



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
46821 462	09/08/2021 14:01	<u>Petição</u>	Petição
46821 465	09/08/2021 14:01	<u>2778880_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
46821 467	09/08/2021 14:01	<u>2778880_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2021 14:01:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080914005671600000044474360>
Número do documento: 21080914005671600000044474360

Num. 46821462 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180474377**

Vitima: **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



00010442



Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ALMIR FERNANDES DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180474377**
Vitima: **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

Pag. 00353/00354 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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

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 e 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

Carta n° 14188964



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2021 14:01:13
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080914010492900000044474363>
Número do documento: 2108091401049290000044474363

Núm. 46821465 - Pág. 3



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 **070 825 968-59** Nome completo da vítima **Almen Ferreira dos Santos**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Almen Ferreira dos Santos	070 825968-55	Jorn. mecônico
Endereço	Número	Complemento
Rua Coronel Joaquim Ferreira dos Santos	267	
Bairro	Cidade	Estado
Valente	João Pessoa	Paraíba
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58064 400	98749 0131

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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)			
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO	DAV CONTA NRO	AGÊNCIA NRO	CONTA NRO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pedro 25 de março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017





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. 5

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



**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: A(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 Polícia 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 ALCoba ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 08.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. Que apesar do acidente foi em veículo particular para o Ortopractura 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, expeço 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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 VITIMA 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: Flávia Fernandes dos Santos CPF da Vítima: 1070 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:

Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 o exame 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 a 90 (noventa) dias 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 avaliação da minha indenização sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica e suas custas da Seguradora Lider 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.



gen Peres 25 de março de 2018
Local e Data

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 868417	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	Promotoria
Mãe MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS				Pai ANIZIO FERNANDES DOS SANTOS
Escolaridade MÉDIO 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 17338844		Nº Cris 801434145466536	
Local de procedência HÓSPITAL DE TRAUMA TARCISO BURITY (ORTOTRAUMA)				Tipo UNIDADE SAÚDE
Email	Naturalidade SÃO PAULO	UF PB		
Endereço				
CEP 60064422	Município da residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro Rua Menoel Souza do Ó	
Número 176	Complemento		Bairro Valentina de Figueiredo	
Admissão				
Data e Hora 20/11/2017 10:54:21	Número da pulseira 1000006028755		Convênio SUS	09 OUT. 2018
Especialidade CIRURGIA GERAL		Oftálmico	CORRETORA DE SEGUROS	
Classificação de risco				Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA				Tempo 02min 08seg

Imprimir



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58011-640
CNPJ 99.095.183-0001-40 - INSC. FIS. 16.215.821/4

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: 09-005-607-2620
83610000000-6 55950149000-2 04008992018-1 05000005019-0

VENCIMENTO

24/05/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 55,95

400899-2018-05-0



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. 9

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

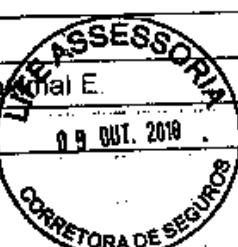
HORA DO ATENDIMENTO 10:54

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Luxação glenoumral + 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:

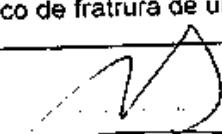
RX: luxação glenoumral + fratura de úmero proximal esquerdo

TRATAMENTO:

Redução incruenta de luxação glenoumral 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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sonador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

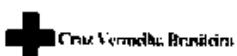
Boletim de Atendimento: 1042817



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 ANIZIO FERNANDES DOS SANTOS
Escolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) DEISE TARGINHO DE SOUZA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87480131	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 17338844	NP Crs 881434145496636		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITI (ORTOTRAUMA)				Tipo UNIDADESAUDE
Email	Naturalidade SÃO PAULO	UF PB		
Endereço				
CEP 58064422	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Rua Manoel Souza do Ó	
Número 178	Complemento	Bairro Valentina do Figueiredo		
Admissão				
Data e Hora 20/11/2017 10:54:21	Número da pulseira 1000006028755	Convenio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			09 OUT. 2018
Classificação de risco				Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Rate X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CD
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA				Tempo 02min 08seg

