



Número: **0800973-69.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional de Mangabeira**

Última distribuição : **06/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA
AUTOR	JOSE GONCALO DOS SANTOS
AUTOR	JOELISSON JOSE DOS SANTOS
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
ADVOGADO	RENAN DE CARVALHO PAIVA

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
19054 389	06/02/2019 16:23	<u>1. PROCURAÇÃO</u>	Procuração
19054 402	06/02/2019 16:23	<u>3. BOLETIM DE OCORRÊNCIA.</u>	Outros Documentos
19054 448	06/02/2019 16:23	<u>4. DECLARAÇÃO DE LAUDO IML E DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO</u>	Outros Documentos
19054 477	06/02/2019 16:23	<u>5. BOLETIM DE ATENDIMENTO E PRONTUÁRIOS.</u>	Outros Documentos
19054 541	06/02/2019 16:23	<u>6. PRONTUÁRIOS</u>	Outros Documentos
19054 550	06/02/2019 16:23	<u>7. LAUDOS.</u>	Outros Documentos
19054 559	06/02/2019 16:23	<u>8. AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO SINISTRO.</u>	Outros Documentos
19054 584	06/02/2019 16:23	<u>9. EXTRATO CONTA.</u>	Outros Documentos
19054 595	06/02/2019 16:23	<u>10. RG E CPF JOSÉ GONÇALO DOS SANTOS (PAI).</u>	Outros Documentos
19054 612	06/02/2019 16:23	<u>11. RG E CPF JOELLISON JOSÉ DOS SANTOS.</u>	Outros Documentos
19054 684	06/02/2019 16:23	<u>12. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE RESIDÊNCIA JOELLISON E JOSÉ GONÇALO.</u>	Outros Documentos
19054 797	06/02/2019 16:23	<u>4.0 LAUDOS</u>	Outros Documentos
19054 804	06/02/2019 16:23	<u>4.1 LAUDOS</u>	Outros Documentos
19054 821	06/02/2019 16:23	<u>4.2 LAUDOS</u>	Outros Documentos
19054 830	06/02/2019 16:23	<u>4.3 LAUDOS</u>	Outros Documentos
19054 860	06/02/2019 16:23	<u>5.0 DOCUMENTOS PESSOAIS</u>	Outros Documentos

19058 694	07/02/2019 17:20	<u>Despacho</u>	Despacho
--------------	------------------	-----------------	----------

PROCURAÇÃO

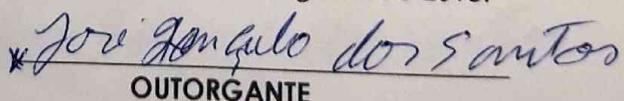
OUTORGANTE(S): JOSÉ GONÇALO DOS SANTOS, brasileiro, casado, encarregado de manutenção, inscrito no RG nº 2.105.709 - 2ª Via, portador do CPF/MF nº 033.435.654-74, neste ato representando seu filho, o menor, **JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, estudante, Inscrito no RG: 4.081.173, portador do CPF/MF 118.199.964-25, ambos residentes e domiciliados à Rua Álvaro Henrique Correia, 273, Valentina, João Pessoa-PB.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, Ruy Neves Amaral da Rocha, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 23.263 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "**ad iudicia et extra**", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudo e prontuário médico hospitalar no Hospital de Trauma Sen. Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio Burity, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.**

João Pessoa - PB, 02 de agosto de 2018.


OUTORGANTE

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98855-1045 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07202.01.2018.1.01.012

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07202.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 00:09 horas do dia 15 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigacao, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **José Gonçalo dos Santos**, conhecido(a) por Gonçalo, CPF nº 033.435.654-74, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Iolanda Antônia Silva dos Santos e Gonçalo Sebastião dos Santos, natural de Mari/PB, nascido(a) em 16/08/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Álvaro Henrique Correia, Nº 273, complemento CASA, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Perto da Padadria, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb Que Liga As Cidades de Caldas Brandão e Mari, Rodovia Pb, Próximo a Loja de Roupas "40 Graus", Caldas Brandão/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 11/07/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 160 TITAN EX, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2015/2015, placa QFU-7929, chassi 9C2KC2210GR017461, renavam 0107116286-9, características gerais: N.º. C.r.l.v.: 013747752283; n.º. P.r.t.: 20170800010362-6; n.º. Lacre: 0042997658; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: Mari/pb; alienação Fiduciária; Rest. Ben. Tributário; em Nome de Moisés Gonçalo dos Santos.

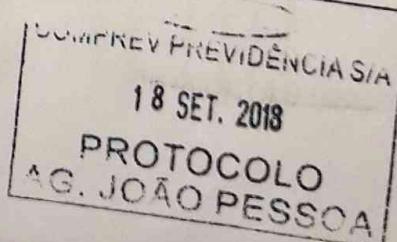
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O SEU FILHO MENOR DE NOME JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS, NASCIDO EM 22/03/2001, COM 17 ANOS DE IDADE, PILOTAVA O VEÍCULO JÁ DESCrito ANTERIORMENTE ACIMA QUANDO PERDEU O CONTROLE DO MESMO E BATEU EM UMA MURRETA E QUE MARGEIA A PISTA, SENDO SOCORRIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITI, ONDE SOFREU AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA ASSINADO PELO MÉDICO EDUARDO PAZ LYRA, C.R.M/PB 11487 NO DIA 22/07/2018.

