

Av. Orestes Lisboa, s/n - CEP: 58031-090 - Conj. Pedro Gondim - João Pessoa/PB - Brasil - Fone/Fax: (0xx83)3216-5700

- ATENDIMENTO POR TELEFONE: SEGUNDA, TERÇA, QUINTA E SEXTA  
PELA MANHÃ. / SEGUNDA, QUARTA, QUINTA E SEXTA PELA TARDE.  
- HORARIO DE ATENDIMENTO: SEGUNDA À SEXTA (08:00H às 17:00H)

**TELEFONE: 3216-5760**

INFORMAÇÃO DE LAUDO MÉDICO ATRAVÉS DO SITE  
<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/>

SOLICITANTE: (X) PACIENTE ( ) ADVOGADO:

( ) FAMÍLIA: \_\_\_\_\_

~~SOLICITANTE~~

FÍSICA AVALIADA

DATA DA SOLICITAÇÃO: 24/01/2018

NOME DO PACIENTE:	JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES
BE: 1050264	PRONTUÁRIO:

SOLICITAÇÃO: (X) LAUDO (X) PRONTUÁRIO

**SOLICITAÇÃO**





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

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES
DATA DE NASCIMENTO	02/09/89
NOME DA MÃE	GERALDA MARIA DE JESUS RODRIGUES

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.050.264
DATA DO ATENDIMENTO	21/12/17
HORA DO ATENDIMENTO	19:22
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DE PERNA ESQUERDA
CID 10	S80.9

### AValiação INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com relato de trauma no joelho esquerdo, queixando-se de dor local e limitação funcional. Consciente e orientado. Sem déficits focais.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de joelho esquerdo.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

### TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:

21/12/17


DATA DA EMISSÃO:

15/03/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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



 <b>Sistema Único de Saúde</b> Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL</b> fls. 1/2	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____		2 - CNES _____	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
3 - NOME DO PACIENTE _____		4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____		6 - DATA DE NASCIMENTO _____	
7 - SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.		8 - RAÇA/COR _____	
9 - NOME DA MÃE _____		10 - TELEFONE DE CONTATO _____	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____		12 - TELEFONE DE CONTATO _____	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____		14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____	
15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO _____		16 - UF _____	
17 - CEP _____		18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____		20 - QTD _____	
<b>PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)</b>			
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	
23 - QTD _____		24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____		26 - QTD _____	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	
29 - QTD _____		30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____		32 - QTD _____	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	
35 - QTD _____		36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____	
37 - CID 10 PRIMÁRIO _____		38 - CID 10 SECUNDÁRIO _____	
39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____		40 - OBSERVAÇÕES _____	
<b>SOLICITAÇÃO</b>			
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____	
43 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____		44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____		46 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR _____	
47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____	
51 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____		52 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____	
53 - CNES _____		54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____	



Boletim de Atendimento: 1050264

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

Identificação do paciente	
ID	1243118
Nome	JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES
Sexo	Masculino
Data de nascimento	02/09/1989
Idade	28 anos 3 meses 19 dias
Estado civil	Religioso
Religião	Prontuário
Pai	JOSE RODRIGUES DE FRANCA
Mãe	GERALDA MARIA DE JESUS RODRIGUES
Escritório	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel	83
Fone Móvel	87587635
Número documento	3363994
RG (IDENTIDADE)	708407255311063
Local de procedência	BAIRO
UF	PB
Endereço	Logradouro INACIO ALBINO NETO
CEP	58068200
Município de residência	JOAO PESSOA
UF	PB
Complemento	APT 104
Admissão	240
Data e Hora	21/12/2017 19:22:22
Número da pulseira	100006285486
Convênio	SUS
Especialidade	Clinica
Classificação de risco	Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA
Indicadores e Transporte	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
Caso policial	Plano de saúde
Não	Não
Meio de transporte	Veio de ambulância
CARRO PARTICULAR	Não
Sinais Vitais	Quem transportou
PA	mmHg
Pulso	Temperatura
Exames complementares	
Raio X []	Sangue []
Urina []	TC []
Líquor []	ECG []
Ultrasonografia []	
Dados clínicos	
Diagnóstico	CID
Atendido por	HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO
Tempo	45seg

