNANDES DOS SANTOS**

Data do Acidente: **20/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180474377**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00353/00354 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13474519





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, 13 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180474377

Vítima: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

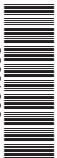
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00105/00106 - carta_16 - INVALIDEZ

00010053



Carta nº 14188964





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: 0366224118 CPF da Vítima: 070 825 968-55 Nome completo da vítima: Almir Feraundes dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Almir Feraundes dos Santos CPF titular da conta: 070 825 968-55 Pessoa: Term. mecânica
Endereço: Rua Coronel Joaquim Pereira dos Santos Número: 267 Complemento:
Bairro: Valentina Cidade: João Pessoa Estado: Paraíba CEP: 58064-400
E-mail: 987490131 Telefone (DDD):

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: 2108 CONTA NRO: 3
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
BANCO Nome: Bradesco NRO: 40273
AGÊNCIA NRO: 2108 CONTA NRO: 3
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

João Pessoa 25 de março de 2018
Local e Data

Almir Feraundes dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Almir Feraundes dos Santos
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00427.01.2018.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00427.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:16 horas do dia 05 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Almir Fernandes dos Santos**, CPF nº 070.825.968-55, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Torneiro Mecânico, filho(a) de Madalena Oliveira dos Santos e Anizio Fernandes dos Santos, natural de Mogi das Cruzes/SP, nascido(a) em 13/06/1964 (53 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Joaquim Pereira dos Santos, Nº 267, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Mercado Pague Menos, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98749-0131.

Dados do(s) Fatos:

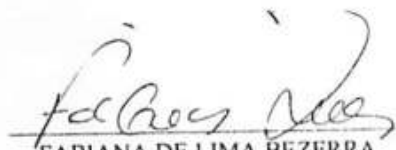
Local: Rua Coronel Joaquim Pereira dos Santos, Próximo Ao Mercado Pague Menos, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/11/17 06:30h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que dirigia-se ao seu trabalho conduzindo a MOTOCICLETA HONDA/LEAD110, VERMELHA, 2011/2011, PLACA OFD2318/PB, CHASSI 9C2JF2500BR017730, registrada em nome de CLAUDIR MARTINS DA SILVA COSTA, quando derrapou ao fazer uma curva vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 08.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. Que após o acidente foi em veículo particular para o Ortotrauma Mangabeira, sendo transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de março de 2018


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ALMIR FERNANDES DOS SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 00427.01.2018.1.00.420



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Almir F. Fernandes dos Santos

CPF da Vítima

070 825 968-55

Data do Acidente

20.11.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

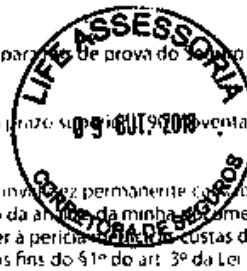
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior ao previsto em lei, diu do respectivo pedido.

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

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



João Pereira 25 de março de 2018

Local e Data

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1042817



Identificação do paciente			
ID 869417	Nome ALMIR FERNANDES DOS SANTOS		Sexo Masculino
Data de nascimento 13/08/1984	Idade 33 anos 5 meses 7 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião EVANGELICA
Mãe MADEIRA OLIVEIRA DOS SANTOS		Pai ANIZO FERNANDES DOS SANTOS	
Escolaridade MEDIO COMPLETO		Responsável (Parentesco) DEISE TARGINO DE SOUZA - ESPOSA(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87480131	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 17338544	Nº Cns 801434145458836	
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISO BURITY (ORTOTRAUMA)		Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
Email	Naturalidade SÃO PAULO	CBO/R	
Endereço			
CEP 68064422	Município da residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Rua Manoel Souza do Ó
Número 178	Complemento	Bairro Valentina de Figueiredo	
Admissão			
Data e Hora 20/11/2017 10:54:21	Número da pulseira 1000006028755	Comênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA			Tempo 02min 09seg



Imprimir



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230 Km 25 - Estrada Retenitor - João Pessoa - PB - CEP 58011-680
CNPJ 09.095.183-000140 - Insc. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

DEISE TARGINO DE SOUZA
RUA CEL JOAQUIM PEREIRA SANTOS 267
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/400899-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2018	17/05/2018	110	24/05/2018	R\$ 55,95