Imprimir





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 Birth
Data de nascimento 13/08/1964	Idade 53	Sexo Masculino	CNS 801434165496939 Telefone do Consulto (83) 87490131
Mto MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS			Promotoria
Endereço Rito Manoel Seusa do Ó, 176	Bairro Valentim de Figueiredo	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEBRA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VICTOR LINHARES LUGUINHO	Nº Cons. Regional 10884/PB
Data/Hora Classificação 20/11/2017 10:58:00		Date/Hora Prescrição 20/11/2017 11:50:11	
Conv/Imp BUS	Nº Matrícula	Sentido	

Anamnese

relato de queda de motocicleta
queixa de dor e limitação de mobilidade da ombro E
Ao exame : posição antalgica, pulsos cheios e simétricos,exame neuroológico sem alterações motoras. Queixa de peresestesia em dorso da mão solicito radiografias e peço 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)

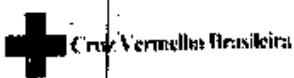
CID10

Código	Descrição
842.2	Fratura da extremidade superior do úmero
Conduta	Em observação

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

VICTOR LINHARES LUGUINHO
[10884/PB]





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Impresso por: RENATA
ALVES DE SOUZA
Em: 21/11/2017 10:35:08

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - 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 ICNS 801434145496936
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

FISIOTERAPÉUTICA (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

DRIVE: PRESENTE

EVOLUÇÃO: SIMÉTRICA

CONDICAO RESPIRATÓRIA: EUPNÉIA

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AA

AVALIAÇÃO MOTORA

TÔNUS: NORMAL

DIMINUIDA: MSE

DÉFICIT MOTOR: AUSENTE

FORÇA MUSCULAR: DIMINUIDA

EVOLUÇÃO: CONTROLE CERVICAL, CONTROLE DE TRONCO

MARCA: PRESENTE

CONDUTA

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

OUTROS: Avaliação fisioterapêutica

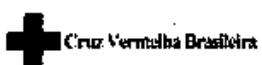
OBSERVAÇÕES:
Paciente vítima de acidente de moto, com fratura em úmero proximal E. Aguarda procedimento cirúrgico. Sem indicação no momento.

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

Número Conselho: 7608

Renata Alves de Souza
Fisioterapeuta
CREFI 199782-F





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Gonçalo Humberto Lucena



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

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

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ALMIR FERNANDES DOB SANTOS	1042817	20/11/2017 10:54:21	
Data de nascimento 13/06/1986	Idade	Sexo Masculino	Prontuário 105538
Tempo de Informação	Convênio SUS		Plano NOTURNO

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

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura + luxação úmero esq

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

Paciente evolui estável, eupneico, afebril, normotensão, 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





INTERNO, SN -
CNES: 454546 - Tel.:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 23/11/2017 01:36:59

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	1042817	20/11/2017 10:54:21	
Data do nascimento	Idade	Sexo	Período
10/06/1984		Masculino	CNS 001434145498936
Tempo da Internação		Convênio	Plano SUS

Evolução Enfermagem (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 22/11/2017 12:21:15)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura • Luxação Úmero E

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, 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

TOSSE

TOSSE: ABSENTE

SECRECÃO

SECRECÃO: ABSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO

AVALIAÇÃO GENITO-URINÁRIO

VOLUME: NORMAL

TIPOS: MUCÇÃO ESPONTÂNEA

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM MS, CATETER VENOSO EM MS

MEMBROS - LOCOMOÇÃO

EVOLUÇÃO: DEAMBULA

TERCERIÇAÇÕES

MURNAS / NOTURNAS:





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

INTERNO, S/N -
CNES: 454346 - 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 13/06/1968	Idade	Sexo Masculino	Prontuário 105538
Tempo da 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 SWV

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/DU SIN (10)

