



26/03/2021

Número: **0845917-31.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NILSON ELIAS DE SANTANA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41155391	26/03/2021 11:14	<a href="#">Petição</a>	Petição
41155392	26/03/2021 11:14	<a href="#">2759204_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
41155393	26/03/2021 11:14	<a href="#">2759204_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031750

Vítima: NILSON ELIAS DE SANTANA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NILSON ELIAS DE SANTANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15401718





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200031750**

**Vítima: NILSON ELIAS DE SANTANA**

**Data do Acidente: 02/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), NILSON ELIAS DE SANTANA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **NILSON ELIAS DE SANTANA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000004823**

Conta: **0000015428-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

060.989.924-44 Wilson Elias de Santana

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

4823

CONTA:

35428

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Humberto Lucena





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 14628.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14628.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:55 horas do dia 26 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Nilson Elias de Santana**, CPF nº 060.989.924-44, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Ledjane Cavalcanti de Oliveira e Neuzo Elias de Santana, natural de Recife/PE, nascido(a) em 30/11/1978 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nossa Senhora da Paz, Nº 185 B, bairro Grotão, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98815-9139.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Avenida Perimetral Sul, Xx, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/09/19 11:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 02/09/2019, POR VOLTA DAS 11:10, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2011, PLACA MOS-6782/PB, CHASSI 9C2KC1680BR323532, NA AVENIDA PERIMETRAL SUL, GRAMAME, NESTA CAPITAL, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DA MOTOCICLETA ESTOUROU, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM LUXAÇÃO ACROMIÓCLAVICULAR ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA.

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

João Pessoa/PB, 26 de dezembro de 2019.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
NILSON ELIAS DE SANTANA  
Noticiante

Procedimento Policial: 14628.01.2019.1.00.401







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

060.989.924-44 Wilson Elias de Santana

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

06098992444  
Rua Glaucia L.S. Alexandre 20  
Pirajó  
PB 58000-000  
(83) 9 86634900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Humberto Lucena





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME




CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 911.023, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2545927, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **NILSON ELIAS DE SANTANA** idade 41 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 02/09/2019, na Av. Perimetral Sul, Bairro: Gramame - João Pessoa - aproximadamente às 11:10 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 12 de Novembro de 2019.

  
Marina Travassos Lopes MT-67.211-E  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NILSON ELIAS DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000015428-5

---

---

Nr. da Autenticação 856DF18CA133EE2C





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 02 / 09 / 19	ID da Ocorrência 2545927	USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 07	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 11 : 10 Hs	Hora de Chegada no Local 11 : 20 Hs
Paciente / Usuário Nilton Elias de Santos				Idade 40	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro:				Logradouro Pernambuco		
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:				Médico Regulador G. Lima		
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:				QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:		
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar) HE+ST+H				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA		Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)	
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA		
Motivo:	Hospital de Origem:		
CAUSAS EXTERNAS	Responsável:		
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	Hospital de Destino:		
<input type="checkbox"/> Colisão carro x moto	Responsável:		
<input type="checkbox"/> Queda de moto			
<input type="checkbox"/> Atropelamento por:			
<input type="checkbox"/> Colisão carro x carro			
<input type="checkbox"/> Capotamento			
<input type="checkbox"/> Outro:			
<input type="checkbox"/> F.A.F.	ANTECEDENTES		
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental	
<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal	
<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Droga	
<input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada:	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	
<input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores	
<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios	
<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo	
	Quais?		

1. DADOS VITAIS			
P.A:	FC: 88	FR:	HGT: SpO2 - S/O2: 98.1 SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA	
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:	
Diagnósticos de Enfermagem:	
Intervenções:	Protocolo de trauma
Evolução do Enfermeiro:	11:15min de parada de moto, com sinais de vida, ferimentos em face, membros superiores, membros inferiores, dor em
ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA	subido (E)
Assinatura	





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	NILSON ELIAS DE SANTANA
DATA DE NASCIMENTO	31/11/1978
NOME DA MÃE	LEDJANE CAVALCANTI DE OLIVEIRA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.187.404
DATA DO ATENDIMENTO	02/09/19
HORA DO ATENDIMENTO	12:07
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDO
CID 10	

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com perda da consciência (sic). Dor em ombro esquerdo, consciente e orientado, com trauma na face area zigomatica esquerda. Presença de luxação acromioclavicular esquerda. Após explicações do quabro do paciente, o mesmo optou por tratamento conservador.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo  
RX de torax  
RX de braço esquerdo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Luxação acromioclavicular esquerda. Grau 3.

### TRATAMENTO:

Conservador. Imobilização.

