



01/04/2019

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
19054389	06/02/2019 16:23	1. PROCURAÇÃO	Procuração
19054402	06/02/2019 16:23	3. BOLETIM DE OCORRÊNCIA.	Outros Documentos
19054448	06/02/2019 16:23	4. DECLARAÇÃO DE LAUDO IML E DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO	Outros Documentos
19054477	06/02/2019 16:23	5. BOLETIM DE ATENDIMENTO E PRONTUÁRIOS.	Outros Documentos
19054541	06/02/2019 16:23	6. PRONTUÁRIOS	Outros Documentos
19054550	06/02/2019 16:23	7. LAUDOS.	Outros Documentos
19054559	06/02/2019 16:23	8. AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO SINISTRO.	Outros Documentos
19054584	06/02/2019 16:23	9. EXTRATO CONTA.	Outros Documentos
19054595	06/02/2019 16:23	10. RG E CPF JOSÉ GONÇALO DOS SANTOS (PAI).	Outros Documentos
19054612	06/02/2019 16:23	11. RG E CPF JOELLISON JOSÉ DOS SANTOS.	Outros Documentos
19054684	06/02/2019 16:23	12. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE RESIDÊNCIA JOELLISON E JOSÉ GONÇALO.	Outros Documentos
19054797	06/02/2019 16:23	4.0 LAUDOS	Outros Documentos
19054804	06/02/2019 16:23	4.1 LAUDOS	Outros Documentos
19054821	06/02/2019 16:23	4.2 LAUDOS	Outros Documentos
19054830	06/02/2019 16:23	4.3 LAUDOS	Outros Documentos
19054860	06/02/2019 16:23	5.0 DOCUMENTOS PESSOAIS	Outros Documentos

19058 694	07/02/2019 17:20	Despacho	Despacho
--------------	------------------	--------------------------	----------

PROCURAÇÃO

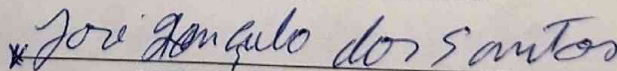
OUTORGANTE(S): JOSÉ GONÇALO DOS SANTOS, brasileiro, casado, encarregado de manutenção, inscrito no RG nº 2.105.709 – 2ª Via, portador do CPF/MF nº 033.435.654-74, neste ato representando seu filho, o menor, **JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, estudante, inscrito no RG: 4.081.173, portador 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 Investigação, 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):

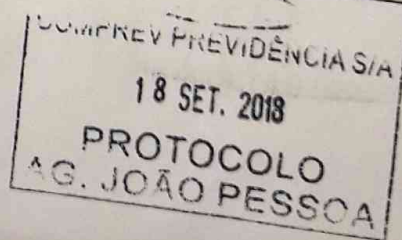
(1) **Moto**, modelo CG 160 TITAN EX, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2015/2015, placa QFU-7929, chassi 9C2KC2210GR017461, renavam 0107116286-9, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013747752283; nº. P.r.t.: 20170800010362-6; nº. Lacre: 0042997658; categoria: Particular; 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, ~~expeço~~ 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 - Mat. 157.336-0



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



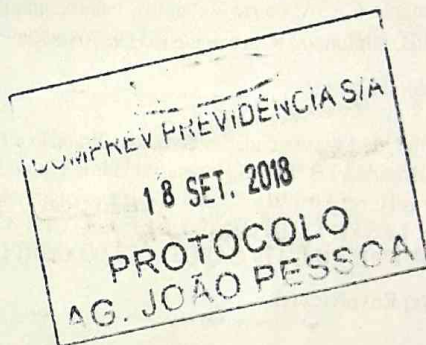
**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2018.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

JOSÉ GONÇALO DOS SANTOS
Noticiante

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



Procedimento Policial: 07202.01.2018.1.01.012

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 interdita 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 João Pessoa José dos Santos CPF da Vítima 118.199.967-28 Data do Acidente 11/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

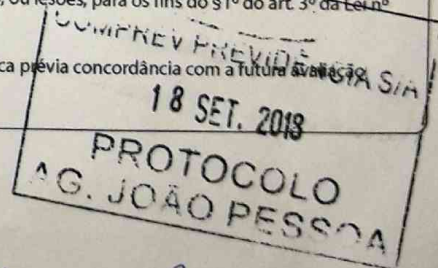
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



