



28/10/2022

Número: **0800193-02.2020.8.15.0191**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **31/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NAILSON PROCOPIO DA SILVA (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65326134	28/10/2022 11:14	Petição	Petição
65326135	28/10/2022 11:14	2807121_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
65326675	28/10/2022 11:14	2807121_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAILSON PROCOPIO DA SILVA

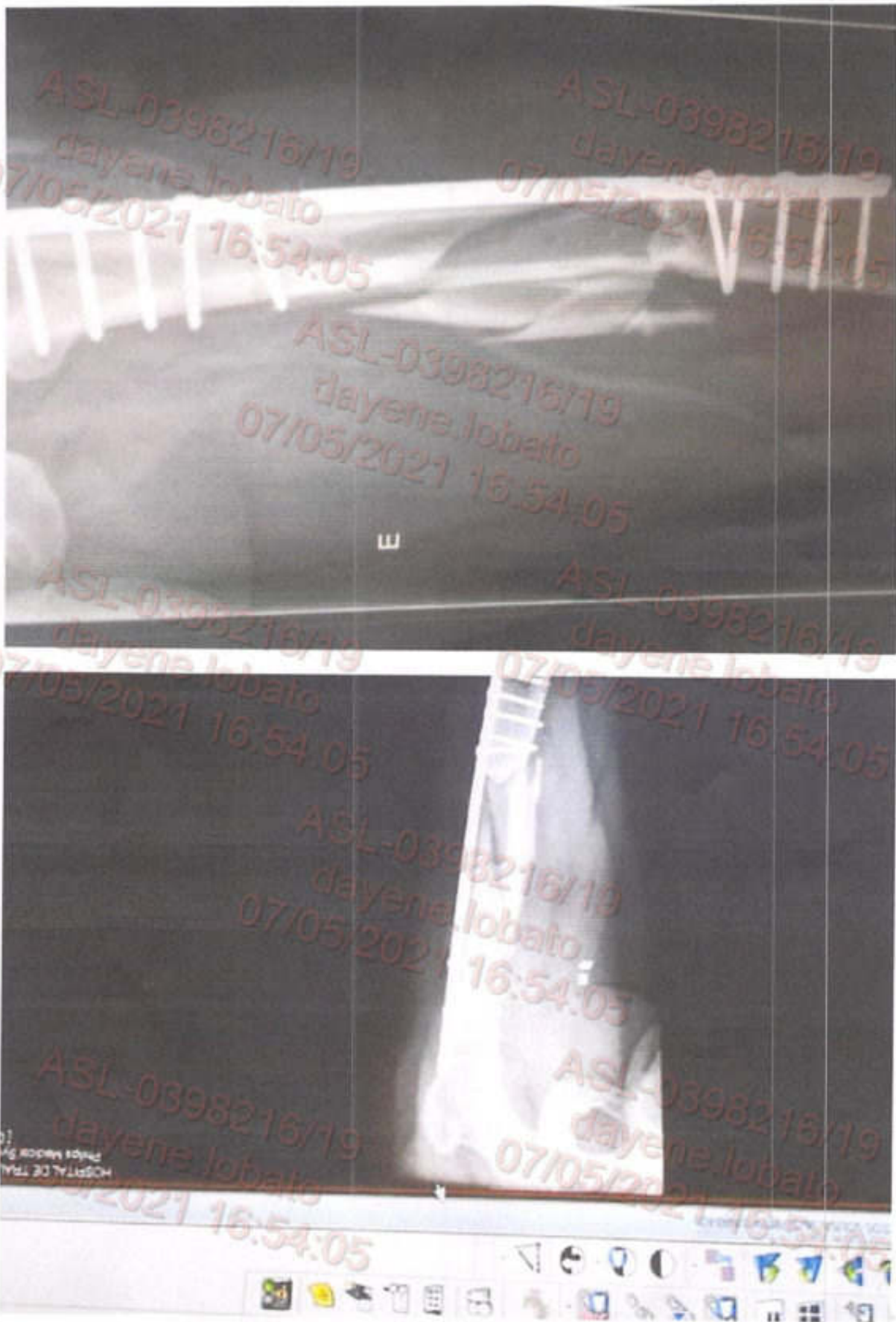
BANCO: 001

AGÊNCIA: 01149-5

CONTA: 000010025399-7

Nr. da Autenticação F7D718B45CE58711





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		SUS	
REQUISIÇÃO DE EXAMES		SISTEMA UNIDADE DE SAÚDE	
(BPA-C / BPA-I)		UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):	
CNPJ: 08.916.124/0001-23		NOME: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - PSF III - SÉRIO	
BAIRRO: CENTRO		CÓDIGO DA UNIDADE: 236434	
CEP: 58158-000		ENDEREÇO: RUA SÉRIO	
UF: PB		MUNICÍPIO: SÃO VICENTE DO SÉRIO	
PACIENTE: NAILSON MOREIRA DA SILVA		NOME: NAILSON MOREIRA DA SILVA	
IDADE: 51 ANOS		PROFISSÃO: NAILSON MOREIRA DA SILVA	
DOCUMENTO: 51.123.456.789		ENDEREÇO: RUA SÉRIO	
BAIRRO: CENTRO		MUNICÍPIO: SÃO VICENTE DO SÉRIO	
ESTADO: PARAIBA		CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 5805003	
DATA DO ATENDIMENTO: 28/10/2022		DATA DO NASCIMENTO: 28/10/2022	
RAÇA/COR: BRANCA		CARACTER DO ATENDIMENTO: CONSULTA	
SEXO: F		DADOS CLÍNICOS	
Frustrado de Htn e HbA1c		MATERIAL A EXAMINAR	
Exames solicitados		EXAMES SOLICITADOS	
PROFISSIONAL		PROFISSIONAL	
CNS		CNS	
CBO: 31201001		CBO: 31201001	
ASSINATURA DO PACIENTE		ASSINATURA DO PACIENTE	
ASS DO REVISOR TÉCNICO - carimbo		ASS DO REVISOR TÉCNICO - carimbo	
ASS DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo		ASS DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo	