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, expoco a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Matr. 157.356-0

Joi'



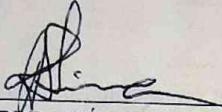
Procedimento Policial: 07202.01.2018.1.01.012

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
12ª Delegacia Distrital da Capital



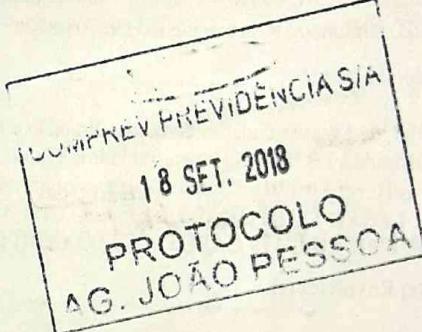
GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2018.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigacao

Governo do Estado da Paraíba
Séc. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0


JOSÉ GONÇALO DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 07202.01.2018.1.01.012



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 VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima Gaelisson José dos Santos CPF da Vítima 118.199.967-25 Data do Acidente 11/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior 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 análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 17 de Setembro de 2018
Local e Data

Gaelisson José dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
Rui Gonçalo dos Santos
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

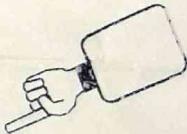
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Moisés Gonçalo dos Santos,
RG nº 3110783, data de expedição 1/1/1,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 078.323.754-13, com
domicílio na cidade de CABEDELO, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Honorio P. dos Santos, nº 315,
complemento Casa 8, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jellissen José dos Santos cujo o condutor era
Jellissen José dos Santos.

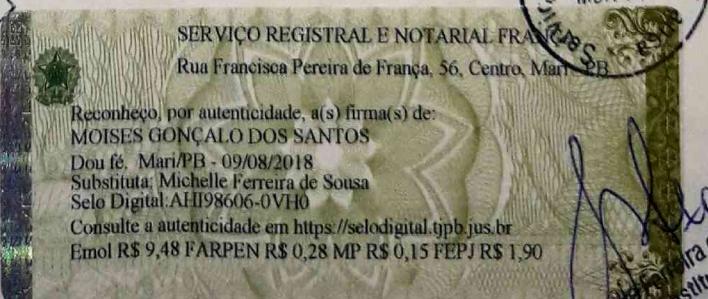
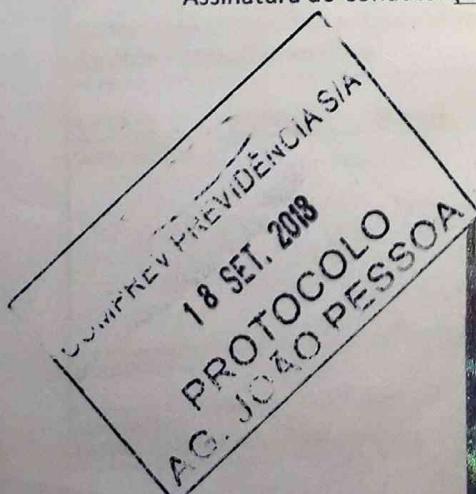
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/cb 16 titan ex
Ano: 2015
Placa: OFV 7929 /PB
Chassi: 9C2KC22JG6RQ17461
Data do Acidente: 31/07/2018
Local e Data: Mari/PB, 09/08/2018