João Pessoa 17 de Setembro de 2018
Local e Data

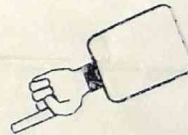
João Pessoa José dos Santos Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
João Pessoa José dos Santos Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

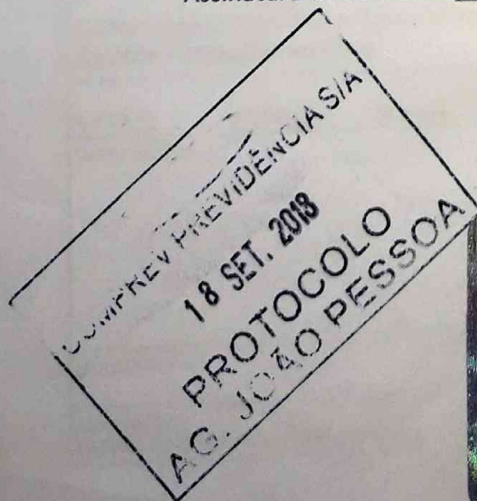
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MOISES GONÇALO DOS SANTOS,
RG nº 3110483, data de expedição 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)
Homero P. dos Santos, nº 115,
complemento Casa 8, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jellisson José dos Santos cujo o condutor era
Jellisson José dos Santos.
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/cb 160 titan ex
Ano: 2015
Placa: QFV 7929/PB
Chassi: 9C2KC22406R017461
Data do Acidente: 31/07/2018
Local e Data: MARI/PB, 09/08/2018

Moises Gonçalo dos Santos
Assinatura do Declarante



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



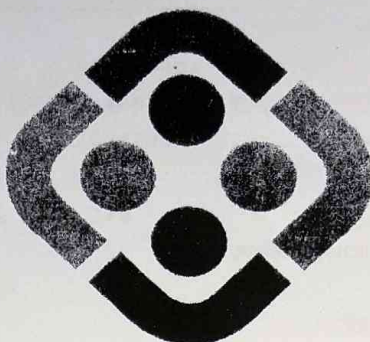
Michelle Ferreira de Sousa
Substituta



PLA COMPETITIVE LINGUAL BLM: PROPOSING A REFORM 1999-2000

File Name: E:\Documents\3-14-2012

[illegible]



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY

PRONTUÁRIO

Nº: 2018.07.005454

NOME DO PACIENTE:

Joellerson José dos Santos

HW EXTRA

ENFERMARIA:

02

LEITO:

117

SISTEMA DE REGISTRO EM SAÚDE
12.07.18
1519 Rodolfo
18 SET. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

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 Regular
Data: 12/07/2018
Hora: 09:11:04
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALV
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

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

Te. oc. 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

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Q. xa Principal

PACTUACAO DE FRATURA 2 MTCD FECHADO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Checado

[] Vomito

Observacao

NEGA ALESGIAS

18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

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
com ferimentos abertos

Diagnostico

| Conduta

(R1)

Ex 2º MTC (D)

Prescrição

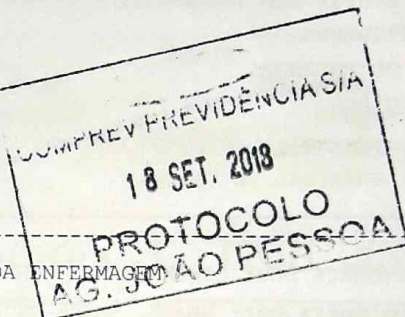
| Horario da medicacao

- Internação Hosp. pl TTO cirurgico

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

+ Dr. Thales
Farias

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



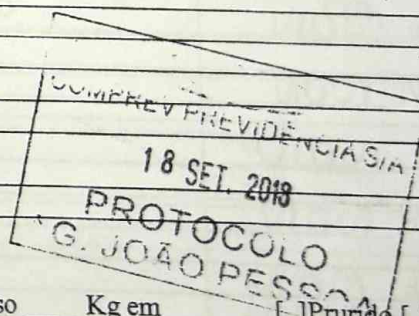
FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Neelson 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: Hfr + Edema em região de mão esquerda
⊕ fomento contínuo em região de
perna 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 [] Solução [] 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-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] 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: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] 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: NON

ACV: NON

AR: NON

ABD: NON

AGU: NON

SME: NON

SN: Neuro vasculon preservada

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

1. FX fechada do 2º MTC esquerdo.

2. Ferimento corto contuso com Joelho com + 20h

Conduta: de evolução.