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05



ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

Item	Prescrição
1	DIETA LIVRE
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML. E.V. IFRASCO. 12h/12h
3	DIFERON SODICA 500 MG/ML 2 ML. E.V. IAMPOLA. 6h/6h
4	TENOXICAM 20 MG SEMI DILUENTE. E.V. IFRASCO. 12h/12h
5	Reconstituir 2ML ABD.
6	OMEPRAZOL 40MG. IFRASCO. 24h/24h (ADM AS 6h)
7	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML. E.V. IAMPOLA. FAZER SE
9	NECESSÁRIO
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

DIA 05/05/2019
MÉDICO(A): Tammier Gomes De Moraes /

Clínica: AMARELA Enfermeira: ☒ Leito: ☒
Nome da Mãe: MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA
Nº do prontuário: 1889529 Paciente: NAILSON PROCOPIO DA SILVA Idade: 037
Data de Nascimento: 15/06/1981 Sexo: M

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO
DA PARAIBA



Data: 05/05/2019
Hora: 00:03:16
Médico (a): Tammier Gomes De Moraes

HTCG-Plano Administrativo

05/05/2019







ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05





LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: NAILSON PROCOPIO DA SILVA

Data da Internação: 04/05/2019

Data da Alta: 12/05/2019

Registro: 1889529

Tempo de Permanência: -18021

Diagnóstico Inicial: 0408050500

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 09/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: ANA DULCE DE SOUZA LIMA

Medicamentos: CEFTRIAXONA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA, ADMITIDO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + DEOCIL SL + ARFLEX RETARD. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

Dieta:

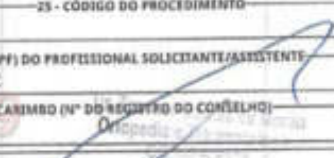
Medicações para Casa::

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

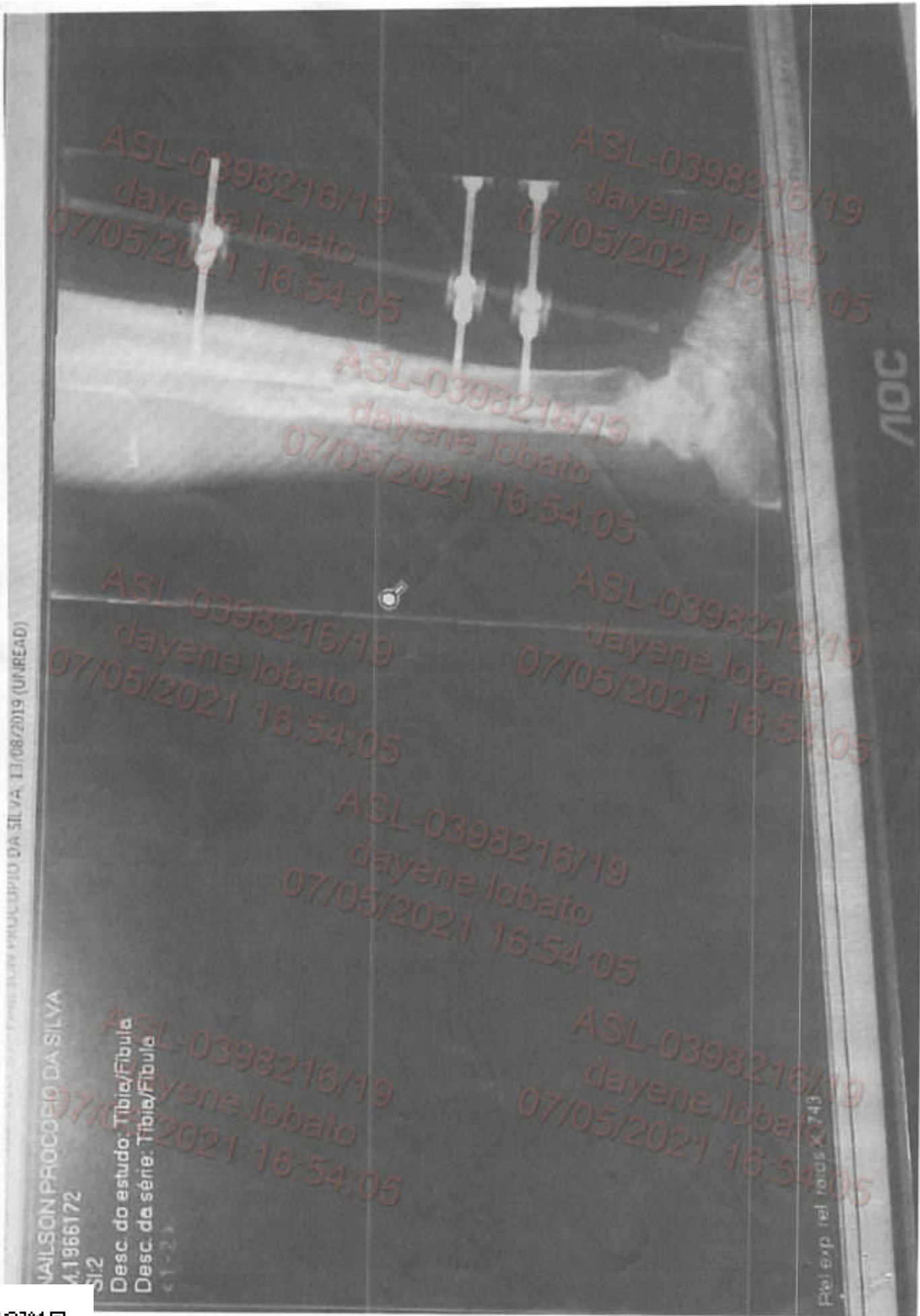
Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