Moisés Gonçalo dos Santos

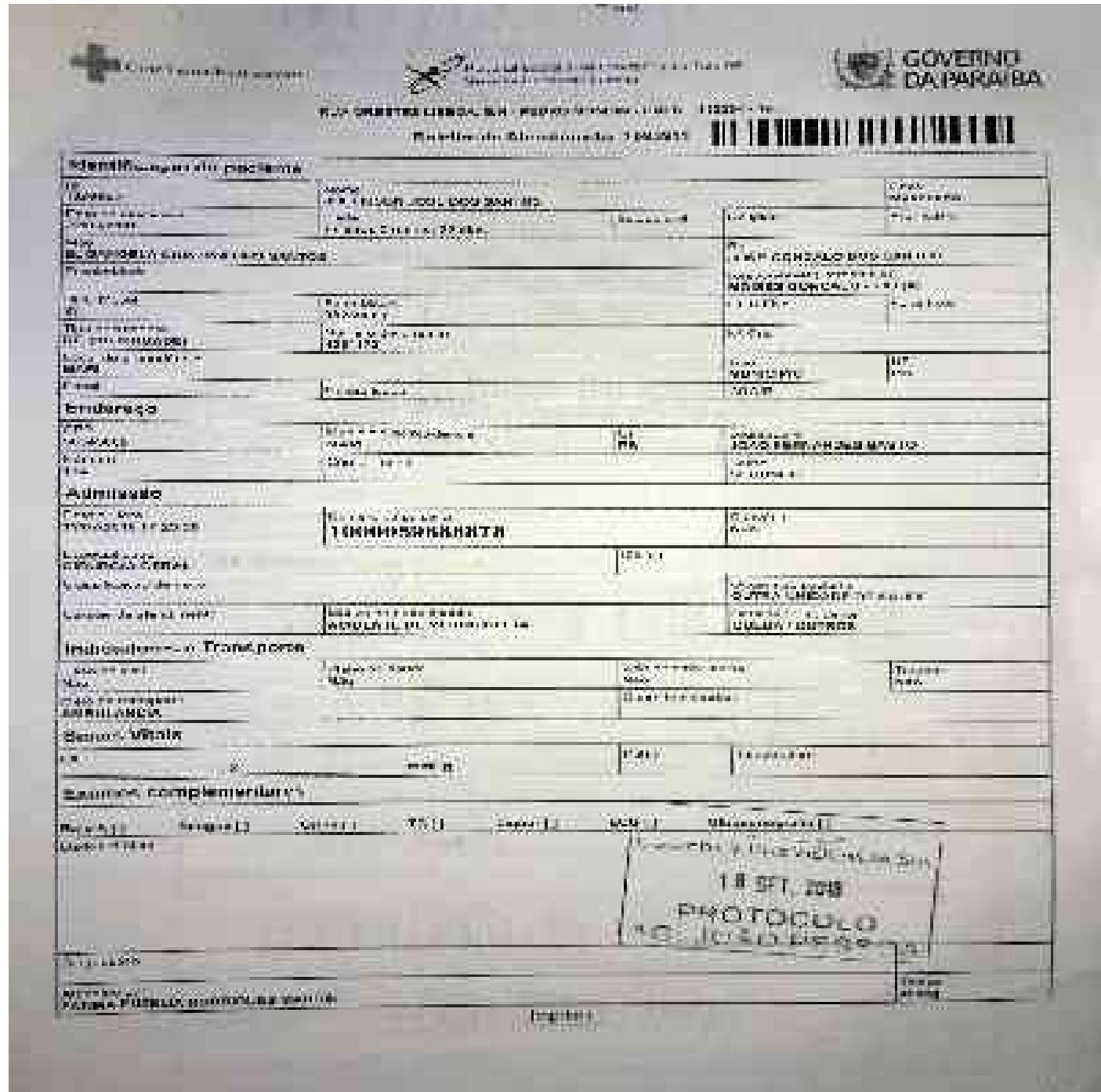
Assinatura do Declarante

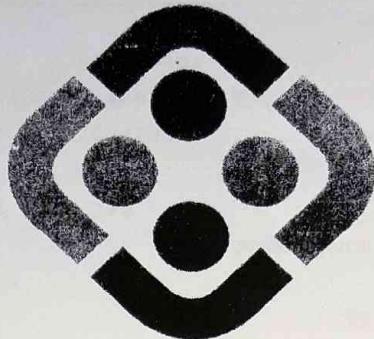


Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Michelle Ferreira de Sousa
Substituta





Orto
M

Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2018.07.003454

52 07 38

NOME DO PACIENTE:

Joelerson José dos Santos

18 SET. 2018
PROTÓCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

ENFERMARIA: 02 LEITO: 117

HV EXTRA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 144083 Atd: Nao Regulac
Data: 12/07/2018
Hora: 09:11:04
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALV
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Num. Prontuario: 2018.07.001454

CNS: 709608667099174 Sexo: M IDENTIDADE: 4081173 Fone: 998239089

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 22/03/2001 Id: 17 ano(s)

End.: RUA JOAO FERNANDES BASTOS, 174

Bairro: SILVINO COSTA Cidade: MARI UF :PB

Mae: ELISANGELA CRISTINA DOS SANTOS

Pai: JOSE GONCALO DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

F: TIO MOISES

Té: Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pr: dencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Tr nsporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO ONTEM AS 15/

Vitima de violência por: NA BR. ENTRE MARI E CALDAS BRANDAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Checado

Qxa Principal

Observacao 18 SET. 2018

PACTUACAO DE FRATURA 2 MTCD FECHADO

NEGA ALERGIAS

PROTOCOLO

A.G. JOAO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Paciente transferido do Hosp. de Trauma - JP, vítima de
acidente autotránsfere dor em má, joelho e pé ①
com ferimento aberto.

Diagnóstico

Conduta

R L

Ex 2º MTC ②

Horário da medicacão

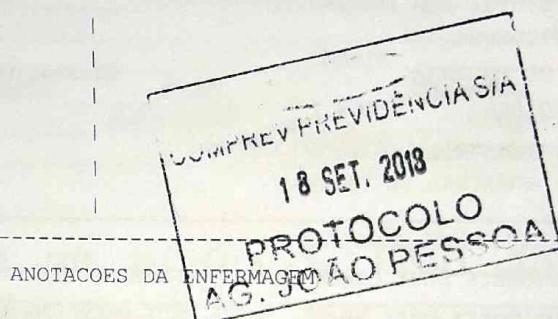
Prescrição

- Internação Hosp. pl TTO cirúrgico

Dr. Felipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedista e Traumatologista
CRM-11126

+ Dr. Thales
Faria

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] TMI

~~Mary's Confectionery~~

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Melson José dos Santos Data da Admissão: 12/07/18
Pronutário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD:

HDA: Hfl + Edema em região da mão esquerda.
(+) fúngito conto contínuo em região da
pérola com (+) 20 hs de evolução.