Co: Internação Hosp. p/ TTO cirurgico.

Co orientado por Dr. Thales Farias

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 100.000.000

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Assup. e aut

Incisão:

Almeida dorsal us

Achados:

Fut. 2 = metócu

Conduta:

Debr. Fartuno

Re. e/ Fio (K)

Set. plim. e aut

Fechamento:

OBS:

Dr. Fidias G. F. Borborema

CRM-PB: 5395

CRM-PE: 14354

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 Nº	
IDADE 17	SEXO MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 12/07/2018		DATA DE ALTA 22/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura DO 2 Metacarpo DA MAO DIREITA					CID S.62.0
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA					
(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, 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, CEFALOXINA**

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

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 Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 12/07/2018		DATA DE ALTA 22/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura DO 2 Metacarpo DA MAO DIREITA				CID S.62.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO			() CURADO ()		
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, 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

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, CEFALOXINA**

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do **Complexo Hospitalar Mangabeira** em **7** dias para revisão. Dr. FIDIAS

Eduardo F. Lyra
Médico
CRM-PB 11117

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

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 118.199.967-25	Nome completo da vítima Jellisson Jose dos Santos
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL					
Nome completo Jellisson Jose dos Santos		CPF titular da conta 118.199.967-25		Profissão Recuso	
Endereço Rua Flavio Henrique Correia		Número 273		Complemento Casa	
Bairro Volantina	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58067-390	Telefone (DDD) (83) 98708-8728	
Email					
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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <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"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)		BANCO Nome Banco do Brasil NRO. 001 AGÊNCIA NRO. 2275 DV 6 CONTA NRO. 35.596 DV 9 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa, 17 de Setembro de 2018.
Local e Data

Jellisson Jose dos Santos Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
João Pessoa dos Santos Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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	346,51 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		0,11 C
09/08/2018	10	737-Juros	2275-6		0,23 C
13/08/2018	14	737-Juros	2275-6		0,05 C
17/08/2018	19	737-Juros	2275-6		0,26 C
SALDO					346,52 C
VALOR BLOQUEADO					0,00 D
DISPONÍVEL					346,52 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.

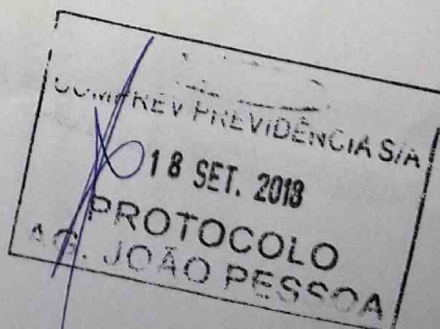
Saldos por dia base

Dia base	Saldo
04	346,20
05	346,34
09	346,06
10	346,06
14	346,07
19	346,11
28	346,08

OBS: FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB. NÃO DEIXE PARA DEPOIS. APLIQUE JÁ.

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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2.105.709 - 2 VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