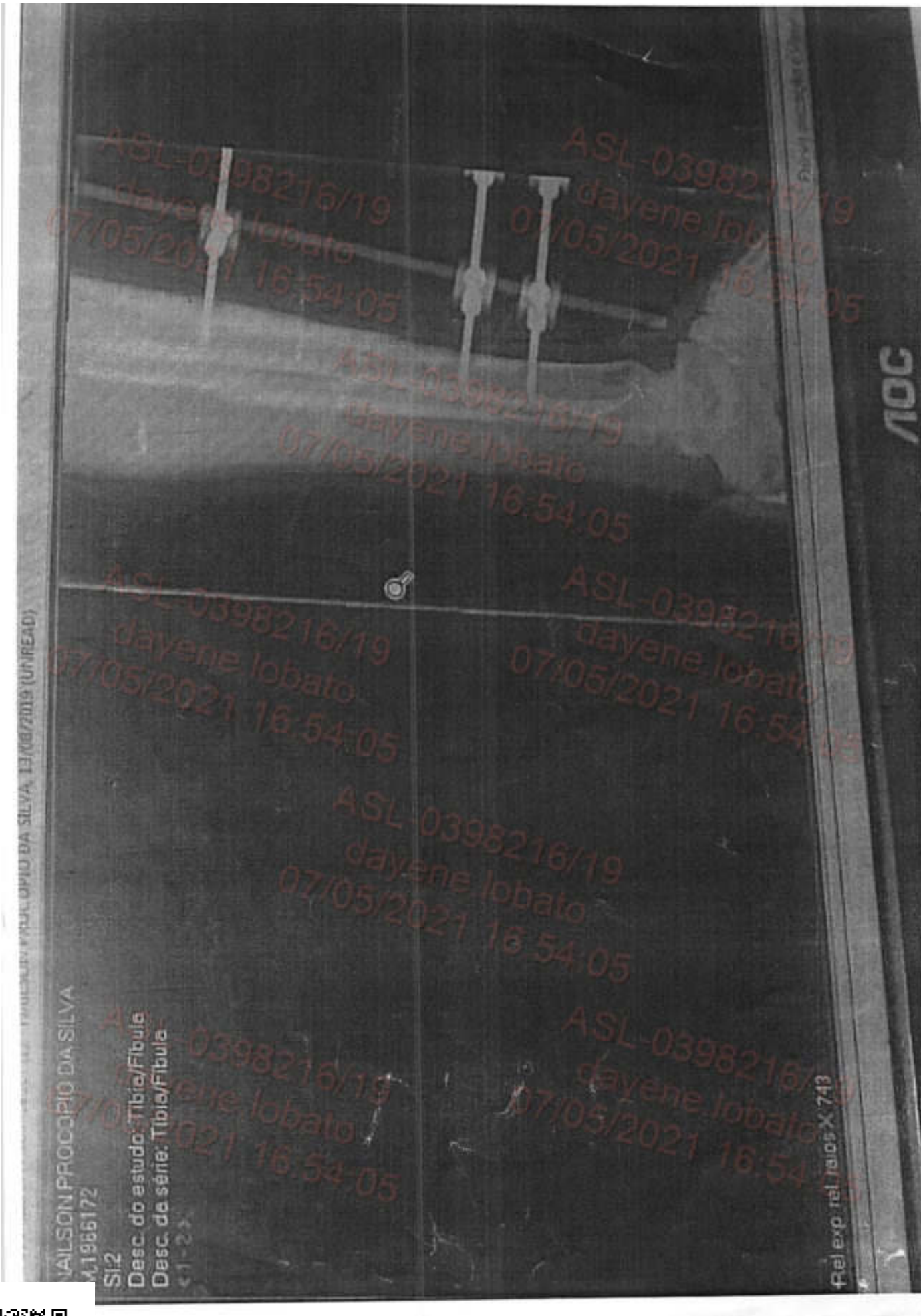


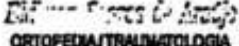
Data da internação: 04/05/2019 Hora: 23:50:45