RISCO PARA INFECÇÃO

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

PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITIO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), REALIZAR ANTISEPSIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3 MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR BINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, ORENOS E F.O. (ATENÇÃO)

Série: 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 LucenaINTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 21/11/2017 14:51:38

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

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

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: AUSENTES

SECRIÇÃO

SECRIÇÃO: AUSENTES

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

EVOLUÇÃO: PLANO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO

AVALIAÇÃO GENITO-URINÁRIO

TIPOS: MUCÇÃO ESPONTÂNEA

VOLUME: NORMAL

MEMBROS - SUPERIORES

tp://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&control=2&id=367355&dataInicial=21/11/2017%2014:51:26&dataFinal=21/11/2017%2014:51:26



http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&control=2&id=367355&dataInicial=21/11/2017%2014:51:26&dataFinal=21/11/2017%2014:51:26

21/11/2017

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaINTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 21/11/2017 14:53:49

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

PREScriÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 21/11/2017 14:53:42)**DÉBITO CARDíACO DIMINuíDO**

EVOLUÇÃO: MANTER MONITORIZAÇÃO CARDíACA, COMUNICAR ALTERAÇÕES DOS SSVV

DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIéNCIA S/N (ATENçÃO)

DEPRESSÃO

NÍVEIS DE DEPRESSÃO: LEVE

DOR

EVOLUÇÃO:

NÍVEIS DE DOR: LEVE

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

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

RISCO PARA INFECçAO

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

PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENçAO)

RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITIO DE AVP A CADA T2H (ATENçAO), REALIZAR ANTISEPSIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3

MOVIMENTOS DE 360° (ATENçAO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, DRENOS E F.O.

(ATENçAO)

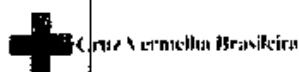
Sedan: BLOCO - URPA ENF 41 Lalto: LEITO URPA EXTRA 11

Profissional responsável pela Informação: SABRINA MEDEIROS SANTOS



Número Conselho: 307521

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel:

Impresso por: JANECLIDE
FRANCISCA NASCIMENTO
ARRUDA
Em: 20/11/2017 19:57:06

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	1042817	20/11/2017 10:54:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Pronutário
13/06/1954		Masculino	801434145496936
Tempo de internação		Convênio	Plantão
		SUS	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: 366348

Dra Janeclide Francisca Nascimento Arruda
Enfermeira
Conep: 366348



- AS 22:15 hs.
Paciente admitido para o leito
do HEESTHL, segue consciente, orientado,
sem episódios febris.
Seguir os cuidados.

Dr. Adelmo L. Góes
Tabelionato
CPFBN - 2011/72



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Paciente: Alvaro Fernando das Santos BE/Prontuário: _____
 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: _____ / _____ / _____
 Unidade/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Osteosíntese de fratura de GT
 Cirurgião: Dr. Telêmaco 1º Assistente: Dr. Loguizinho
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Duração de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Crural + fixação metatarsal</u>	

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

Biópsia de Congelação: () Sim () Não

Caminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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



Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



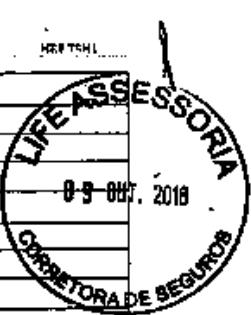
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2021 14:01:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080914010492900000044474363>
 Número do documento: 21080914010492900000044474363

Num. 46821465 - Pág. 21

Nota de Saída Cirúrgica

CH

HRTSHL



09-08-2018

MUNICÍPIO: São Bernardo dos Santos

DATA: 04/08/2018 HORA: 11:45 AM
 SETOR: ENFERMARIA LETTO:
 EFEITO: Frecciatura tuberculoso maior esquerdo
 ORIGEM: MATERIAIS: Dr. Fábio P. da Silva
 Diagnóstico: D. pleno Sardas
 Autor: André Paula Paes