DEISE TARGINO DE SOUZA

Roteiro: 09-005-507-2620

8361000000-6 55950149000-2 04008992018-1 05000005019-0

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	PARCELA
24/05/2018	R\$ 55,95	400899-2018-05-0





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Almir Fernandes Dos Santos
DATA DE NASCIMENTO 13/06/64
NOME DA MÃE Madalena Oliveira dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105538
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1042817
DATA DO ATENDIMENTO 20/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 10:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Luxação glenoumeral + fratura de úmero proximal E.
CID 10 S42.2 S43.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de dor e limitação de movimentos em ombro direito, parsetesia em dorso da mão. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D, tórax

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação glenoumeral + fratura de úmero proximal esquerdo

TRATAMENTO:

Redução inconcreta de luxação glenoumeral esquerda + tratamento cirúrgico de fratura de úmero proximal E

ALTA HOSPITALAR: 24/11/17
DATA DA EMISSÃO: 08/02/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1042817

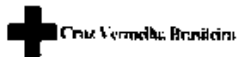


Identificação do paciente				
ID 569417	Nome ALMIR FERNANDES DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 13/08/1984	Idade 53 anos 5 meses 7 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário
Mãe MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS	Pai ANIZO FERNANDES DOS SANTOS			
Escolaridade MEDIO COMPLETO		Responsável (Parentesco) DESE FARGINO DE SOUZA - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 97480431	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 17338644	NP Cns 801434145496836		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)		Tipo UNIDADESAUDE	UF PB	
Email	Naturalidade SÃO PAULO	CEOR		
Endereço				
CEP 58064422	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Rua Manoel Souza do O	
Número 178	Complemento	Bairro Valentina do Figueiredo		
Admissão				
Data e Hora 29/11/2017 10:54:21	Número da pulseira 1000006028755	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação do risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não	
Melo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
CID				
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA				
Tempo 02min 09seg				



Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS		BAE 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data Saída				
Data de nascimento 13/08/1964	Idade 53	Sexo Masculino	CNS 801434145-498939	Telefone de Contato (83) 87490131				
Mãe MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS		Pronunciário						
Endereço Rua Manoel Souza do O, 176		Bairro Valentim de Figueiredo	Município JOAO PESSOA	UF PB				
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VICTOR LINHARES LUGUINHO	Nº Cons. Regional 10894/PB					
Data/Hora Classificação 20/11/2017 10:59:20		Data/Hora Prescrição 20/11/2017 11:50:11						
Convênio SUS	Nº Matrícula	Sessão						
Anamnese relato de queda de motocicleta queixa de dor e limitação da mobilidade de ombro E Ao exame : posição antalgica, pulsos cheios e simétricos,exame neurológico sem alterações motoras. Queixa de parestesias em dorso da mão solicitó radiografias e peça sala para redução de fratura luxação úmero proximal em centro cirúrgico. staff Dr Carlos Alberto								
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES) RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)								
CID10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S42.2</td> <td>Fratura da extremidade superior do úmero</td> </tr> </tbody> </table>					Código	Descrição	S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero
Código	Descrição							
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero							
Conduta Em observação								

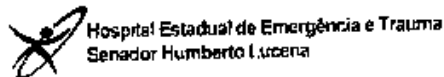
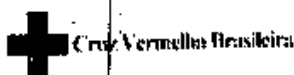
ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

VICTOR LINHARES LUGUINHO
(10894/PB)



Notas em registro por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 20/11/2017 10:56:30





INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: RENATA
ALVES DE SOUZA
Em: 21/11/2017 10:35:06

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/08/1964	Idade	Sexo Masculino	CNS 801434145496936
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 105538

FISIOTERAPÊUTICA (RENATA ALVES DE SOUZA - 21/11/2017 10:34:38)

ESTADO GERAL

EVOLUÇÃO: REGULAR

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ACORDADO, ORIENTADO, CONTACTUANTE, COLABORATIVO

SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO: NORMOTERMIA

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

SUORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AA

AVALIAÇÃO MOTORA

TÔNUS: NORMAL

FORÇA MUSCULAR: DIMINUÍDA

MARCHA: PRESENTE

CONDUTA

EVOLUÇÃO: EXERCÍCIOS METABÓLICOS, EXERCÍCIOS ATIVO-LIVRES DE M.M.S.S E/OU M.M.LI, ORIENTAÇÕES GERAIS

OUTROS: Avaliação fisioterapêutica

OBSERVAÇÕES:

Paciente vítima de acidente de moto, com fratura em úmero proximal E. Aguarda procedimento cirúrgico. Sem indicação no momento.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: RENATA ALVES DE SOUZA

Número Conselho: 7806

Renata Alves de Souza
Fisioterapeuta
CREFITO 199782-F





INTERNO, S/N -
CNS: 454548 - Tel.:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 23/11/2017 01:36:49

Paciente	ALMIR FERNANDES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
			1042817	20/11/2017 10:54:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
13/06/1964		Masculino	601434145496936	105538	
Tempo de Informação	Convênio		Plano		
	SUS		NOTURNO		

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 22/11/2017 21:57:01)

DIA:

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura + luxação umero esq

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

Paciente evolui estável, eupneico, afebril, normotenso, normocárdico, sem queixas no momento. Sem intercorrências. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Seção: HTOP - ENF 16 Leito: LEITO 2
Profissional responsável pela informação: SABRINA MEDEIROS SANTOS

Número Conselho: 307521





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 23/11/2017 01:36:59

Paciente ALMER FERNADES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/06/1984	Idade	Sexo Masculino	CNS 901434145498936
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105538	Plano NOTURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 22/11/2017 12:21:15)**DIAS**

DIAGNOSTICO MÉDICO: Fratura + Luxação Unco E

AValiação Neurológica

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓNICAS, FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4)

RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

TOSSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO

DIETA: V.O.

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO

AValiação Genito-Urinário

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

VOLUME: NORMAL

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM MS, CATETER VENOSO EM MS

MEMBROS - LOCOMOÇÃO

EVOLUÇÃO: DEAMBULA

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:





INTERNO, S/N -
CNES: 454348 - Tel:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 23/11/2017 01:37:29

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/06/1964	Idade	Sexo Masculino	CNS 801434145498936
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plano NOTURNO	

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 22/11/2017 12:22:03)

DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

EVOLUÇÃO: MANTER MONITORIZAÇÃO CARDÍACA, COMUNICAR ALTERAÇÕES DOS SSVV

DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA S/N (ATENÇÃO)

DEPRESSÃO

NÍVEL DE DEPRESSÃO: LEVE

DOR

NÍVEL DE DOR: LEVE

EVOLUÇÃO:

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

EVOLUÇÃO: REALIZAR CURATIVO 1X DIA E/OU S/N (10)

RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO), REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), REALIZAR ANTISSEPSIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3 MOVIMENTOS DE 180° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, ORELOS E F.O. (ATENÇÃO)

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela Informação: SABRINA MEDEIROS SANTOS

Número Conselho: 307821





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 21/11/2017 14:51:38

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/08/1964	Idade	Sexo Masculino	CNS 801434145496936
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105538	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 21/11/2017 14:51:25)

DIAZ

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura + Luxação Umero E

AValiação Neurológica

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

ESCALA DE GLASGOW: NÃO SE APLICA

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: NÃO SE APLICA

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO

DIETA: V.O.

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO

AValiação Genito-Urinário

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

VOLUME: NORMAL

MEMBROS - SUPERIORES



tp://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&control=2&id=357355&dataInicial=21/11/2017%2014:51:25&dataFinal=21/...



21/11/2017

172.16.0.6:8080/cvb/pages/rendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=357355&dataInicial=21/11/2017%2014:53:42&dataFinal=21/11/2017%2014:53:42



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 21/11/2017 14:53:49INTERNO, SIN -
CNES: 454546 - Tel.:

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/08/1964	Idade	Sexo Masculino	Prontuário 105538
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 21/11/2017 14:53:42)**DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO**

EVOLUÇÃO: MANTER MONITORIZAÇÃO CARDÍACA, COMUNICAR ALTERAÇÕES DOS SSVV

DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA SIN (ATENÇÃO)

DEPRESSÃO

NÍVEIS DE DEPRESSÃO: LEVE

DOR

NÍVEIS DE DOR: LEVE

EVOLUÇÃO:

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

EVOLUÇÃO: REALIZAR CURATIVO 1X DIA E/OU SIN (16)

RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO), REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SÍTIO DE AVF A CADA T2H (ATENÇÃO), REALIZAR ANTISSEPSIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3 MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela Informação: SABRINA MEDEIROS SANTOS

Número Conselho: 307521

#172.16.0.6:8080/cvb/pages/rendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=357355&dataInicial=21/11/2017%2014:53:42&dataFinal=21/11/2017%2014:53:42

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2021 14:01:13

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080914010492900000044474363

Número do documento: 21080914010492900000044474363

Num. 46821465 - Pág. 18



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAURPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel.:Impresso por: JANECLIDE
FRANCISCA NASCIMENTO
ARRUDA
Em: 20/11/2017 19:57:06

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/06/1964	Idade	Sexo Masculino	CNS 801434145498936
Tempo de internação	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (JANECLIDE FRANCISCA NASCIMENTO ARRUDA - 20/11/2017 19:56:50)**INTERCORRÊNCIAS**

DIURNAS / NOTURNAS:

PACIENTE EVOLUI EGR, CONCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ACEITA BEM AS DIETAS, SSVV MANTIDOS, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE. TRANSFERIDO PARA HTOP.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: JANECLIDE FRANCISCA NASCIMENTO ARRUDA

Número Conselho: 386348

Drª Janeclide Francisca Nascimento Arruda
Enfermeira
Cores 168248



As 22:15hs.

Paciente admitido procedente do HEETS HL, segue consciente, orientado, eupneico, afebril.
Segue os cuidados.

Dr. Osmar José L. Gonçalves
FARMACIA
CRM 19. 200172



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSHL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSHL

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ana Fernandes dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1043817

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD - IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

02 fio Keresh/der no 1 como fio 9
01 " " no 2 " "
04 Agulha A 25
02 parafuso cartilagem 56 com anel



PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

41 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

45 - CDD ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF





Cruz Vermelha
Brasileira

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HELETSHL

Nome: Almir Fernandes dos Santos BE/Prontuário: _____
Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / _____
Local/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução de fratura de GT
Cirurgião: Dr. Telenici 1º Assistente: Dr. Telenici
Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Anestesiador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____: _____ Término _____: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura GT</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Cirúrgica + Fixação interna</u>	



Identidade durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Uso de Congelamento: () Sim (X) Não

Transporte do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 23 / 11 / 17

F(NG).ASCIR.009-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2021 14:01:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080914010492900000044474363>

Número do documento: 21080914010492900000044474363

Nota de Sala Cirúrgica

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021

13/08/2021



Paciente: Almeida Fernandes dos Santos
 Data: 01/08/2021
 Local: Unidade Intensiva maior esquerda
 Procedimento: bloqueio do plexo + sedação
 Dr: André Polidoro