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
NAILSON PROCOPIO DA SILVA				1889529	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
160621727900000		15/06/1981		Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA				83 999618218	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
PROJETADA, 0, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA					
Seridó					
14 - CÓDIGO MUNICIPAL		15 - UF		16 - CEP	
251540		PB		58158000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Dor e limitação funcional perna @ Rx: Fr osso da perna @					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Neuról de Hto envij					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS					
Exame físico + Rx					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
Fr osso da perna @					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
at.					
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF	
02				980016294174142	
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
				TAMMER GOMES DE MORAIS	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
04/05/2019					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CNOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNES () CPF		46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
/ /					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					







HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: NAILSON PROCOPIO			Data da Cirurgia 09/05/2019
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. ELDIMAN		1º Auxiliar: DR EVERLAN	
2º Auxiliar DR WAGNER		Instrumentador THIAGO	
Anestesiista: DRA ANA DULCE		Anestesia:	
Diagnóstico Pré-operatório: FX TIBIA E			
Tipo de Cirurgia: OSTEOSINTESE			
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: SIM			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- LIMPEZA E DESBRIDAMENTO CIRURGICOS 05- REDUÇÃO INCRUENTA + FIXACAO FIXADOR EXTERNO LINEAR 06- SFO.9% + DESBRIDAMENTO 07- CURATIVOS			
 SUELIO MOREIRA TORRES ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA CRM-PB. 6960 TEOT: 11502		 18 JUN. 2019 CORREtores SEGUROS	



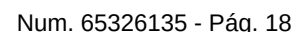
Paciente	Prontuário	Ala	Enfermaria
Nubem Pires da Silva	188528	08/05/19	2
Data	Hora	Data	Hora
03/05/19		08/05/19	14:00
Paciente relata acidente automobilístico em 04/10/05, com diagnóstico de fratura das omes da perna e do tornozelo esquerdo imobilizados por tala gipsada em tornozelo; perna e fêmur ECG. E pouca musculação de quadriceps. Grau 4. Conduta: Flutuação de ombros (3x10), terapia física da MTD (3x10) e fisioterapia (3x10) e orientação para mobilidade corporal global. T47 Paciente sedentário, sem queixas e conduta reeducadora em intervenções. Ata Danaila Firmine _____			
Assinatura do Médico FISIOTERAPEUTA CREFITO 201884 Assinatura do Fisioterapeuta FISIOTERAPEUTA CREFITO 201455			



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAIBA
Nelson P. do Carmo da Silva	01	01	37	7885529	
CIRURGIA TO TORÇOPO DE R. XODU CIRURGIÃO					
ANESTESIA					
INSTRUMENTADORA					
MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS					
Bolsa Colostoma					
Catel p. Orog					
Catel De Urinar Sist. Fech.					
Compressa Grande					
Compressa Pequena					
Coloide					
Dreno					
Dreno Kerr n°					
Dreno Pervase n°					
Dreno Pevaze n°					
Equipo de Macropia					
Equipo de Macropia					
Equipo de Sangue					
Equipo de PVC					
Espatula Lato cm					
Furacim ml					
Gase Pacote c/ 10 unidades					
H.O. ml					
Intracath Adulto					
Intracath Infantil					
Lâmina de Bisturi n° 23					
Lâmina de Bisturi n° 11					
Lâmina de Bisturi n° 15					
Luvas 7.0					
Luvas 7.5					
Luvas 8.0					
Luvas 8.5					
Oxigenio l/m					
Polifix					
Pup. Deglutante ml					
Saco coletor					
Saco coletor					
Sonda desc. 20 ml					
Sonda desc. 10 ml					
Sonda desc. 05 ml					
Sonda Foley					
Sonda Nasogástrica					
Sonda Uretral n°					
Steridrem ml					
Torniquete					
Vaselina ml					
Gelco 10					
Lâmpada					
Agulha desc. 28 x 28					
Agulha desc. 3 x 4.5					
Agulha p/ raque n°					
Alcool de Enfermagem					
Alcool iodado ml					
Algodão de Crepon					
Algodões de Gessada					
Azul mediano amp.					
Benzina ml					
Bolsa Colostoma					
Catel p. Orog					
Catel De Urinar Sist. Fech.					
Compressa Grande					
Compressa Pequena					
Coloide					
Dreno					
Dreno Kerr n°					
Dreno Pervase n°					
Dreno Pevaze n°					
Equipo de Macropia					
Equipo de Macropia					
Equipo de Sangue					
Equipo de PVC					
Espatula Lato cm					
Furacim ml					
Gase Pacote c/ 10 unidades					
H.O. ml					
Intracath Adulto					
Intracath Infantil					
Lâmina de Bisturi n° 23					
Lâmina de Bisturi n° 11					
Lâmina de Bisturi n° 15					
Luvas 7.0					
Luvas 7.5					
Luvas 8.0					
Luvas 8.5					
Oxigenio l/m					
Polifix					
Pup. Deglutante ml					
Saco coletor					
Saco coletor					
Sonda desc. 20 ml					
Sonda desc. 10 ml					
Sonda desc. 05 ml					
Sonda Foley					
Sonda Nasogástrica					
Sonda Uretral n°					
Steridrem ml					
Torniquete					
Vaselina ml					
Gelco 10					
Lâmpada					
Agulha desc. 28 x 28					
Agulha desc. 3 x 4.5					
Agulha p/ raque n°					
Alcool de Enfermagem					
Alcool iodado ml					
Algodão de Crepon					
Algodões de Gessada					
Azul mediano amp.					
Benzina ml					