Imprimir

21/12/2017 19:19

1 de 1

GOVERNO  
DA PARAIBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

Cruz Vermelha Brasileira

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 2778696

Paciente	JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES	BAE	1050264	Data/Hora Entrada	21/12/2017 19:22:22	Data Baixa	
Data de nascimento	02/09/1989	Idade	28	Sexo	Masculino	CNS	708407255311063
Nome	GERALDA MARIA DE JESUS RODRIGUES	Prontuário		UF	PB	Nº Cons. Regional	3945/PB
Endereço	INACIO ALBINO NETO, 240 - APT 104	Bairro	GRAMAME	Município	JOAO PESSOA	Profissional	FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
Acidente	QÜEDA / OUTROS	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/Hora Prescrição	21/12/2017 19:42:40	Nº Matrícula	
Convênio	SUS	Senha					

**Anamnese**  
PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO. QUEIXANDO-SE DE DOR NO LOCAL E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS.  
SEM OUTRAS QUEIXAS.  
LUCIDO, ORIENTADO E CONSCIENTE.  
TEM HAS(DIETA).  
SEM DEFICIT MOTOR APARENTE.  
ALTA DA CIRURGIA GERAL  
SEGUIR COM ORTOPEDISTA.

### MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 MG VIA E.V., AGORA  
DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

### CUIDADOS

AFERIR PA E FC  
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

Código Descrição

S80.9 Traumatismo superficial não especificado da perna

### Conduta

Em observação

JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES  
FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO (CRM: 3945/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 21/12/2017 19:23:07

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome		Data de Nascimento		Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES		02/09/1989		28	MASCULINO	1050264		21/12/2017 19:42:40
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Matricula		Validade da Prescrição		
Convenio						21/12/2017 19:42:00 - 22/12/2017 19:42:00		
SUS						Senha		
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento	
1 CETOPROFENO 100 MG	2.0	MG		E.V.		AGORA	FV	
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	FV	
3 AFERIR PA E FC	0.0							
4 PARACETOL	0.0							

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO  
CRM: 3945

21 de Dezembro de 2017  
Assinado eletronicamente por: EMANUELLA CLARA OLIVEIRA FELIPE - 29/06/2018 16:16:02, EMANUELLA CLARA OLIVEIRA FELIPE - 29/06/2018 16:23:36  
Assinatura de Carimbo do Profissional  
EMANUELLA CLARA OLIVEIRA FELIPE

Data: 21/12/17  
Usuário: FABIO KENEDY  
Boleim 1050264





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**6ª Vara Cível da Capital**

[SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO] 0835468-82.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

A inicial deve preencher os requisitos do art. 319 do CPC/2015.

Assim, **intime-se** a parte Autora, por seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze) dias, EMENDAR ou COMPLETAR A INICIAL, indicando, sob pena de indeferimento (art. 330):

Acostaraos autos comprovação de prévio requerimento administrativo, para fins de configuração do interesse de agir;

Cumpra-se.

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

**Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara**

Juíza de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**6ª Vara Cível da Capital**

[SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO] 0835468-82.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

A inicial deve preencher os requisitos do art. 319 do CPC/2015.

Assim, **intime-se** a parte Autora, por seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze) dias, EMENDAR ou COMPLETAR A INICIAL, indicando, sob pena de indeferimento (art. 330):

Acostar os autos com a comprovação de prévio requerimento administrativo, para fins de configuração do interesse de agir;

Cumpra-se.

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

**Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara**

Juíza de Direito





Petição em anexo.





EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB.

*Processo nº 0835468-82.2018.8.15.2001*

JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES, oportunamente qualificado, em atendimento a intimação retro, vem por meio de suas causídicas abaixo assinadas, apresentar **EMENDA À INICIAL**, nos seguintes termos para que produza os seus jurídicos e legais efeitos: juntar o comprovante do procedimento administrativo formulado junto a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A.**

Convém dizer que a solicitação feita pelo promovente perante a parte promovida tratou-se de pedido de indenização pelos danos sofridos em razão do acidente automobilístico, porém a resposta recebida nada teve a ver com o pedido feito, vez que em nenhum momento se requereu o reembolso por despesa médicas - DAMS, conforme Aviso de sinistro em anexo.