23/07/2008

NOME

JOSÉ GONÇALO DOS SANTOS

FILIAÇÃO

GONÇALO SEBASTIÃO DOS SANTOS

IOLANDA ANTONIA SILVA DOS SANTOS

NATURALIDADE

MARI-PB

DATA DE NASCIMENTO

16/08/1975

DCC ORIGEM

CASAM N.302 FLS.001V LIV.B AUX 2

CARTORIO MARI PB

CPE

033.435.654-74

João Pessoa - PB

ASSINATURA

Carla de S. Cavalcanti
Carla de S. Cavalcanti

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

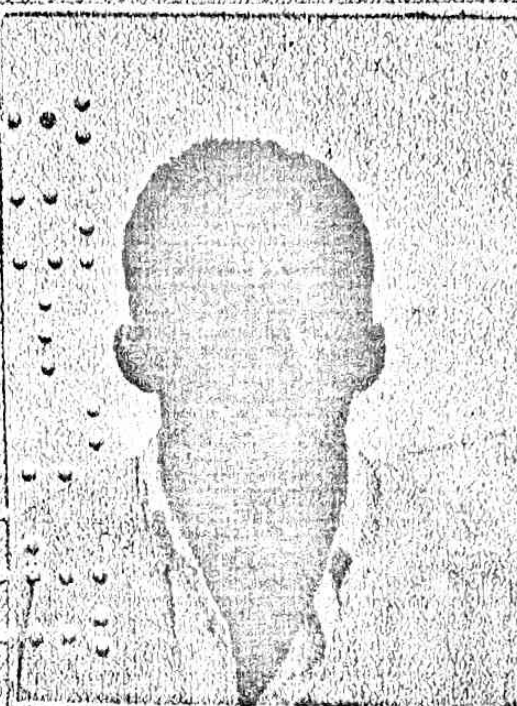
CASA DE MEDICINA DO TRAFICO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

V-02
P-236

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



Adry Jamil das Santos

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



Fredinson José dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.081.173

DATA DE
EXPEDIÇÃO

14/08/2012

NOME

JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS

FILIAÇÃO

JOSÉ GONÇALO DOS SANTOS
ELISÂNGELA CRISTINA DOS SANTOS

NATURALIDADE

SANTA RITA-PB

DATA DE NASCIMENTO

22/03/2001

DOC ORIGEM

NASC.N.20087 FLS.18 LIV.A 21
CARTÓRIO MARI PB

CPF

118.199.964-25

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



CAGEPA

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:



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2018.07.001454

NOME DO PACIENTE:

Joelleison José dos Santos

HN EXTRA

ENFERMARIA:

02

LEITO:

117

12 07 58
18 SET. 2018
PROTOCOLADO
10. JOÃO PESSOA

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 Regular
Data: 12/07/2018
Hora: 09:11:04
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALV
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.07.001454

CMS: 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

Mãe: ELISANGELA CRISTINA DOS SANTOS

Pai: JOSE GONCALO DOS SANTOS

Raca: PARDAS Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

F: TIO MOISES

Te. Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pr.endencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Tr. nsporte utilizado: AMBULANCIA

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

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

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

EC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

Q. na Principal

PACTUACAO DE FRATURA 2 MTC D FECHADO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chegado
[] Vômito

Observacao

NEGA ALERGIAS

18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente transportado do Hosp de Trauma - JP, vítima de
acidente automobilístico sofreu dor em mão, joelho e pé
com ferimentos abertos

Diagnostico

Conduta

Ex 2º MTC

R1

Prescrição

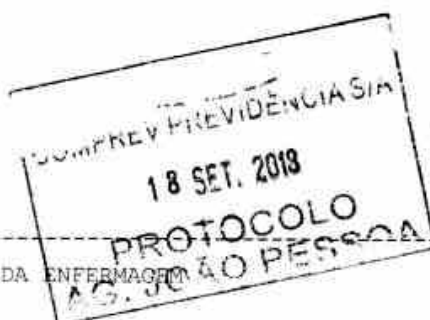
Horario da medicacao

- Internação Hosp. p/ Tto cirurgico

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

+ Dr. Thales
Ferreira

Data e Hora: | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Manoel Geraldo de Godoy

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Neelson José dos Santos Data da Admissão: 12/07/19
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: Hb + Edema em região de Mm. esquerda
+ ferimento certo contuso em região de
pálpebra com + 20 hs de evolução

Medicações em uso: Neve

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
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ 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-reposu ☐ 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:

Cirurgias:

☐ JHAS ☐ JDM ☐ JTB ☐ JHEP ☐ Dislipidemia ☐ Banho de Rio ☐ Casa de Taipa

[] Trauma

[]Alcoolismo

Exercício Físico:

Alimentação

Antecedentes Familiares:

HAS

DM

TB

NEO

Dislipidemias

Exame Físico:

Peso: _____Kg

Altura: _____ m

EMC =

$$PA =$$

mmHg

FC=

$$\overline{FR} =$$

TEMP(°C)=

Geral:

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia):

Gânglios:

Pelet:

ACV:

AR:

ABD:

AGU:

ME:

N:

Resultados de Exames Complementares:

Hipóteses Diagnósticas:

1. FX fechada de 20 MTC esquerdo.

2. Fervimento certo cortese com folha com + 2m

Conduta: de evolução.