Medicações em uso: Nega

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele:

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: GGG 15 *OUVIR REV PREVIDÊNCIA SIM*

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: NON *18 SET. 2018*ACV: NON *PROTÓCOLO*AR: NON *AG. JOÃO PESSOA*ABD: NONAGU: NONSME: NONSN: Núcleo vascular preservado.

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

1 Fratura do 2º MTC esquerdo.2 Ferimento contuso em joelho com + 20mConduta: de evolução.CO: Internar no Hosp. pt TTO cirúrgico.CD assinado por Dr. Thales Farian

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Wellington Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 110000



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Dr. e Elisa Fábio Duarte			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:	
Data:	Cirurgião: Dr. Fábio			1º Assistente:	Dr. Fernando	
2º Assistente:				3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista:	Dr. Neto	Tipo Anestesia: B.P.3.			Horário:	I: T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fut 2^o metácora

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

Quem

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Ex am + biopsia

18 SET. 2013
PROTÓCOLO
AS. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Assis e out

Incisão:

Semicircun

Achados:

Fistula metocoxa

Conduta:

Retirada fistula

Fistula e fio (K)

Sutura - ext

Fechamento:

OBS:

Dr. Fidias G. F. Borborema
CRM-PB: 6395
CRM-PE: 14654

Data: 21/07/11

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOELISSON JOSE DOS SANTOS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 17	SEXO MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 12/07/2018		DATA DE ALTA 22/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura DO 2 Metacarpo DA MÃO DIREITA</i>				CID S.62.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
P. CIPAIS EXAMES <i>Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura do 2 metacarpo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIE: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônica, etc. REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.					
18 SET. 2018 PROTÓCOLO JOÃO PESSOA					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: PROFENID, CEFALEXINA					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. FIDIAS					
22/07/2018 DATA ASS. MÉDICO / C.R.M <i>Eduardo Paz Lyra</i> Médico CRM-PB 1487					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO. CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOELISSON JOSE DOS SANTOS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 17	SEXO MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 12/07/2018		DATA DE ALTA 22/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura DO 2 Metacarpo DA MÃO DIREITA</i>				CID <i>S.62.0</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		CONTRATO PREVIDÊNCIA SIM <i>18 SET. 2018</i>		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA		PROTÓCOLO <i>A.G. JOAO PESSOA</i>		() CURADO ()	
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO		APENDIXE			
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do 2 metacarpo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução íncruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: PROFENID, CEFALEXINA

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. FIDIAS

Eduardo Peixoto Lyra
Médico
CRM-PB 11487

22/07/2018

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

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



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 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 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

CPF da Vítima

118.199.964-25

Nome completo da vítima

Jellissen José dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jellissen José dos Santos	CPF titular da conta	118.199.964-25	Profissão	Receve
Endereço	Rua Júlio Vaz Henrique Correia	Número	273	Complemento	Casa
Bairro	Valentina	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email		CEP	58062-390	Telefone (DDD)	(83) 98708-8728

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) SET (001) CIC S/A (001)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

Q

CONTA

NRO.

D/V

O

CONTA

NRO.

D/V

S/A

D/V

CONTA

NRO.

D/V

CONTA



Extrato de Poupança Ouro

Cliente
1º Titular

JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Agência
2275-6

Conta
15.596-9

Variação
51

Movimento

Data	Dia base	Histórico	Dep. origem	Documento	Valor
31/07/2018		Saldo Anterior		0	0,00 C
03/08/2018	04	737-Juros	2275-6		0,11 C
03/08/2018	05	737-Juros	2275-6		0,20 C
08/08/2018	09	737-Juros	2275-6		0,20 C
09/08/2018	10	737-Juros	2275-6		0,20 C
13/08/2018	14	737-Juros	2275-6		0,05 C
17/08/2018	19	737-Juros	2275-6		0,05 C
S A L D O					0,00 C
VALOR BLOQUEADO					0,00 D
DISPONÍVEL					0,00 C

RENDIMENTOS: SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Saldos por dia base