ESTADO: RJ
 HOSPITAL: HOSPITAL - ANESTESIA INÍCIO: 11:45 CIRURGIA INÍCIO: 12:15

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE ANESTESEIOLOGISTAS

CONTAMINADA (1) LIMPIDA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

DOSES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
NLA	30 L	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CRONADO Nº	
ALINA ISOBÁRICA	50	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CRONADO Nº	
ALINA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
A		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DDL		KIT SIST. DREN TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
TO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº	3,0 03
BITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15	FIO POLIGLACTINA Nº	
LA	PVPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº	2,0 03
ENL	PVPI INTROTA		LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº	
IND	PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIPRÓPILENO Nº	
HACARINA C. VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE EXERTO	FIO POLIPRÓPILENO Nº	
HACARINA S. VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPRÓPILENO Nº	
NA C. VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIPRÓPILENO Nº	
NA S. VASO	AGULHA 25X07	02	LUVA ESTÉRIL Nº9,5	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
LAV	AGULHA 25X08	03	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO SEDA Nº	
	AGULHA 40X12	04	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDIACA	
	AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
OND	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC	
Almofada	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO	
FOL	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
NTANILLA	AGULHA RAQUI Nº36G		SCALP Nº21	FIO DE KIRSCHNER Nº	2
ONIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº	2
JURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	FIO STEINMAN Nº	
ETÔNIO	ATADURA DE CREPUM	03	SERINGA 10ML	FIO STERNMAN Nº	
ITAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRANDEAUOR CIRÚRGICO	
NEDECACÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº3	HIMOST ABSORVITEL	
ALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	KIT DERIVA VENTRICULAR	
DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	01	PROTÉSE VASCULAR	
HNA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	KIT PAM	
PA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	FIXADOR EXTERNO	
ZULINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	EMPRESA	
NETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		
IONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG CURTA	C1-2 PARAFUSOS CORTICais 560 Arco	
ENIA		COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
SEJUDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONJOSO	
JOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO	
CHODATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR	
FLUCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	05 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR	
JOANA DELÉIA		ELETRODOS	05 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA	
DISCENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
ASL		EQUIPO TRANSF SANQUE			
ROSTIGMENE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
RODAMON		ESPONJA DE PVPI	FIOS QTD.		
ENHICIANA		ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A Nº	1 ASPIRADOR	
Almofada a 25		GAZES	FIO ALGODÃO S/A Nº	1 BISTURI ELETRICO	
Otropediatra		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A Nº	1 CAPNOGRAFO	
		DEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº	1 CARDIOMONITOR	
		IELCO Nº16	FIO ALGODÃO C/A Nº	1 DESFIBRILADOR	
		IELCO Nº16		1 FOCO AUXILIAR	
				1 FOCO CENTRAL	
				1 MICROSCOPIO	
				1 OXÍMETRO DE PULSO	
				1 P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
				1 PERFUSO DORE-ELETTRICO	
				1 SERVA	
				CIRURGICO INSTRUMENTOS	
				ENGASER 01-2	



FICHA DE ANESTESIA



DATA: 23/11/2014

PRONTUÁRIO: 104 2817

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

Nº 46821465 - Pág. 23

RELATÓRIO DE CIRURGIA

SP 0
HEEISRL

Nome: Adrián Fernández de Soto BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 20/11/17
 Clínica/Setor: Oftátopedias EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Ressecção tumoral de luxo do glomérulo E
 Cirurgião: Dr. Fernando Guedes 1º Assistente: Víctor MR
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>Fratura úmero proximal F</u>		
<u>luxos gleno úmero E</u>		



Procedimentos Cirúrgicos		Código
<u>Ressecção tumoral.</u>		
<u>de luxo. gleno úmero</u>		
<u>AJL 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: _____

João Pessoa, 20/11/17

F(NG)ASCIR.009-1



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 20/11/17

PRONTUÁRIO:

20117

PACIENTE: *Alex Ferreira* SEXO: *M* COR: *S* IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO : TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