Co: Internação Hosp. p/ Tto cirurgico

co-orientado por Dr. Thales Faria

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 59056-384, Mangabeira II, João P.

Dr. Felipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Artes e out
Incisão:	semelhante a
Achados:	Fat. 2 = metacarpo
Conduta:	Redu. Fechamento Fio. e/ Fio. (K) Sut. plano e out
Fechamento:	
OBS:	
<p>Dr. Fídias G. F. Borborema CRM-PB: 6395 R.M.P.E.: 14354</p>	

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 Nº	
IDADE 17	SEXO MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 12/07/2018		DATA DE ALTA 22/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura DO 2 Metacarpo DA MAO DIREITA				CID S.62.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
P. PAIS EXAMES Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea					
TER. TICA 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, TERAPÊUTICA, 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

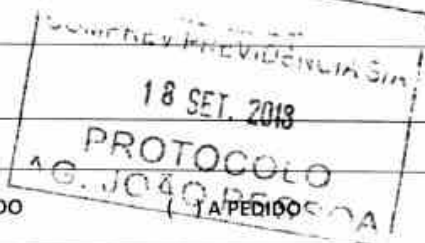
DATA

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

**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME JOELISSON JOSE DOS SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 17	SEXO MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 12/07/2018		DATA DE ALTA 22/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura DO 2 Metacarpo DA MAO DIREITA				CID S.62.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO			() CURADO ()		
ÓBITO					

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, 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

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, CEFALTEXINA**

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do **Complexo Hospitalar Mangabeira** em **7** dias para revisão. Dr. FIDIAS

Eduardo Paz Lyra
Médico
CRM-PB 11687

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 BURITTY

PRONTUÁRIO

Nº: 2018.07.001454

SISREG
INTERNO EM
12.07.18
Dr. Rodrigo

NOME DO PACIENTE:

Jaellerson 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
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

P TIO MOISES

Te Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pr Endencia: 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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Quxa Principal

Observacao

PACTUACAO DE FRATURA 2 MTCD FECHADO

NEGA ALERGIAS

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
com ferimentos abertos

Diagnostico

| Conduta

Ex 2º MTC

RL

Prescricao

| Horario da medicacao

- Internação Hosp. pl TTO cirurgico

Dr. Felipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 111126

+ Dr. Thales
Rauas

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Neelson José de Souza Data da Admissão: 12/07/19
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: Hb + Edema em região de mão esquerda
⊕ ferimento certo contuso em região de
perna 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 ☐ Solução ☐ 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-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ [] HTF
[] 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: NDN
ACV: NDN
AR: NDN
ABD: NDN
AGU: NDN
SME: NDN
SN: Nervo vascucom preservado

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

1. FX fechada do 2º MTC esquerdo.
2. Ferimento corto contuso em Joelho com + 20m

Conduta: de evolução.

CO: Internação Hosp. p/ TTO cirurgico.

CO orientada por Dr. Thales Farias

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

Dr. Relline Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM _____



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>João Pessoa</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>Dr. Fúcio</u>			1º Assistente: <u>Dr. Penelope</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr. Neto</u>	Tipo Anestesia: <u>B.P.3.</u>			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fut 2ª metórese</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Qu</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Tr cr 11 pje.</u>					
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.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>João Carlos José de Lencastre</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>Dr. Fúcio</u>			1º Assistente: <u>Dr. Fernando</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr. Neto</u>	Tipo Anestesia: <u>B.P.3</u>			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fnt 2º metóico</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Qu</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>St cir 11 pje</u>					
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 Ortopedia	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					
P. PAIS EXAMES <i>Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERA. TICA 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, TERAPÊUTICA, 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, CEFALTEXINA*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **7** dias para revisão. Dr. FIDIAS