Classe: 13 Cirúrgico - Anestesia Início: 11h35 Cirurgia Início: 12h15

MATERIAIS CONT.		QTD.	FIO	QTD.
JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
JELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº	
JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº	
KIT SIST. DREN TORÁXICA Nº			FIO DE NYLON Nº	3,0 03
LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº	
LÂMINA BISTURI Nº15			FIO DE NYLON Nº	
LÂMINA BISTURI Nº23			FIO POLIGLACTINA Nº	2,0 03
LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLIGLACTINA Nº	
LÂMINA DE DERMATOMO			FIO POLIGLACTINA Nº	
LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº	
LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR			FIO POLIPROPILENO Nº	
LUVAS ESTÉRIL Nº7,8			FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
LUVAS ESTÉRIL Nº7,9			FIO SEDA Nº	
LUVAS ESTÉRIL Nº8,0			FITA CARDÍACA	
LUVAS ESTÉRIL Nº8,5			MATERIAL ESPECIAL	QTD.
MÁSCARA CIRÚRGICA			CATETER DE PIC	
MULTIVIAS			CIMENTO CIRÚRGICO	
PERFORADOR DE SORO			CLIP TITÂNIO LIGADURA	
SCALP Nº19			FIO DE KIRSCHNER Nº	1 2
SCALP Nº21			FIO DE KIRSCHNER Nº	2 2 1
SERINGA 3ML			FIO STEINMAN Nº	
SERINGA 5ML			FIO STEINMAN Nº	
SERINGA 10ML			GRANDEAUX CIRÚRGICO	
SERINGA 20ML			HEMOST ABSORVÍVEL	
SONDA ASP TRAQUEAL Nº5			KIT DERIVA VENTRICULAR	
SONDA ASP TRAQUEAL Nº10			PROTESE VASCULAR	
SONDA ASP TRAQUEAL Nº12			KIT PAM	
SONDA ASP TRAQUEAL Nº14			FIXADOR EXTERNO	
SONDA ASP TRAQUEAL Nº16			EMPRESA	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			PARAFUSOS CORTICAIS	569 Arcel
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			PARAFUSOS CORTICAIS	
SONDA NASOG CURTA			PARAFUSOS ESPONIOSO	
SONDA NASOG LONGA			PARAFUSOS ESPONIOSO	
SONDA URETRAL Nº			PARAFUSOS MALEOLAS	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PARAFUSOS MALEOLAS	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PLACA	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PLACA	
TUBO SILICONE (LATEX)			EQUIPAMENTOS	
FIO		QTD.	ASPIRADOR	
FIO ALGODÃO S/A Nº			BISTURI ELÉTRICO	
FIO ALGODÃO S/A Nº			CAPNOGRAFO	
FIO ALGODÃO CIA Nº			TERMO MONITOR	
FIO ALGODÃO CIA Nº			DEFIBRILADOR	
			FOCO AUXILIAR	
			FOCO CENTRAL	
			MIROSCOPIO	
			OXÍMETRO DE PULSO	
			PA INVASIVAMÃO INVASIVA	
			PERFORADOR ELÉTRICO	
			SERVA	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2021 14:01:13
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080914010492900000044474363
 Número do documento: 21080914010492900000044474363

FICHA DE ANESTESIA

HEETSIL

DATA: 23/11/2017

PRONTUÁRIO: 1042817

PACIENTE: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	SEXO: M	COR: Br	IDADE: 53
PRESSÃO ARTERIAL 130/80	PULSO 10	RESPIRAÇÃO 12	TEMPERATURA 36,5
ESTADO GERAL () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	GRUPO SANGÜÍNEO	
EXAMES COMPLEMENTARES OK			
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO OK	
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL L-090	
PRÉ-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA) 2	
DOSE/HORA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
CIRURGIA REALIZADA			
CIRURGIA Dr. TIVINICI	AUXILIARES Dr. JACQUES	DURAÇÃO DA ANESTESIA 60'	
INÍCIO DA ANESTESIA 11h	TÉRMINO DA ANESTESIA 12h	VALORES RS	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	CRM-PB 7779	
ANESTESISTA Dr. André	CPF		

AGENTES GÁS	O ₂	N ₂ O
LÍQUIDOS VAPORIZADOS	9	50
MONITORIAÇÃO	P. ARTERIAL/ESTÉTICA	
ANESTESIA	X	
ANESTÉSICO	OK	

TIPO DE ANESTESIA	ANESTESIA GERAL	RACHIDIANA	EPIDURAL	LOC. COMPLEXO	BLOQ. NERVOS	OUTROS
TECNICA	Bkg - Pleuro Braço - Intubação - 11h 15min - O ₂ + SPO ₂					
QUANTIDADE	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1	Naloxona 1mg					
2	Lidocaína 4mg					
3	Alprazolam 1mg					
4	Atorvastatina 20mg					
5	Morfina 10mg					
6	Fentanil 50mcg					
7	Atorvastatina 20mg					
8	Atorvastatina 20mg					
9	Atorvastatina 20mg					
10	Atorvastatina 20mg					



Dr. André Gonçalves Sacramento
Médico
CRM-PB 7779





RELATÓRIO DE CIRURGIA

SP 08
HEE TSHL

Nome: Alvin FERNANDES dos Santos BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 20/11/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução Incompleta de Luxação Gleno Umeral F
Cirurgião: Dr. Francisco Guedes 1º Assistente: VICTOR MR
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Úmero</u>	
<u>proximal F</u>	
<u>+ Luxação Gleno Umeral F</u>	



Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Incompleta</u>	
<u>de Luxação Gleno Umer</u>	
<u>Art F</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