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

PRE-ANESTESIA: *Normal* ESTADO FÍSICO: *Normal* ESTADO MENTAL: *Normal*DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: *Normal*CIRURGIA REALIZADA: *Ressecção tumoral da articulação do joelho* CRM-PB: *6838-13*

CIRURGICO: AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA: *Suelio Moreira Torres* CPF: CRM-PB: *6838-13*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57
39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62
44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64
46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66
48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67
49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73
55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76
58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77
59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78
60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82
64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83
65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87
69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88
70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82</td									

Nota de Sala Cirúrgica

94

6042919

C&T

NOME DO PACIENTE:		Domingos Fernandes dos Santos	
IDADE:	53	SE:	
PRONTO-UNIFORME:		ENFERMAGEM:	
CIRURGIA:			Dr. César de Andrade - Instrumento Cirúrgico FSA
CIRURGIA:			Cirurgia de Reduto - Tumor do Fígado
ANESTESIA:			Sedação
ANTITUSÍSTICO:			Paracetamol 1000 mg
INSTRUMENTADOR:			
DATA:			10.11.2016
TIPO CIRÚRGICO - ANESTÉSIA: INICIO:			15:00
CIRURGIA: INICIO:			15:30
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA I (ASA 1) ASA II (ASA 2) ASA III (ASA 3) ASA IV (ASA 4) ASA V (ASA 5)			
GRADO DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS CITADA	CITA	MATERIAIS CITA	FIOS
ALFENTANILA	SP 500 µL	JELCO Nº18	FIO CAT GUT CRONADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20	FIO CAT GUT CRONADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22	FIO DE AÇO Nº
CETAMINA		JELCO Nº24	FIO DE AÇO Nº
DOPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	GTO. LÂMINA BISTURI Nº1	FIO DE NYLON Nº
GENOBARBITAL	ÁLCOOL ÉTILICO 10%	LÂMINA BISTURI Nº5	FIO DE NYLON Nº
HENTANILA	PVPI DESGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº20	FIO POLIGLACTINA Nº
HUUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº
ISOFLURANO	PVPITÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA Nº
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	GTO. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO Nº
LUOCAINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	FIO POLIPROPILENO Nº
LUOCAINA S/ VASO	AGULHA 25X8,0	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIOLÉCARBONO Nº
MIDAZOLAN	AGULHA 25X8,0	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO SEU Nº
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDIACA
MISBILUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS	QTD.
PEPTIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO	CATETER DE PIC
PSOPORPOL	AGULHA RAQUÍNICO Nº25G	SCALP Nº19	CIMENTO CIRÚRGICO
RANIFENTANILA	AGULHA RAQUÍNICO Nº26G	SCALP Nº21	CLIP TITÂNIO LIGADURA
ROCLURÔNIO	AGULHA RAQUÍNICO Nº27G	SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SEOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÓDICO	SERINGA 5ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 1ML	FIO STEINMAN Nº
TIOFENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 2ML	FIO STEINMAN Nº
			GRAMPEADOR CIRÚRGICO
			HIMOST. ABSORVÍVEL
			KIT DERIVA. VENTRICULAR
			PRÓTESE VASCULAR
			KIT. PAM
			FIXADOR EXTERNO
			EMPRESA
			EQUIPAMENTOS
			() ASPIRADOR
			() BISTURI ELÉTRICO
			() CAPNOGRAFO
			() CARDIOMONITOR
			() DESFIBRILADOR
			() FOCO AUXILIAR
			() FOCO CENTRAL
			() MICROSCOPIO
			() TÔNOMETRO DE PULSO
			() TUBULAÇÃO NÃO INVASIVA
			() TURPURADOR ELÉTRICO
			() SERRA
			CIRCULANTE