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NAC03 120



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Data	Hora	Prontuário	Ala	Data	Hora	Leito	Enfermaria
Nailson Piacophode Silva	05/19	Manhã		Ortopedia	5		4	2
Atualizações: Paciente em flar e tiloleta Lavagem diagnóstica fratura dos os- sos da perna esquerda: HLA: Paciente sobre um cilindro e antebraço tilo melhorado pelo SPN, realiza curar que é feito com fitador externo. Frase Final: Paciente com acesso vascular e fraturado artro na MIE. Atualizações gerais: HLA preservada em quadricul e perna esquerda e diminuído no torn to e esquerda, com fratura adensa no torn to e esquerda. Conduto: Dor pla e placa plantar (3x6) na MIE e bra de quadril esquerda sem resistência (5x6) alongamento trióps para direita (3x6) fratura a tala de triplice placa no MID (3x10) fratura a tala de dor clava e placa plantar contra resistên cia na MID (3x10) Adm. enfermeira: Julia Com Din. Ambul 2								

MOD. 012

Y 120 RUMOS DE PAULAS AIREN
FISIOTERAPEUTA
CREFITO - 207468 - F



ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

Assinatura do anestesista

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

		TOTAL DE PONTOS:
		Completamente acordado = 2
		Despertado ao chamado = 1
		Não responde ao chamado = 0
		Sat O2 < 90 com oxigênio = 0
		Sat O2 > 90 com oxigênio = 1
		Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2
		PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2
		PA + ou - 40% do nível pré-anestésico = 1
		PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0
		Respiração profunda e tosse = 2
		Respiração limitada, Dispneia = 1
		Apnéia = 0
		Movimentação 4 membros = 2
		Movimentação 2 membros = 1
		Nenhum Movimento = 0
Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída

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



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



ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05



ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASSINATURA: CARVALHO
Ana Maria Da Silva Anselmo
07/05/2021 16:54:05

CONDTA:
- VPM,
- AGUARDA CIRURGIA.

EXTREMIDADES: PELE INTEGRA.

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS, SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.

DATA: 07/05/2019 HORA: 09:43:39

EVOLUÇÃO

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	Dieta
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	500ml
3	DIFERONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	2ml
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRASCO AMP, 12h/12h	20mg
5	RECONSTITUIR 2ML ABD.	2ml
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.D. COMIP, 12h/12h	150mg
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	100mg
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Cuidados

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /
DIA 07/05/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermária: 2 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA OSSOS DA PERNÁ E

Nome da Mãe: MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA
Nº do prontuário: 1889529
Paciente: NAILSON PROCOPIO DA SILVA
Idade: 037 Sexo: M
Data de Nascimento: 15/06/1981
Admissão: 04/05/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 07/05/2019
Hora: 09:44:00
Médico (a): Ana Maria Da Silva Anselmo



HPM-Panel Administrativo

07/05/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2022 11:14:23

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22102811142276400000061723647

Número do documento: 22102811142276400000061723647

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
Má. Ortopedia - Traumatologia
CRM-28 7935

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QÜEIXAS, SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.

EXTREMIDADES:

CONDUTA:

- SOLICITO RADIOGRAFIA DA PERNA (AP + PERFIL).

DATA: 06/05/2019 HORA: 09:21:32

EVOLUÇÃO

Item	Prescrição	Aprimoramento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. FRASGO, 12h/12h	12-2+
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	12-2+ 04-0+
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. TERA AMP, 12h/12h	12-2+ 04-0+
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. ICOMP, 12h/12h	12-2+ 04-0+
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	12-2+ 04-0+
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

DIA 06/05/2019



Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 2 Leto: 4 Diagnóstico: FRATURA OSSOS DA PERNA E

Nome da Mãe: MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA

Data de Nascimento: 15/06/1981

Admissão: 04/05/2019

Nº do prontuário: 1889529 Paciente: NAILSON PROCOPIO DA SILVA

Idade: 037

Sexo: M

1502 NUT 8-1

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

Hora: 09:22:45

Data: 06/05/2019

CNPJ: 10.848.190/0001-55

HPM-Paraná Administrativo

06/05/2019



DATA: 08/05/19 HORA: 09:00



Tipos: () Praticante () Não praticante. Observações:

2. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

SONO E REPOUSO

Limitação física: () Acarnado () Cadeira de rodas () Outro:

Higiene corporal: () Satisfecho () Insatisfecho	Higiene corporal: () Satisfecho () Insatisfecho
---	---

Quilado corporal: () Independente () Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:

CUIDADO CORPORAL

Unicera de pressão: (Estágio:

Local

Descriptores:

12

Dreno: () Tipo/Aspecto:

Debit:

COLLEGE BULL. 52/1/53

Quelche chose à m. m. f. f.

Condições das mucosas: () Umidas () Secas Manifestações de sede: ()

Coloração da pele: () Normocrada () Hipocrada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Reservado

Condição da pele: (☒) íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escorções () Junc.

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto:	() Outros:	Observações:

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Dado

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Normativos () Ausentes () Diminuidos () Aumentados

Abdomen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

Altepartei: () Inapetencia () Distig () Intolerancia almanente () Vomito () Fiebre () Cough

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT: Hórb.

Verdichting: () Compleet (☒) Incompleet () Prose.

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: 115D

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Soplo () Outro. Marcado: () Transiente () Permanente

Organismal vs. Environmental? ()

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos; () urgência judicial. ()

Rate: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorose () Fra () Aquedra.