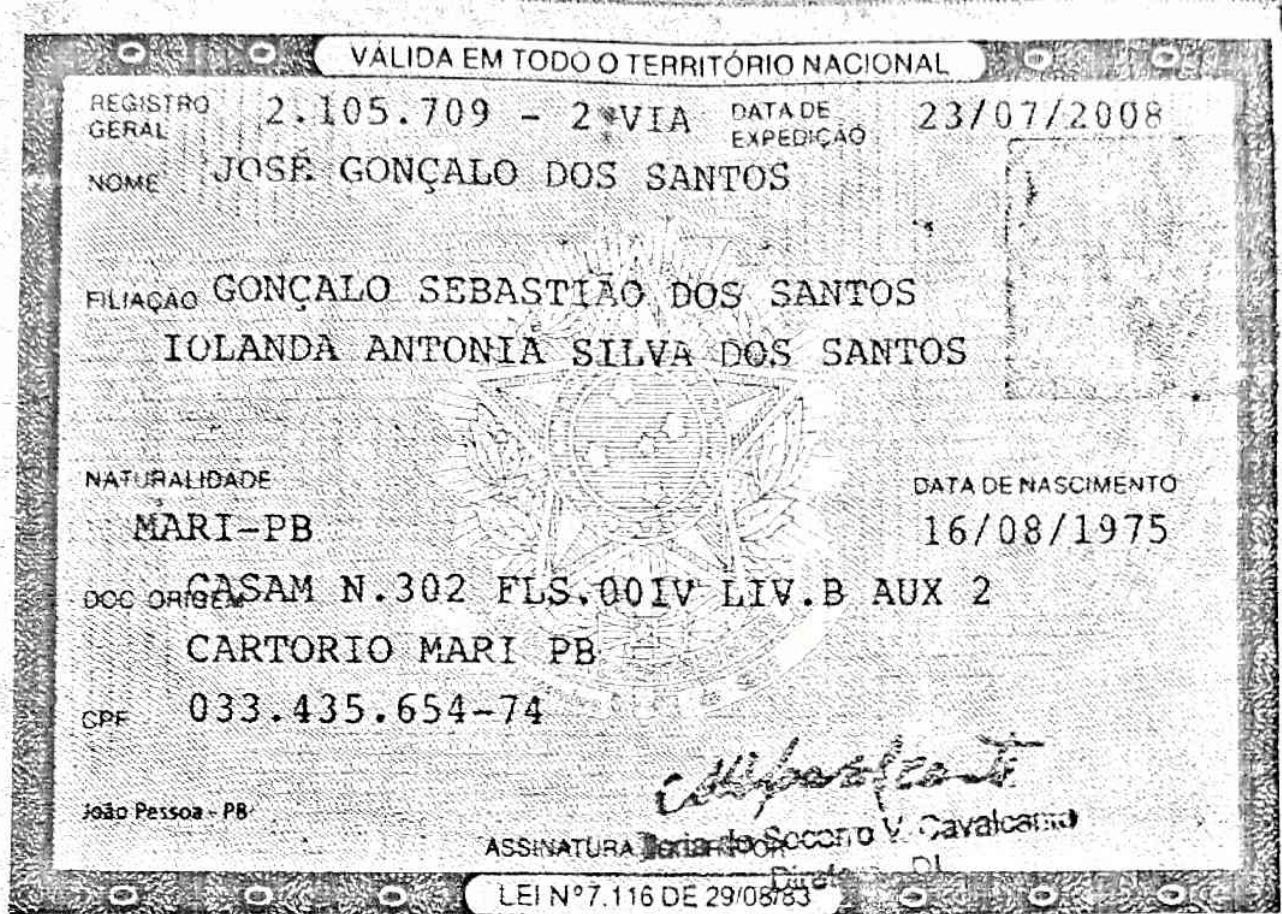
Dia base	Saldo
04	0,00
05	0,31
09	0,05
10	0,00
14	0,07
19	0,00
28	0,00

OBS: FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPIANCA BB.NAO DEIXE PRA DEPOIS. APLIQUE JA.

Impresso em 20.08.2018 às 10:48:51

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
Ouvidoria BB - 0800 729 5678
Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088





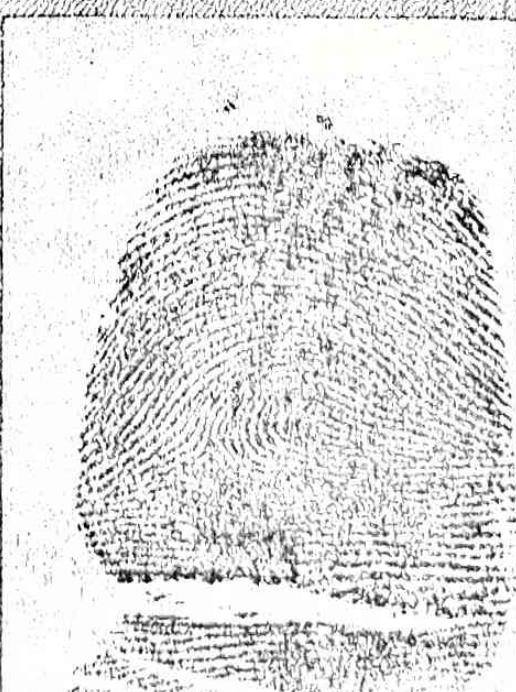
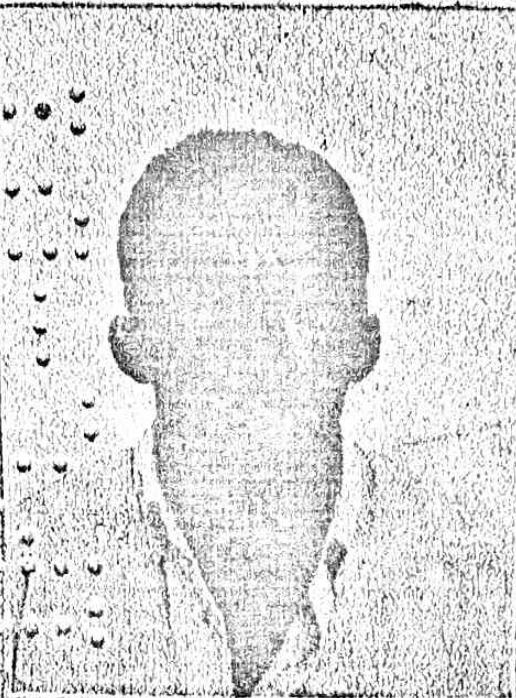
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02