[Assinatura]
Dr. Francisco Guedes
CRM: 10492900000044474363

João Pessoa, 20/11/17

F(NQ).ASCIR.009-1





FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE

PACIENTE: Alvaro Ferreira DATA: 20/11/17 PRONTUÁRIO: 1111 SEXO: M COR: B IDADE: 15PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO ESTADO DE CONSCIENTIZAÇÃO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA Procedimento de troca de dextera de mão esquerdaCIRURGIÃO Dr. Roberto AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13ANESTESISTA Dr. Roberto CPF 11111111111 CRM-PB 6538-13

Nota de Sala Cirúrgica

04 10/02/19

SP

NOME DO PACIENTE: Admir Fernandes dos Santos
 IDADE: 53 SEXO: M PRONOME: SE ENFERMAGEM: LETO
 CIRURGIÃO: Dr. Cir. de Redução Instrumental (Cirurgia Plástica)
 ANESTESIA: Sedação
 ANESTESISTA: Marcelo Vinícius
 INSTRUMENTADOR: Dr. A. A. 2019
 DATA: 10.11.2019 ANESTESIA INÍCIO: 15:00 CIRURGIÃO INÍCIO: 15:30

RISCO DE RISCO DE CIRCULÇÃO: ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMP (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	SP 500.2	JELCO Nº18		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
FLUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO DE AÇO Nº	
FLUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
LETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE NYLON Nº	
PROPERIDOL		KIT SIST. OREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
ROBIDARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
ROBIDARBITAL	PVP DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLILACTINA Nº	
ROBIDARBITAL	PVP TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLILACTINA Nº	
ROBIDARBITAL	PVP TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLILACTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIPOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4.3	LUVA ESTÉRIL Nº7.0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIPOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7.5		FIO POLILECAPRONE Nº	
LIPOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8.0		FIO SEUA Nº	
LIPOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8.5		FIO SEUA Nº	
LIPOCAÍNA S/ VASO	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA		FIO STEINMAN Nº	
LIPOCAÍNA S/ VASO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		FIO STEINMAN Nº	
LIPOCAÍNA S/ VASO	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
LIPOCAÍNA S/ VASO	AGULHA RAQUÍ Nº25G	SCALP Nº19		HEMOST. ABSORVÍVEL	
LIPOCAÍNA S/ VASO	AGULHA RAQUÍ Nº26G	SCALP Nº21		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
LIPOCAÍNA S/ VASO	AGULHA RAQUÍ Nº27G	SERINGA 3ML		PRÓTESE VASCULAR	
LIPOCAÍNA S/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		KIT. PAM	
LIPOCAÍNA S/ VASO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIXADOR EXTERNO	
LIPOCAÍNA S/ VASO	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		EMPRESA	
LIPOCAÍNA S/ VASO	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		PARAFUSOS CORTICAIS	
LIPOCAÍNA S/ VASO	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		PARAFUSOS CORTICAIS	
LIPOCAÍNA S/ VASO	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PARAFUSOS ESPONJOSO	
LIPOCAÍNA S/ VASO	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		PARAFUSOS ESPONJOSO	
LIPOCAÍNA S/ VASO	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIPOCAÍNA S/ VASO	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIPOCAÍNA S/ VASO	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PLACA	
LIPOCAÍNA S/ VASO	CERA PARA OSO	SONDA NASOG. CURTA		PLACA	
LIPOCAÍNA S/ VASO	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		EQUIPAMENTOS	
LIPOCAÍNA S/ VASO	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		() ASPIRADOR	
LIPOCAÍNA S/ VASO	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		() BISTURI ELÉTRICO	
LIPOCAÍNA S/ VASO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		() CAPNOGRAFO	
LIPOCAÍNA S/ VASO	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		() CARDIOMONITOR	
LIPOCAÍNA S/ VASO	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		() DESFIBRILADOR	
LIPOCAÍNA S/ VASO	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		() FOCO AUXILIAR	
LIPOCAÍNA S/ VASO	EQUIPO TRANSF. SANGUE	TUBO SILICONE (LATEX)		() FOCO CENTRAL	
LIPOCAÍNA S/ VASO	ESPONJA DE PVP			() MICROSCOPIO	
LIPOCAÍNA S/ VASO	ESPARADRAPO			() TENSÍMETRO DE PULSO	
LIPOCAÍNA S/ VASO	GAZES			() INDIADOR NÃO INVASIVO	
LIPOCAÍNA S/ VASO	GAZES ALGODÓADAS			() PERFURADOR ELÉTRICO	
LIPOCAÍNA S/ VASO	GEL ELETROLÍTICO			() SERRA	
LIPOCAÍNA S/ VASO	JELCO Nº14			CIRCULANTE	
LIPOCAÍNA S/ VASO	JELCO Nº16				