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____
 DATA: 06/05/2019 HORA: _____
 CNRM: 358.098
 ENFERMEIRO
 Dr. Valdir de Camargo

INTERFERÊNCIAS

Relatório / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

5. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Comunicação: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: _____
 Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: _____

6. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

(X) Preservado () Insônia () Sono interrompido. Observações: _____
 Sono e repouso

Limite físico: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____
 Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. Observações: _____

Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações: _____

CUIDADO CORPORAL

Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo em: _____
 Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Dêbito: _____ Retirado em: _____
 Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: _____

Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: () _____
 Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
 Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____
 Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Dêbito ml/h: _____
 Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros: _____
 RHA: () Normotensos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____
 Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____

Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT Hora: _____ Data: _____
 Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese. _____
 Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____
 Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: _____ Data da punção: 06/05/19
 Ausculta cardíaca: () Ritmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
 Drogas vasodilatadoras: () Quais? _____
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: () _____
 Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.





ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

CONDTA: - VPM

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM 1º DPO, SEM QUEIXAS, SÓO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.
AO EXAME: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, AFEIRIL.
EXTREMIDADES: PRESENÇA DE DISCRETO SANGRAMENTO EM REGIÃO DE FIXADOR EXTERNO.

DATA: 10/05/2019 - HORA: 08:03:27

EVOLUÇÃO

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRASCO, 12h/12h	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG VO, ICOMR, 12h/12h	
7	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG VO, ICOMR, 24h/24h (ADM AS 12h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IFRASCO, FAZER SE NECESSARIO	
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	CURATIVOS 12h/12h	
	COM DESSANE	

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Edmundo Soares De Araujo / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

DIA 10/05/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA OSSOS DA PERNA E

Nome da Mãe: MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA Data de Nascimento: 15/06/1981 Admissão: 04/05/2019

Nº do prontuário: 1889529 Paciente: NATHSON PROCOPIO DA SILVA Idade: 037 Sexo: M

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 10/05/2019
Hora: 08:04:24
Médico (a) Danista: Ana Maria Da Silva Anselmo



HPM-Pararibá Administrativo

10/05/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2022 11:14:23

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22102811142276400000061723647

Número do documento: 22102811142276400000061723647

Data: 09/05/2019
Horas: 12:19:34
Médico (a): Eridman Soares De Araujo



GOVERNO DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1889529 Paciente: NAILSON PROCOPIO DA SILVA Idade: 037

Nome da Mãe: MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA Data de Nascimento: 15/06/1981 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 2 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA OSSOS DA PERNA E

DIA 09/05/2019

MÉDICO(A): Eridman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCOS, 12h/12h	
3	CERTIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMF, 12h/12h OD/5D	
4	DIFIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMF, 12h/12h	
6	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. ICOMP, 12h/12h	
7	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG V.O. ICOMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	CURATIVOS 12h/12h	
	COM DESSANE	

Dr. Eridman Soares de Araujo
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PB: 552 TS-07: 11502

Presença de líquidos em partes molles.
Operado por glândulas extensas



ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso0dias

Condições de Alta::Melhorado

Data12/05/2019

Assinatura: 
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo



ASL-0398216/19
dayene.lobato

07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato

07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato

07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato

07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato

07/05/2021 16:54:05



LIBERAÇÃO DE LEITO Nome do Paciente: NAILSON PROCOPIO DA SILVA Data da Internação: 04/05/2019 Registro: 1889529 Tempo de Permanência: -18021 Diagnóstico Inicial: 0408050500 Diagnóstico Final: Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO Cirurgia: OSTEOSSINTESE Data: 09/05/2019 Equipe: Cirurgião: ELIDIAN SOARES DE ARAUJO Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA Aux 2: WAGNER LUIZ Aux 3: Aux 4: Anestesieta: ANA DULCE DE SOUZA LIMA Medicamentos: CEFTRIAXONA Infecção F.O: NAO Coleta de Material: NAO Bacteriologia: NAO Anatomopatológico: NAO Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA, ADMITIDO PARA TRATAMENTO CIRURGICO. Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + DEOCIL SL + ABFLEX RETARD. - ENCAMINHO A FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR. CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL! Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos 10.1.1.148/projeto/tecnologia/impressao.html?cont=1889529		12/05/2019 HTOG-Painel Administrativo Nome: Ana Maria De Silva Anestmo Data: 12/05/2019 CNPJ: 08.778.268/0008-52 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campinas Grande - PB, CEP: 58433-409 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campinas Grande - PB, CEP: 58433-409 Biotério de Emergência (B.E.) - Modelo 03 GOVERNO DA PARAIBA
--	--	---





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA
DELEGACIA DE SOLEDADE

Rua Prefeito Inácio Claudino nº 82 - Centro - Soledade - 58155-000 - 83-33831551

OCORRÊNCIA Nº 000174/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000174/19 registrada em 17/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezessete dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Soledade, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE SOLEDADE, quando encontrava-se presente o Bel. DURVAL SANTOS BARROS, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:29 horas, compareceu o Sr. NAILSON PROCÓPIO DA SILVA, com 38 anos de idade, filho de MANOEL PROCÓPIO DA SILVA e TEREZA EVANGELISTA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de SÃO VICENTE DO SERIDÓ - PB, União Estável, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3167730, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 06275263490, residindo à rua SÍTIO CARDEIRO, bairro ZONA RURAL, na cidade de Soledade - PB, celular 988607985.