P-236

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Ruy Neves Amaral da Rocha
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DA MOEDA DO BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-149
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Yohannom Borges dos Santos

Assinatura contumular

CARTEIRA DE IDENTIDADE





DECLARAÇÃO DE QUITAÇÃO ANUAL DE DÉBITOS
ANO BASE: 2017

Nome

JOSE GONCALO DOS SANTOS

Endereço do imóvel

RUA MARCOS ALBINO RAFAEL - 276 - APTO 302 - PLANALTO DA BOA ESPE JOAO PESSOA PB 58065-156

Inscrição

001.092.055.0088.302

Matrícula

7113778.5

Sequencial

6695

Sr. Cliente,

Atendendo a Lei nº 12.007/2009, informamos abaixo os pagamentos:



Orto
M

Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCISIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2018.07.003454

52 07 58
2018

NOME DO PACIENTE:

Jaellem José dos Santos

18 SET. 2018
PROTÓCOLO
G. JOÃO PESSOA

HAB. EXTRA.

ENFERMARIA: 02 LEITO: 117

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 144083 Atd: Nao Regulaç
Data: 12/07/2018
Hora: 09:11:04
Recepção: NARJARA DOS SANTOS ALV
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Name: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

CMS: 709608667099174 Sexo: M IDENTIDADE: 4081173 Fone: 998239089

Num. Prontuario: 2018.07.001454

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 22/03/2001 Id: 17 ano(s)

End.: RUA JOAO FERNANDES BASTOS, 174

Bairro: SILVINO COSTA Cidade: MARI UF :PB

Mae: ELISANGELA CRISTINA DOS SANTOS

Pai: JOSE GONCALO DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

P: ...: TIO MOISES

Te / oc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pr~~o~~cedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Ti nsporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO ONTEM AS 15/

Vitima de violência por: NA BR. ENTRE MARI E CALDAS BRANDAO

|| Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Checado

Coxa Principal

[] Vomito

FACTUACAO DE FRATURA: 2 MTC FECHADO

Observacao 18 SET. 2013

NEGA ALERGIAS

PROTOCOLO

13. JOAO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente transferido do Hosp de Trauma - JP, vítima de
acident. autotranstibial. refere dor em mão, joelho e pl. ①
com queimento ósseo.

Diagnóstico

| Conduta

(R)

Ex 2º MTC ①

Prescrição

| Horário da medicacão

- Internação Hosp pl TTO emergencio

Dr. Fellipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11126

+ Dr. Thales
Faria.

Data e Hora: | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



Qtdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Ruy Neves Amaral da Rocha

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 12/07/18

Nome: Melvin José dos Santos Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Prontuário: _____ Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / / _____

QPD: _____

HDA: Febre + Câlima com rigidez de Mão esquerda
① movimento contínuo contuso com rigidez de
próstata com ② 20 hr de evolução.

Medicações em uso: Ninguna

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Soluço [] Regurgitação [] Hematémese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematuria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____Geral: GGG 15

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: NONACV: NONAR: NONABD: NONAGU: NONSME: NONSN: Núria Vazquez preservada

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

- 1 Fixação da 2º MTC esquerda.
 - 2 Fumante ceto contuso em joelho com +20m
- Conduta: de evolução.

CO: Intervenção Hcp pl/ TTO cirúrgico.

CO orientada por Dr. Thales Farjão

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Welline Bezerra
 (Médico Residente)
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>José Lisoni José Duarte</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Dr Fábio</i>			1º Assistente:	<i>Dr Renato</i>
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr Neto</i>	Tipo Anestesia: <i>G.P.B.</i>			Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fist 2º metâcava</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>Qua</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Abc + fise</i>					<i>18 SET 2018 PROTOCOLO JOÃO PESSOA</i>
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva:	
			2 () Não		
Biópsia de Congelação:			1 () Sim		
			2 () Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Assis e ext

Incisão:

Abre derm ns

Achados:

Fat de metacarp

Conduta:

Retractores

Ret. e fio (K)