ALTA HOSPITALAR:	02/09/19
DATA DA EMISSÃO:	18/12/19

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.





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**SEGUIR  
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1187404



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1052149	Nome NILSON ELIAS DE SANTANA			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/12/1978	Idade 40 anos 9 meses 1 dia	Estado civil	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Celular 83	Celular 987532589	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 5604847	Nº Cns 898005124466881		
Local de procedência GROTAO	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade RECIFE	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58079832	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CAMPINAS	
Número 53	Complemento RUA CARPINA	Bairro GROTAO		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 02/09/2019 12:07:52	Número da pulseira 100007284051	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA 130	x	PO 70	mmHg	Pulso PR
			Temperatura 98	
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
ECG [ ]				
Ultrasonografia [ ]				
Dados clínicos Paciente Ana Flávia Melo, trazida el fono, quando de morte consciente, chegou em ombro @ depois p/ realizar exames Ana Flávia Melo COREN-PB 416.190-ENF				
Diagnóstico				CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL				Tempo 37seg

Imprimir







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

**AREA VERMELHA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>NILSON ELIAS DE SANTANA</b>	BAE <b>1187404</b>	Data/Hora Entrada <b>02/09/2019 12:07:52</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/12/1978</b>	Idade <b>40a 9m 1d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987532589</b>
Mãe <b>LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA</b>		CNS <b>898005124466881</b>	Prontuário
Endereço <b>CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA</b>	Bairro <b>GROTÃO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CARLOS MAGALHAES FRANCA</b>	Nº Cons. Regional <b>3792/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>02/09/2019 12:07:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>02/09/2019 12:40:45</b>	

**ANAMNESE**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 2H, SEM RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, NÁUSEAS, AMNÉSIA APÓS ACIDENTE. RELATA NO MOMENTO, DOR NO OMBRO ESQUERDO E DOR PLEURÍTICA. AO EXAME: CONSCIENTE, ORIENTADO, VA PÉRVIAS, HEMITÓRAX ESQUERDO DOLOROSO À PALPAÇÃO, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM FACE E MMII. ABDOME INOCENTE, Pelve estável. CD: ANALGESIA RX DE OSSOS DA FACE, TÓRAX, OMBRO E BRAÇO ESQUERDO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

**MEDICAÇÃO**

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

**CID10**

V28.4 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

**Conduta**

Em observação

**NILSON ELIAS DE SANTANA**

**CARLOS MAGALHAES FRANCA**  
(: 3792/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/09/2019 12:08:29







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

orto



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE**

*o trabalho*

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>NILSON ELIAS DE SANTANA</b>	BAE <b>1187404</b>	Data/Hora Entrada <b>02/09/2019 12:07:52</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/12/1978</b>	Idade <b>40a 9m 1d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987532589</b>
Mãe <b>LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA</b>		CNS <b>899005124466881</b>	Prontuário
Endereço <b>CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA</b>	Bairro <b>GROTÃO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA</b>	Nº Cons. Regional <b>3040/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>02/09/2019 12:07:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>02/09/2019 14:22:33</b>	

## ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. NEGA DESMAIO, VOMITO, DOENÇAS DE BASE E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NO MOMENTO EM EGB, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, EM CADEIRA DE RODAS. AO EXAME FÍSICO APRESENTA ABRASÃO EM REGIÃO MENTUAL E ZIGOMÁTICA ESQUERDA, SEM SANGRAMENTOS ATIVOS, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTAÇÃO OCULAR PRESERVADA, BEM COMO OS MOVIMENTOS MANDIBULARES, CONTORNOS OSSEOS MANTIDOS, SEM SINAIS CLÍNICOS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE. CD: 1 ORIENTAÇÕES 2 ALTA BMF 3 AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA.

## CID10

S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

**NILSON ELIAS DE SANTANA**

**ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA**  
(: 3040/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/09/2019 12:08:29





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE**

*o trabalho*

**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>NILSON ELIAS DE SANTANA</b>	BAE <b>1187404</b>	Data/Hora Entrada <b>02/09/2019 12:07:52</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/12/1978</b>	Idade <b>40a 9m 1d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987532589</b>
Mãe <b>LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA</b>		CNS <b>898005124466881</b>	Prontuário
Endereço <b>CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA</b>	Bairro <b>GROTÃO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO</b>	Nº Cons. Regional <b>6371/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>02/09/2019 12:07:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>02/09/2019 14:07:02</b>	

**ANAMNESE**

vítima de queda de moto com trauma em ombro esq. apresentando dor em acromioclavicular e limitação funcional rx do ombro inadequado. presença de lac. solicito rx em incidência tipo zancar para melhor avaliação