Marcelo Vinícius
29.1.2019

Nome: <u>ALMA FERNANDES DOS SANTOS</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão: <u>20/11/17</u>		Alta: <u>24/11/17</u>	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>FURT. DE UNDO PROXIMAL (E)</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>O nulo</u>			
Diagnóstico Secundário: <u>O nulo</u>			
Principais exames:			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>NAFI - 23/11/17 DR FRANCISCO GUEDOS</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u>líquida</u>			
Repouso:			
Relativo em casa por <u>15</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em <u>30</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em <u>60</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>CEFALOXINA - EPROFENID - DILAUDID</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em <u>15</u> para retirada de ponto. <u>Dr. Lauri E. C. Junio</u>			
Ao ambulatório <u>07</u> em 30 dias para revisão. <u>24 NOV. 2017</u>			
João Pessoa: <u>09</u> de <u>11</u> de <u>17</u>			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
SANTARIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

DOC. EMITIDAÇÃO / ORG. EMISSOR DE
17338544 ESP SP

CPF
070.825.968-55 DATA NASCIMENTO
13/06/1964

FILIAÇÃO
ANIZIO FERNANDES DOS
SANTOS
MADALENA OLIVEIRA DOS
SANTOS

PERMISSÃO
ACC CAT. INF.
AC

Nº REGISTRO
03424914548 VALIDEZ
15/10/2020 1ª HABILITAÇÃO
14/07/1983

OBSERVAÇÕES
A 2

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO FESSOA, PB DATA EMISSÃO
15/10/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
85071450884
87031482856

PROIBIDA PLASTIFICAR 1169633998

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1169633998





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB Nº 012029533167 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
1ª 0042866273-7 00/00000000 12015	
CLAUDIR MARTINS DA SILVA COSTA	
26757452863-7 0002318/718	
NOVA ANT. LUF PB 9C2JF2500RR01730 2015 28/01/2015	
PAS/NOTONE/NAO APLIC. GRAB. BINA	
HONDA/LEAD110 MODELO 2011 120110	
2 1/106/7C1 PARTIO VEICULO BINA	
1 LEVA PASS. 12 25/07/2015 1º VENC. COTAS	
P V 12/01/2015 2º	
A 12/01/2015 3º	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 12,00 PREMIO TOTAL (R\$) 12,00 DATA DE VENCIMENTO 28/01/2015	
SEM RESERVA DE DOMINIO 003	
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO E NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA	
GEO PESSOA PE 28/01/2015	
33294 37974	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT	
PB Nº 012029533167 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
1ª 26757452863-7 / CNPJ 0002318/718	
0042866273-7 HONDA/LEAD110 MODELO 2011 120110	
2015 9C2JF2500RR01730	
PREMIO TARIFARIO 12,00	
12,00 12,00 12,00	
SEGURO 28/01/2015	
COTA UNICA PARCELADO	
SEGURADORA LIDER - DPVAT	
CNPJ 09.341.808/0001-04	
37974-1018230-20150728	





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Almeir Fernandes dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 20/11/2017 CPF DA VÍTIMA 070.825.968-55
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Almeir Fernandes dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Almeir Fernandes dos Santos
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Cel. Joaquim Pereira Santos
 Nº 267 COMPLEMENTO — BAIRRO Voluntária
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58064-400
 E-MAIL — TELEFONE (83) 98863-6133

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/10/2018
 IDENTIDADE 133.854
 ASSINATURA Almeir Fernandes dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA —
 NOME —
 ASSINATURA —



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2021 14:01:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108091401049290000004474363>

Número do documento: 2108091401049290000004474363

Num. 46821465 - Pág. 30

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369952/18

Vítima: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

CPF: 070.825.968-55

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS : 070.825.968-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/10/2018
Nome: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS
CPF: 070.825.968-55

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08537677320198152001

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALMIR FERNANDES DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

(...)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 5 de agosto de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