Ret plást e ext

Fechamento:**OBS:**

Dr. Fidias G. F. Borborema

CRM-PB: 5395

CRM-PF: 14854

Data: 21/07/11

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOELISSON JOSE DOS SANTOS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 17	SEXO MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 12/07/2018		DATA DE ALTA 22/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura DO 2 Metacarpo DA MÃO DIREITA</i>				CID S.62.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
P. PAÍS EXAMES <i>Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura do 2 metacarpo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIE: <i>Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônica, etc.</i> REPOUSO: <i>Relativo em casa por 15 dias.</i> <i>Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.</i> <i>Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.</i> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <i>PROTÓCOLO JOÃO PESSOA</i> </div>					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>PROFENID, CEFALEXINA</i>					
RETORNO: <i>Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. FIDIAS</i>					
22/07/2018		ASS. MÉDICO / C.R.M. <i>Eduardo Neves Lyra Médico CRM-PB 167</i>			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOELISSON JOSE DOS SANTOS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 17	SEXO MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 12/07/2018		DATA DE ALTA 22/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura DO 2 Metacarpo DA MAO DIREITA</i>				CID S.62.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA <i>Analgesico e anti-inflamatório</i>					
ANATOMIA PATOLÓGICA <i>Fratura do 2º metacarpo direita</i>					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		18 SET. 2018		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () TA PEDIDO A CURADO () OBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do 2º metacarpo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: PROFENID, CEFALEXINA

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. FIDIAS

Eduardo P. Lyra
Médico
CRM-PB 11847

22/07/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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



FATURADO



Orto
M

Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2018.07.005454

SISPEIS
INTERNAÇÃO EM
12.07.18
ESTO RODRIGUES

NOME DO PACIENTE:

Joelsson José dos Santos

HN EXTRA

ENFERMARIA: 03 LEITO: 117

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 144083 Atd: Nao Regulad
Data: 12/07/2018
Hora: 09:11:04
Repcionista: NARJARA DOS SANTOS ALV
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOELISSON JOSE DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1
CNS: 709608667099174 Sexo: M IDENTIDADE: 4081173 Fone: 998239089

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 22/03/2001 Id: 17 ano(s)

End.: RUA JOAO FERNANDES BASTOS, 174

Bairro: SILVINO COSTA Cidade: MARI UF :PB

Mae: ELISANGELA CRISTINA DOS SANTOS Pai: JOSE GONCALO DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

P: TIO MOISES

Tel: Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pr: dencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO ONTEM AS 15/

Vitima de violência por: NA BR. ENTRE MARI E CALDAS BRANDAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
Qxa Principal		[] Vomito	
PACTUACAO DE FRATURA 2 MTCD FECHADO		Observacao	
		NEGA ALERGIAS	

Qxa Principal

PACTUACAO DE FRATURA 2 MTCD FECHADO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente transferido do Hosp. de Trauma - JP, vítima de
acidente automobilístico refere dor em mão, joelho e pé ①
com ferimentos alvosos.

Diagnostico

| Conduta

(R)

Ex 2º MTC ②

Prescricao

| Horario da medicacao

- Internação Hosp. pl TTO emergico

Dr. Fellipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-11126

+ Dr. Thales
Faria

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolução

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZZATO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IMI

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Joelson José dos Santos Data da Admissão: 12/07/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: _____
HDA: Hip + Edema em regiões de má irrigação
(+) fôrimento contínuo contuso em região de
péssima com (+) 20 hr de evolução

Medicações em uso: Negra

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias: _____

Exame Físico:

Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg

FC= ____ FR= ____ TEMP(°C)= ____

Geral: GGG 15.

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: NONACV: NONAR: NONABD: NONAGU: NONSME: NONSN: Núcleo vascular preservado

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

- 1 FX fochada do 2º MTC esquerdo
- 2 Fissamento recto contínuo em joelho com + 20m

Conduta: de evolução

CD: Internação Hosp. pl TTO cirúrgico

CD orientada por Dr Thales Farjão

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB
 Dr. Fellipe Bezerra
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 11111111111



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João Lison José Duarte</i>				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP: _____ LR: _____
Data:	Cirurgião:	<i>Dr Fidus</i>		1º Assistente: <i>Dr Fernando</i>
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista: <i>Dr Neto</i>	Tipo Anestesia: <i>B.P.3</i>	Horário: I: _____ T: _____		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fist 2º metâcara</i>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>Quem</i>				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
<i>Fixar o fio</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOELISSON JOSE DOS SANTOS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 17	SEXO MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 12/07/2018		DATA DE ALTA 22/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INCIAL <i>Fratura DO 2 Metacarpo DA MÃO DIREITA</i>				CID <i>S.62.0</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
P. IPAISS EXAMES <i>Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do 2 metacarpo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIE: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: PROFENID, CEFALEXINA

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. FIDIAS

22/07/2018

DATA

Eduardo Bez Lira
Médico
CRM-PB 1467

ASS. MÉDICO / C.R.M

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



A rectangular stamp with a double-line border. Inside, at the top, it says "SINDICATO DOS METALÚRGICOS DE SANTA MARIA". In the center, it says "PROTÓCOLO N° 18 SET. 2013". At the bottom, it says "JOÃO PESSOA - PB".