DATA 22/07/2018
ASS. MÉDICO / C.R.M. *Eduardo Bezerra*
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.081.173

DATA DE EMISSÃO 14/08/2012

NOME JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS

ALUNO JOSE GONCALO DOS SANTOS

ELISANGELA CRISTINA DOS SANTOS

INTERVALO

SANTA RITA-EB

DATA DE NASCIMENTO 22/03/2001

WAS: N. 20087 ELS. 18 LIV. A 21

CATORNO NARI EB

118.199.964-25

LEI Nº 7118 DE 2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE HIGIENA E IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

641-P-129

VIAGEM VIGIANCE

ESTADO DA PARAIBA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS

22/03/2001

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 SET. 2013

PROTOCOLO

12. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 010716286-9 00/00000000 2017

MOISELS CONCALO DOS SANTOS

PLACA 07832385413

NOVO PB 9C2KC2210GR017461

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

HONDA/CG 160 TITAN EX

2 P/162 /CI PARTIC

VERMELHA

00/00/0000

0

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTA (R\$) 19/09/2017

REST. BEN. TRIBUTARIO

MARI-PB

14303

19/08/2017

11622

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - 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 1204

VIA 1 07832385413

RENAVAM 0107162869

2015

HONDA/CG 160 TITAN EX

9C2KC2210GR017461

0

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TOTA (R\$) 19/09/2017

SEGURO P A G O

19/09/2017

SEGURO LIDER - DPVAT

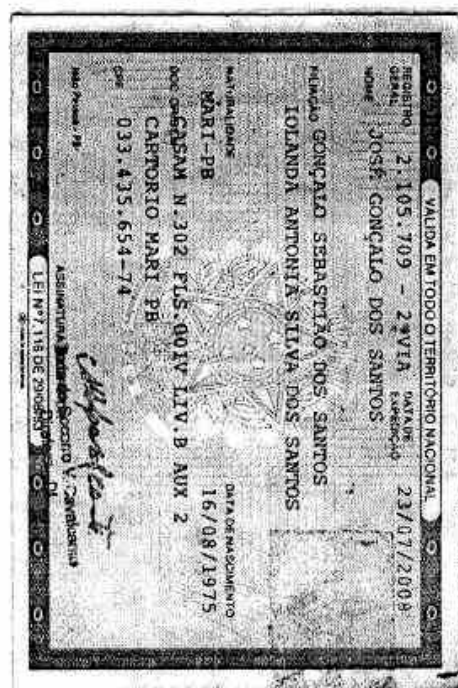
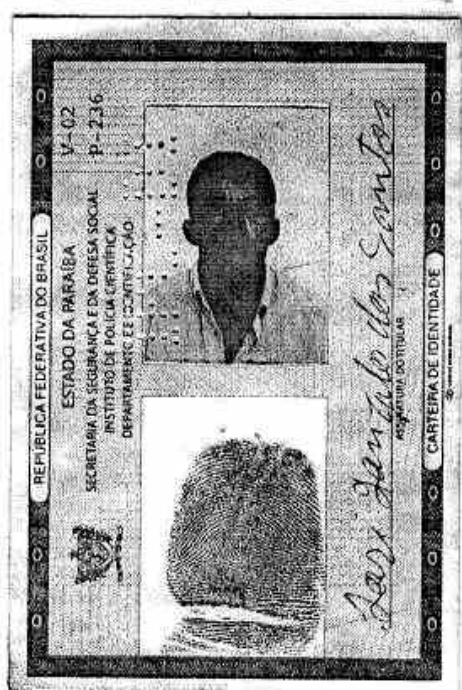
CNPJ 09.248.608/0001-04

11622-1039262-20170919

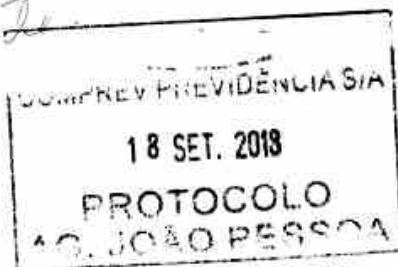
18 SET. 2013

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA



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 inócua. 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