**EXAME DE IMAGEM**

**RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: RX EM AP DO OMBRO EM INCIDENCIA TIPO ZANCAR)**

**Conduta**

Em observação

**NILSON ELIAS DE SANTANA**

**FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO**  
(: 6371/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/09/2019 12:08:29





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>NILSON ELIAS DE SANTANA</b>	BAE <b>1187404</b>	Data/Hora Entrada <b>02/09/2019 12:07:52</b>	Data Baixa <b>2019-09-02 16:26:07.0</b>
Data de nascimento <b>01/12/1978</b>	Idade <b>40a 9m 1d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898005124466881</b>
Mãe <b>LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 987532589</b>
Endereço <b>CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA</b>	Bairro <b>GROTÃO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>02/09/2019 12:07:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>02/09/2019 16:26:14</b>	Nº Cons. Regional <b>6371/PB</b>

**ANAMNESE**

PCT RETORNA DE NOVO EXAME RADIOGRAFICO. RX APRESENTA LAC GIII. EXPLICO PCT POSSIBILIDADE DE CIRURGIA E TRATAMENTO CONSERVADOR(PERSISTENCIA DA LUXAÇÃO). EXPLICO PROS E CONTRAS DOS TRATAMENTOS. CD: OPTADO EM CONJUNTO COM O PACIENTE POR TRATAMENTO CONSERVADOR IMOBILIZAÇÃO/AINE/ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

**PROCEDIMENTO**

HEMI - J

**CID10**

I64 - Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico

**Conduta**

Em observação

**Alta**

Usuário  
**FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO**  
Motivo de Alta  
**ALTA MEDICA**

Data e Hora  
**02/09/2019 16:26:07**  
Observações:

**NILSON ELIAS DE SANTANA**

**FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO**  
( 6371/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/09/2019 12:08:29





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**SEGUE  
o trabalho**

**Parecer Médico**

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Prontuário</b>
NILSON ELIAS DE SANTANA	40A 9M 1D	
<b>Boletim de Atendimento</b>	<b>Data de Entrada</b>	<b>Data Internação</b>
1187404	02/09/2019 12:07:52	
<b>Convênio</b>	<b>Leito</b>	<b>Clínica</b>
SUS		CIRURGIA GERAL
		<b>Permanência na Unidade</b>
		33min
		<b>Permanência no Leito</b>

**Parecer médico**

**Especialidade**

ORTOPEDIA

**Profissional**

**Motivo da solicitação**

**Data da Solicitação:** 02/09/2019 12:40:13

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 2H, SEM RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, NÁUSEAS, AMNÉSIA APÓS ACIDENTE. RELATA NO MOMENTO, DOR NO OMBRO ESQUERDO E DOR PLEURÍTICA. AO EXAME: CONSCIENTE, ORIENTADO, VA PÉRVIAS, HEMITÓRAX ESQUERDO DOLOROSO À PALPAÇÃO, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM FACE E MMII. ABDOME INOCENTE, PELVE ESTÁVEL.

**Parecer**

**Data de Resposta:**

Dr. Benedito Benailson Ribeiro

CRM-PB 11.820

CNS 38 0023 5929 2206





Cruz Vermelha  
Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome NILSON ELIAS DE SANTANA		Data de Nascimento 01/12/1978	Idade 40a 9m 1d	Sexo MASCULINO
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		
Convenio SUS		Matrícula		
Data da entrada: 02/09/2019 12:07:52		Data da intern.		
Nome do medicamento	Dose	U.M./kg	Orientação de Uso	Via de Admin.
1 CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	1,0	ML		E.V.

CARLOS MAGALHAES FRANCA  
CRM: 3792



**REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM**

Nº: 512415

<b>Nome</b> NILSON ELIAS DE SANTANA		
<b>Data de Nascimento</b> 01/12/1978	<b>Nº Boletim Emergência</b> 1187404	<b>Prontuário</b>
<b>Material a examinar</b>		
		<b>Data Prescrição:</b> 02/09/2019 12:42:12
<b>EXAME DE IMAGEM</b> RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)		
<div><p>RAIOS-X</p><p>TIPO: <u>Pac</u></p><p>DATA: <u>02 09 19</u></p><p>NOME DO PACIENTE: <u>Nilson Elias de Santana</u></p><p>ASS: <u>[Assinatura]</u></p></div>		

Reimpresso por: Gereonito Begnaldson Ribeiro  
dia: Medico  
CRM-PB 11.820  
CDE 008 0923 59282 006

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) gerar cópias separadas para imagem e laboratório analítica clínica



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 512411

Nome NILSON ELIAS DE SANTANA		
Data de Nascimento 01/12/1978	Nº Boletim Emergencia 1187404	Prontuario
Material a examinar		
Data Prescrição: 02/09/2019 12:40:45		
<p><b>EXAME DE IMAGEM</b></p> <p>RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)</p> <p>RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)</p> <p>RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO</p>		