CIRCULANTE
Horacio Arechib
78. 766 FINGLAS II

ENCLASME 117





Laudo Médico/Resumo de Alta

Nome: <u>Auré Ferreira dos Santos</u>		Nº de BE: <u>S</u>
Idade: <u>20</u>	Sexo: <u>M</u>	Clinica: <u></u>
Data de admissão: <u>20/11/17</u>	Alta: <u>29/11/17</u>	Enf.: <u></u> Leito: <u></u> Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>Fist. de Cunho Proximal E</u>		
Diagnóstico Definitivo: <u>Omeo.</u>		
Diagnóstico Secundário: <u>Omeo.</u>		
Principais exames:		
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>RAFI - 23/11/17 Dr. Francisco Guedes</u>		
Biópsias:		
Anatomia patológica:		
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()		
Resultado bacteriologista:		
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()		
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:		
<p style="text-align: center;">Orientações Pós Alta</p> <p>Dieta: <u>lume</u></p> <p>Repoço:</p> <p>Relativo em casa por <u>15</u> dias.</p> <p>Retorno às atividades sem esforço físico em <u>30</u> dias.</p> <p>Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>60</u> dias.</p> <p>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.</p> <p>Medicações para casa: <u>CEFACINA - PROTEIN - DIAZONIL</u></p>		
<p>Retorno:</p> <p>Ao posto de saúde em <u>15</u> para retirada de ponto. Dr. Lauri F. C. Júnior Ao ambulatório <u>07</u> em 30 dias para revisão.</p> <p>João Pessoa: <u>09 de 11 de 17</u> Ass. Médico/CRM <u>25 NOV. 2017</u></p>		
<p>Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.</p>		

F(NG).APC.002-2





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. 28



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N.º 012029533167
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CLAUDIO MARTINS DA SILVA COSTA
26757452803F-CNFJ
NOVA ANT/LUF PB 9C2JE2500BR017730
PAS/MOTONELA/NAO/APLIC
HONDA/LEAD110 - MODELO 2015
2015/08/2015
IPVA 2015/2016 - 25/07/2015
PRÉMIO TARIFÁRIO
FAIXA RIA
PARCELAMENTO / COTAS
A
PRÉMIO TARIFÁRIO (01) 25/07/2015 PREMIO TOTAL (01) 25/07/2015 DATA DE PAGAMENTO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
DOCUMENTO DE PORTES CERTIFICADO DE
MOVIMENTO PARA TRANSFERÊNCIA
JOÃO PESSOA - PB 28/07/2015
33294 33294 33294

PB N.º 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

2015 28/07/2015
2015 28/07/2015
0642866275 HONDA/LEAD110
2015 07/08/2015 9C2JE2500BR017730
PRÉMIO TARIFÁRIO
FAIXA RIA
PARCELAMENTO / COTAS
COTA ÚNICA
PRÉMIO TARIFÁRIO (01) 25/07/2015 PREMIO TOTAL (01) 25/07/2015 DATA DE PAGAMENTO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.008/0001-04
www.dpvatsegurodotransito.com.br
33294 1013292/2015/07/2015





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Alemei Fernandes dos SantosDATA DO ACIDENTE 20/11/2017 CPF DA VÍTIMA 010.825.968-55PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Alemei Fernandes dos SantosQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VÍTIMA É Alemei Fernandes dos Santos.ENDERÉSCO DO PORTADOR Rua 66 Joaquim Pereira SantosNº 267 COMPLEMENTO - BAIRRO ValentinaCIDADE João Pessoa UF PB CEP 58064-460E-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 CONFIRME 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, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

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, TAI 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/10/2018IDENTIDADE 133.8544

ASSINATURA

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=21080914010492900000044474363>

Número do documento: 21080914010492900000044474363

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



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. 31



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10^a 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 pendencia, 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.

Inéria do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violão 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2021 14:01:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080914011318700000044474365>
Número do documento: 21080914011318700000044474365

Num. 46821467 - Pág. 1

(...) 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 transscrito:

"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 inherência 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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2021 14:01:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080914011318700000044474365>
Número do documento: 21080914011318700000044474365

Num. 46821467 - Pág. 3