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUANDO SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PB Nº 013747752283 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1264

DETAN - PB	CERTIFICADO DE REGISTRO 2519589M0518382 VÉHICULO	Nº 013747752283
VIN: 10107116286-9	DATA DE PREGAMENTO: 00/00000000	EXPIRAÇÃO: 2017
MOISES GONCALO DOS SANTOS		
D 7832385413		
QF07929/PB		

PLACA: 9C2KC2210GR017461	PERÍODO: 01/07/11 152269
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLC	COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL
HONDA/CG 160 TITAN EX	ANO/FAB: 2015
2 P/162 /CI	ANO/MEDE: 2015
COTA ÚNICA	CATEGORIA: PARTIC
00/00/0000	COR/PREDOMINANTE: VERMELHA
PREMIO TARIFFARIO (R\$) 4.444,44	PRÉMIO TOTAL (R\$) 105,00
SEGURADO: PAGO	BÁTA DE PREGAMENTO: 19/09/2017
— OBSERVAÇÕES:	
REST. BEN. TRIBUTÁRIO	

MARCA: HONDA	PERÍODO: 01/07/11 152269	EXERCÍCIO: 2017	DATA EMISSÃO: 19/09/2017
PLACA: 9C2KC2210GR017461	ANO/FAB: 2015	DC. SERIE: 9	PLACA: QF07929/PB
PRÉMIO TARIFFARIO			
PREMIO TARIFFARIO (R\$) 4.444,44	PREMIO TOTAL (R\$) 105,00	CUSTO DO SEGURO (R\$) 4,44	CUSTO DO SEGURO (R\$) 4,44
SEGURADO: PAGO	BÁTA DE PREGAMENTO: 19/09/2017	SEGURADO: PAGO	BÁTA DE PREGAMENTO: 19/09/2017
— DATA DE OBSTINAÇÃO:			
18 SET. 2018			
PROTÓCOLO			
G. JOAO PESSOA			

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

14303

11622



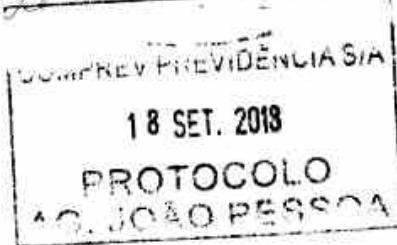
19/09/2017

11622-1039262-20170919



CERTIFICADO		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
RECEBIDO	2.105.709 - 2ª VÍA	DATA: 23/07/2009
SOBRE	JOSÉ GONÇALO DOS SANTOS	EXERCÍCIO
NOME		
MUNICÍPIO GONÇALO SEBASTIÃO DOS SANTOS		
LOLANDA ANTONIA SILVA DOS SANTOS		
MUNICIPIO	Data do NASCIMENTO	
MARI-PB	16/08/1975	
DOC. MUNICIPAL N-302 FLS.001V LIV.B AUX 2		
CARTÓRIO MARI PB		
fone 033.4335.654-4		
Assinatura do Representante		
LEI Nº 7.165 DE 1990		

Representante



PROCESSO NÚMERO - 0800973-69.2019.8.15.2003

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S): [SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]

AUTOR: JOSE GONCALO DOS SANTOS, JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Advogados do(a) AUTOR: RENAN DE CARVALHO PAIVA - PB21393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - PB23263

Advogados do(a) AUTOR: RENAN DE CARVALHO PAIVA - PB21393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - PB23263

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Advogado do(a) RÉU:

DESPACHO

Vistos.

Defiro o pedido de gratuidade de justiça.

O art. 334, do CPC estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócuia. A parte autora busca no Judiciário a revisão do ato que deferiu em parte o pedido no âmbito extrajudicial, apenas reapresentando a situação de fato ao juízo sem a complementação de provas, trazendo os mesmos exames já levados à perícia administrativa.

No que pese entendimento anterior, a experiência prática demonstra que as seguradoras não vêm realizando acordos em demandas congêneres, até mesmo quando se antecipa a produção da prova pericial, o que torna sem sentido a designação de audiência prévia de conciliação.

Por outro lado, ressalte-se que fazia sentido a designação de audiência prévia de conciliação quando, ante a realização da perícia médica, designada para a mesma data, com o grau de invalidez estabelecido no laudo respectivo, restava o feito com todos os elementos que possibilitariam a conciliação, prescindindo, inclusive, da formação do contraditório.

Assim, em razão da repetida informação, em audiências designadas em processos similares, de que as seguradoras não realizam mais acordos em audiência, independentemente do resultado da perícia ou de qualquer outro elemento, perdeu o sentido a designação prévia, sem que o processo esteja maduro para julgamento. Desta forma, ante a constatação fática da predisposição em não conciliar por parte das seguradoras, prudente que seja formado o contraditório, em obediência ao princípio da economia processual e, somente então, seja designada audiência, ocasião em que a perícia será realizada previamente, estando o processo apto a ser julgado.

Desta feita, cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344, do CPC.

Servirá esse despacho como mandado.

Cumpra-se.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

Juíza de Direito