Declarou que:

Que no dia 04 de Maio do corrente ano, o declarante saiu de sua residência com destino ao Sítio Santa Luzia para deixar um pessoal; Que vinha conduzindo o veículo FIAT/UNO MILLE EX ANO/MODELO 1998/1999, PLACAS KKK 9058/PB, CHASSI 9BD158068W4008637, RENAVAM 0070394046-5, DE COR CINZA, LICENCIADO EM NOME DE SEVERINO AMARO DA SILVA; Que nas imediações do Sítio Santa Luzia um carro não identificado invadiu a pista contrária e colidiu frontalmente com o veículo do comunicante; Que o condutor do veículo contrário evadiu do local e não foi possível identificá-lo; Que o comunicante quebrou o osso da perna do lado esquerdo em duas partes e foi socorrido pela equipe do SAMU da cidade de Soledade e foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Traumas da cidade de Campina Grande; Que foi submetido a uma cirurgia e ficou internado 16 dias; Que teve perda total do seu veículo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Soledade, Segunda-feira, 17 de Junho de 2019

Nailson Procópio Danilo

NAILSON PROCÓPIO DA SILVA

Declarante

Romilson Alves

ROMILSON ALVES

Escrivão



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB	Nº 9824887810
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
PRF 20130100040353-8	
PLACA DDT034986-5	NUMERO 00700000000
NOME/ENDEREÇO JEVERIO AMARAL DE SILVA RUA MANOEL DE BARROS, 61 CATOLIC 58410418 CAMPINA GRANDE-PB	
CPF/CNPJ 22573194034	PLACA PB 9058/PB
NOME ANTERIOR MARTANA DANIELA RIBEIRO	
PLACA ANT/VF KLE9028 PB	CHASSI 9BD158068W4000001
SPECIE TIPO PAS/AUTOMOTIVA	COMBUSTIVEL ALCOOL
MARCA/MODELO FIAT/UNG MILHA PX	ANO FAB - INOMCO 1997 - 1999
CAR/POT/CIL h P/58 /CV	COR/NEO CORANTE CINZA
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO N.º Motor : 00000000000000000000	
CAMPINA GRANDE-PB 33275	DATA 26/04/2013

EM BRANCO



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO, TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALORES

NOME DO COMPRADOR: ANDRE PEREIRA DA COSTA
RG: 2525636 CPF: 037.955.534-40
ENDEREÇO: SOLON DE LUCENA 298
ESPERANÇA - PARAIBA
LOCAL E DATA: CARIMA GRANDE, 15/01/2018

Luciana Amaro da Silva
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- 46 O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo, em DETRAN, no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser considerado responsável solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas multas, de acordo com a Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro (CTB).
- 47 O comprador tem o prazo máximo de 30 dias, contados da data da aquisição, para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- 48 O presente documento é o reconhecimento de fatura do comprador e do vendedor, exclusivamente na modalidade de venda de veículo.

DE ACORDO:

Andre Pereira da Costa
ASSINATURA DO COMPRADOR



2º Cartório de Notas do Estado de Pernambuco - PE
Tabela: Rua de Fátima Lúcia Cavalcanti
Praça da Bandeira, 125 Centro - 52060-000
Fone: (51) 3221-4000 - 3221-4001

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

SEVERINO AMARO DA SILVA

Dono de: Carro de Grande Porte - 15/01/2018

Cartório: LUCIANA CAROLINO DOS SANTOS

Selo Digital: A01153291-1P7K

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>

Valor: R\$ 9,45 ISS R\$ 0,47 FARPEL R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPI R\$ 1,74

Luciana Amaro da Silva
Carolina dos Santos
Escritura Autorizada



SERVIÇO NOTARIAL MARTINS 2º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Monsenhor Severiano, 24, Centro, Esperança - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

ANDRE PEREIRA DA COSTA

Dono de: Carro de Grande Porte - 14/02/2018

Notário: ONIL EMMAUEL LYRA

Selo Digital: A0168762-1AF3

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>

Valor: R\$ 9,10 FARPEL R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPI R\$ 2,27

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:53:39

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:53:39



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0398216139 3 - CPF da vítima: 062.752.634-90 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: NAILSON PROCOPIO DA SILVA 6 - CPF: 062.752.634-90
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO CORDEIRO 9 - Número: 5/M 10 - Complemento: IV CASA
11 - Bairro: AREA RURAL 12 - Cidade: SOLEDADE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58355-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (33) 98651-8367

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1144 5 CONTA: 25399 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

x João Passos 13/11/19.
x Nailson Procopio da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635976 **Cidade:** Soledade **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAILSON PROCOPIO DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1,4,6(IMAGEM) P.2,7(BAM) P.11(CIRURGIA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0398216139 3 - CPF da vítima: 062.752.634-90 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: NAILSON PROCOPIO DA SILVA 6 - CPF: 062.752.634-90
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO CORDEIRO 9 - Número: 5/M 10 - Complemento: IV CASA
11 - Bairro: AREA RURAL 12 - Cidade: SOLEDADE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58355-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (33) 98651-8367

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1449 5 CONTA: 25399 5 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Passos 13/11/19.
x Nailson Procopio da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU SOLEDADE - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 4/5/2019	HORA: 20:51	ID Nº: 1772820 USB 31
NOME: NAILSON PROCOPIO DA SILVA		
QUEIXA: COLÍSSÃO CARRO COM CARRO		
LOCAL: SÍTIO STA LÚZIA		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: SOLEDADE		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para Hospital de Emergência e Trauma		

Soledade, 17 de Maio de 2019.