TIPO: RADIOG.  
DATA: 02.09.19  
NOME: NILSON  
ASS: N

oto +

Reimpresso por:  
dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional  
Assinatura: [Assinatura]  
Carimbo: [Carimbo]

1) preencher cópias separadas para imagem e laudo em 2 vias e classificar





**REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM**

Nº: 512452

**Nome**

NILSON ELIAS DE SANTANA

**Data de Nascimento**

01/12/1978

**Nº Boletim Emergencia**

1187404

**Prontuario**

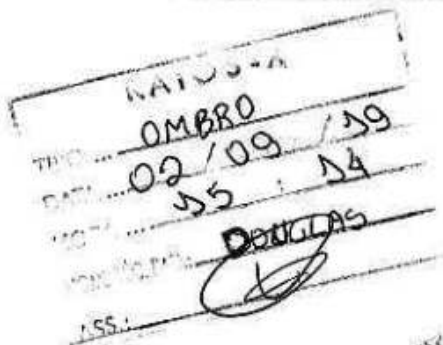
**Material a examinar**

**Data Prescrição:**

02/09/2019 14:07:02

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)  
(RX EM AP DO OMBRO EM INCIDENCIA TIPO ZANCAR)



Reimpresso por:

dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher apenas os campos para imagem e laboratório e/ou clínica





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 060.989.924-44

Nome: NILSON ELIAS DE SANTANA

Data de Nascimento: 30/11/1978

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 30/07/2003

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:15:04 do dia 13/01/2020 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: E15B.0D86.AB27.E997



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predis põem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



00079

035921

Número

Série

Wilson Elias de Santana

ASSINATURA DO PORTADOR



### QUALIFICAÇÃO CIVIL

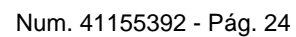
Nome Nelson Colan de Santana  
 Loc. Nasc. Recife Est. PE Data 30.11.1979  
 Filiação Nelson Colan de Santana e  
Paula Santa Cavalcanti de Oliveira  
 Doc. Nº 5.604.847 SSP PE

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
Obs. ....  
Data Emissão 31/04/03 DRT PR

Assinatura do Funcionário  
M<sup>te</sup> Stela de Souza  
SETAS - PMJG - PE  
Mat. 1835-7

**ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE**  
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 014355411008	
CERTIFICADO DE REGISTRO E CENSIAMENTO DE VEICULO			
VIA		CDD - RENAVAM	
1 0030073016-0		00/00000000   2018	
NILSON ELIAS DE SANTANA			
06099992444		MO86782/PB	
NOME		EB	
0030073016-0		00/00000000   2018	
FAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
HONDA/CG150 FAN ESDI		2011 2011	
2 P/149 /61		PARTIC	
PRETA		PRETA	
IPVA PAGO EM 00/00/0000		VENDIDOR	
PREMIO TAPAS		PREMIO TOTAL	
*****		*****	
SEGURO PAGO		25/06/2018	
SEM RESERVA DE DOMINIO			
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO			
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
JOAO PESSOA		07/01/2017	
16331		7003743	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS		AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE	
TRANSPORTADAS		PB Nº 014355411008	
ESTE É O SEU BILHETE		PARA MAIS INFORMAÇÕES	
AS CONDIÇÕES GERAIS		WWW.SEGURADORA	
SAC DPVAT		SAC DPVAT	
VIA		CDD - RENAVAM	
1 0030073016-0		00/00000000   2018	
HONDA/CG150		2011 2011	
PRETA		PRETA	
PREMIO TAPAS		PREMIO TOTAL	
*****		*****	
SEGURO PAGO		25/06/2018	
SEM RESERVA DE DOMINIO		DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO	
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA		JOAO PESSOA	
16331		07/01/2017	
7003743		7003743	



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200031750 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NILSON ELIAS DE SANTANA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDO - GRAU 3.  
TRAUMA DE FACE - TRAUMA DE ZIGOMÁTICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.02/

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026881/20

**Vítima:** NILSON ELIAS DE SANTANA

**CPF:** 060.989.924-44

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 02/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** NILSON ELIAS DE SANTANA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**NILSON ELIAS DE SANTANA : 060.989.924-44**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/01/2020  
Nome: NILSON ELIAS DE SANTANA  
CPF: 060.989.924-44

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

NILSON ELIAS DE SANTANA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO







EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08459173120208152001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **NILSON ELIAS DE SANTANA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

#### DO LAUDO PERICIAL

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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

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

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



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

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 24 de março de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