Diante do exposto, considerando atendida a solicitação retro, vem requerer o regular prosseguimento do feito.

Termos em que,

Pede e Espera Deferimento.

João Pessoa - PB, 25 de março de 2019.

**Bruna Barreto Melo**  
OAB/PB

**Emanuella Clara Oliveira Felipe**  
OAB/PB 12.647

BARRETO MELO - ASSESSORIA E CONSULTORIA JURÍDICA  
Avenida Professor Paredes, 751 - Torre - João Pessoa - Paraíba  
CEP: 58040-411 / FONE: 83 - 98802 - 1611  
e-mail: contato@barretomelo.com.br site: www.barretomelo.com.br



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
Ag: 30301840 - AC CIDADE UNIVERS JOAO PESSOA  
JOAO PESSOA - PB  
CNPJ.....: 34028316529597 Ins Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU  
CNPJ/CPF.....: 09248608000104  
Doc. Post.....: 3363994  
Contrato....: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709  
Cartao...: 62267655

Movimento...: 13/08/2018 Hora.....: 14:17:08  
Caixa.....: 87765495 Matrícula...: 84768746  
Lancamento.: 030 Atendimento: 00022  
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1511765927

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)...	23,26	
Peso real (G).....	300	
CNPJ/CPF Remet : 07700314470		
Nome Remetente.: JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES		
Endereco Remet.: RUA Rua Inácio Albino Neto		
Corr Endereco...: ,240 BL 01 APT104 - Gramam		
Cep Remetente...: 58068-200		
Cidade Remet...: JOAO PESSOA		
UF Remet.....: PB		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)...	29,00	
Cep Destino:	20031-205 (RJ)	
Peso real (G).....	81	



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES**

Nº Sinistro: **3180401545**

Vítima: **JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES**

Data do Acidente: **21/12/2017**

Cobertura: **DAMS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180401545**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**6ª Vara Cível da Capital**

[SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO] 0835468-82.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

**Defiro** o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 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. A experiência prática demonstra que as instituições financeiras não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual **deixo de designar audiência prévia de conciliação, sem prejuízo das tentativas conciliatórias que devem ser realizadas no decorrer da lide.**

Assim, **cite-se** a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, **intime-se** a parte Autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação.

Por fim, considerando que no caso em apreço é necessária a realização de prova pericial, **NOMEIO** como perita a médica Dra. **ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA**, com endereço na **Rua Sebastião de Azevedo Bastos, 496, Manaíra, João Pessoa – PB.**

Como honorários periciais fixo o valor de **R\$ 200,00**(duzentos reais), conforme termos do Convênio nº 015/2014, firmado entre a Seguradora Líder e o TJ/PB.

**Intime-se** a seguradora para efetuar o pagamento dos honorários arbitrados.

**Intime(m)-se** a(s) parte(s) a respeito da nomeação realizada, intimando-as também para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentarem quesitos e assistentes técnicos, se assim desejarem.

Valendo-se este despacho como carta de intimação, **intime-se**a perita nomeada para, no prazo de 10 (dez) dias, dizer se aceita o encargo, bem como para informar a este Juízo, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, data, horário e lugar para a realização da perícia.



Fica desde já determinada a intimação das partes e de seus advogados para comparecerem no dia, hora e local indicados pelo *expert* para a realização da perícia. Intime-se o Autor pessoalmente e por meio de advogado, advertindo-os que a ausência na perícia poderá ensejar na ocorrência de preclusão e, conseqüentemente, no

Sendo o caso, encaminhem-se à perícia cópia dos documentos necessários.

De logo, determino o prazo de **15 (quinze) dias**, a contar da realização da perícia, para entrega do parecer técnico.

Cumpra-se na íntegra.

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

**Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara**

Juíza de Direito