Gláucia Michaelle F. Costa
Coordenadora SAMU

GLÁUCIA MICHAELLE F. COSTA
COREN 284.879

Coordenação
SAMU Soledade 192



04/05/2019

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

HITC-Panel Administrativo



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1889501

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES (CNPJ: 08.778.268/0038-52)
Av. Mal. Roriano Pereira, 4700 - Malinas, Campina Grande - PB, CEP: 56433-209 Data: 04/05/2019
Biotôm de Emergência (B.E) - Módulo 07
Atendente: Cigiana Verônica Silva Coutinho
PACIENTE: MAILSON PROCÓPIO DA CEF-58150000 Nascimento: 15/06/1961

SILVA

Endereço: PROJETADA

Sexo: M

Telefone: 999618218

Cidade: Serido

Idade: 037

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARILIA TEREZA EVANGELISTA SILVA

RG:

Nº 0

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atendimento: 04/05/2019

CNS: 1606217279000000

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Hora: 22:49:49

CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abaxial
2. Amplexão
3. Axial
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Enfiamento
9. Enfiamento torácico paraxial
10. Enfiamento
11. Enfiamento
12. F. Alma branca
13. F. Alma de fogo
14. F. Contusão
15. F. Contusão
16. F. Contusão
17. F. Contusão
18. F. Contusão
19. F. Contusão
20. F. Contusão
21. Hematoma
22. Infratimento Vento
23. Laceração
24. Laceração
25. Luxação
26. Mordedura
27. Mordedura torácica paraxial
28. Objeto Enfiado
29. Ocorrência
30. Ocorrência
31. Perforação
32. Perforação
33. Perforação
34. Perforação
35. Sinal de Injeção
36. Sinal de Injeção

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada: % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME FÍSICO - DADOS - JÚNICOS

Paciente vítima de acidente de carro por volta de 21h de 24 de julho de 2019, no município de Serido. Equipe de emergência que chegou ao local, encontrou o paciente com lesões no tórax e abdômen, com fratura de costela e lesão no fígado. Foi levado ao Hospital de Emergência e Trauma.

ALERGIA:

- A: Não possui alergia conhecida.

MEDICAMENTOS:

- B: Não possui medicação em uso.

PULSAIS:

- C: 90 batimentos por minuto, ritmo regular.

EXAME FÍSICO

- D: Mucosas cor-de-rosa, hidratadas.

PUPILAS

- E: Pupilas isocóricas, reativas à luz e acomodação.

- F: Não possui lesões cutâneas.

- G: Não possui lesões orais.

- H: Não possui lesões nasais.

- I: Não possui lesões auriculares.

- J: Não possui lesões cervicais.

- K: Não possui lesões torácicas.

- L: Não possui lesões abdominais.

- M: Não possui lesões lombares.

- N: Não possui lesões sacrais.

- O: Não possui lesões anais.

- P: Não possui lesões genitais.

- Q: Não possui lesões perineais.

- R: Não possui lesões de membros superiores.

- S: Não possui lesões de membros inferiores.

- T: Não possui lesões de membros inferiores.

- U: Não possui lesões de membros inferiores.

- V: Não possui lesões de membros inferiores.

- W: Não possui lesões de membros inferiores.

- X: Não possui lesões de membros inferiores.

- Y: Não possui lesões de membros inferiores.

- Z: Não possui lesões de membros inferiores.

- AA: Não possui lesões de membros inferiores.

- AB: Não possui lesões de membros inferiores.

- AC: Não possui lesões de membros inferiores.

- AD: Não possui lesões de membros inferiores.

- AE: Não possui lesões de membros inferiores.

- AF: Não possui lesões de membros inferiores.

- AG: Não possui lesões de membros inferiores.

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável pela conta.

Receba por e-mail o comprovante de entrega no e-mail: energia@energisa.com.br

Nº 033.297.603



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.385.183 / 000140 - Email: energia@energisa.com.br

DADOS DO CLIENTE

MANOEL PROCOPIO DA SILVA NETO
SIT CARDEIRO S/N IV
SOLEDADE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1399966-9

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

25/10/2019

CONSUMO

64

VENCIMENTO

01/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 48,61

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL, PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00199.00009 02624.912008 07960.833171 5 80600000004861

Pagador: MANOEL PROCOPIO DA SILVA NETO CNPJ/CPF: 077.564.164-88

SIT CARDEIRO S/N IV - AREA RURAL - SOLEDADE / PB - CEP 08000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007960833	001399966201916	01/11/2019	R\$ 48,61	

BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



ASL-0398216/19
dayene.lobato

07/05/2021 16:53:56

ASL-0398216/19
dayene.lobato

07/05/2021 16:53:56

ASL-0398216/19
dayene.lobato

07/05/2021 16:53:56

ASL-0398216/19
dayene.lobato

07/05/2021 16:53:56

ASL-0398216/19
dayene.lobato

07/05/2021 16:53:56



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2022 11:14:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22102811142276400000061723647>

Número do documento: 22102811142276400000061723647





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLEDADE/PB

Processo: 08001930220208150191

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **NAILSON PROCOPIO DA SILVA**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOLEDADE, 26 de outubro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

