



Número: **0816847-52.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCINALDO BARROS DOS SANTOS (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46152870	23/07/2021 11:11	Petição	Petição
46152873	23/07/2021 11:11	2760283_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
46152881	23/07/2021 11:11	2760283_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151890

Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

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 15716321





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 08 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151890

Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000449478-0

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00611/00612 - carta_15R - INVALIDEZ

00020306



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0338243-00 CPF da vítima: 108.411.184-50 Nome completo da vítima: Lucimário Barros do Santos

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

Nome completo: Lucimário Barros do Santos CPF: 108.411.184-50

Profissão: R. Curo Endereço: Rua Maria Honan Número: 45 Complemento:

Bairro: Centro Cidade: Lagoa de Rocha Estado: PB CEP: 58119-000

E-mail: Tel. (DDD): (81) 98805-6654

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 449478

(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.

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: São Paulo, 20/04/20

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucimário B. Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Scanned with CamScanner





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº05598.01.2019.2.00.401



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 07/01/2019

Hora: 12:03:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Br Duzentos e Trinta, São José da Mata, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Em Frente Ao Quinta da Colina

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Lucinaldo Barros dos Santos

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria de Barros Santos e Adatao Jose dos Santos

Idade: 33

Data de Nascimento: 13/01/1986

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Olivedos

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Ensino fundamental
completo

Profissão: Agreicultor

Matrícula: Não informado

Cargo: Não informado

Documentos(s) de Identificação: RG nº 2965786 SSDS/PB, CPF nº 108.411.184-50

Endereço: Vila Ipuarana, s/n, [indeterminado], Lagoa Seca, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Lar do Garoto

Telefone: (83) 99830-9642

TESTEMUNHA

Nome: Dayane Martins da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria da Penha Matins Costa e Jose Inácio da Silva

Idade: 18

Data de Nascimento: 06/09/2000

Identidade de Gênero: feminino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Lagoa Seca

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Ensino fundamental
incompleto

Profissão: Agricultora

Matrícula: Não informado

Cargo: Não informado

Documentos(s) de Identificação: RG nº 4709906 SSDS/PB, CPF nº 096.775.284-16

Endereço: Augusto Felix Barros, [indeterminado], Lagoa Seca, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Bela Vista Ruínas

Telefone: (83) 99132-3331

Procedimento Policial: 05598.01.2019.2.00.401





TESTEMUNHA

Nome: Marínes Ferreira Brito
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Nazaré Ferreira Brito e Jose Ferreira Brito
Idade: 38 Data de Nascimento: 27/10/1980 Identidade de Gênero: feminino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Pocinhos
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino fundamental completo Profissão: Agricultora
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CNH nº 03713539200, CPF nº 050.379.364-70
Endereço: Sítio Barro Vermelho, [indeterminado], Puxinanã, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Antiga Casa de Show For Hall
Telefone: (83) 98670-7243



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda/Cg, modelo 150 titan, tipo de veículo particular, cor cinza, ano 2008, placa MNV-1054, chassi 9c2kc08108r172358, renavam 00961323337, características gerais: Licenciado Em Nome de Matheus Ewerton da Cruz Alves

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o Ciclomotor Honda/CG modelo 150 titan, cor cinza, ano 2008, placa MNV-1054/PB, chassi 9c2kc08108r172358, renavam 00961323337, licenciado em nome de Matheus Ewerton da Cruz Alves, quando trafegava na BR 230, bairro São Jose da Mata, nesta cidade, momento em que o condutor de um Veículo de Sinais e condutor não identificado, vinha na mesma mão da via colidiu na traseira do ciclomotor em que o comunicante trafegava; que com o impacto a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Politrauma: Fratura Bimaleolar no tornozelo esquerdo, conforme prontuário, em anexo e Atestado Médico CID S82-5 + S82-6 + T93, em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade, conforme Declaração de Atendimento. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

ADENDOS:

Usuário: Junia Barbosa Luz do Rêgo

Data e Hora: 21/05/2019 14:00

Delegacia: Central de Polícia Civil de Campina Grande - Setor de Boletim de Ocorrência

Descrição: LEIA-SE A DATA DE NASCIMENTO 14/01/2019 E A PROFISSÃO AGRICULTOR

Usuário: Avelina Maria de Oliveira Mello

Data e Hora: 22/05/2019 14:38

Descrição: INFORMAR QUE A DATA DE SEU ANIVERSÁRIO ESTÁ DIGITADA ERRADA; QUE NASCEU, EM 14/01/1986.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência

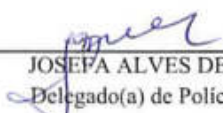


**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

Campina Grande/PB, 20 de maio de 2019.


JOSEFA ALVES DE ASSIS
Delegado(a) de Polícia Civil


LUCINALDO BARROS DOS SANTOS
Noticiante


AVELINA MARIA DE OLIVEIRA MELLO
Técnico de Nível Médio



Procedimento Policial: 05598.01.2019.2.00.401

3/3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
0338243-20	108.911.184-50	Lucimário Barros da Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Lucimário Barros da Santos	108.911.184-50	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recebe	Rua Maria Honan	45
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Lagoa de Poca	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58119-00	(81) 98805-6654

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0041	CONTA: 449478
(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.

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 (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <u>Tão Pena, 20/04/20</u>	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	
CPF: _____	CPF: _____	
Assinatura de quem assina A ROGO		
<u>Lucimário B. Santos</u>		
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		
Assinatura do Procurador (se houver)		

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 04/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000449478-0

Nr. da Autenticação 499BD8459831B9A9



Número do documento: 2107231115317900000043850571



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

ATO Declaratório

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

DATA:	7/1/2019	HORA:	12:03 HRS	ID Nº:	1748714
NOME:	LUCINALDO BARROS SANTOS				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	BR 230 - SÃO JOSE DA MATA				
COMPLEMENTO:	EM FRENTE AO QUINTA DA COLINA				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 25 de janeiro de 2019.

P/ Deoclécio F Nascimento
Deoclécio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Eu, SUELIO MOREIRA TORRES, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado em [endereço], por meio desta, declaro que não tenho interesse em participar do processo de licitação nº 001/2021, e que não sou responsável por qualquer obrigação decorrente do mesmo.

Assinada eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinada eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinada eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinada eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinada eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

Assinada eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES



**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, ____ de ____ de ____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente Lucindo Barros dos Santos
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Ident. 2.826.855-
SSP-PBEm, 09 de Janeiro de 2019

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: X. Maria F Brito

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, ____ de ____ de ____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, ____ de ____ de ____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	LUCINALDO BARROS DOS SANTOS
DATA DO EXAME:	07/01/2019 (13:11)

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

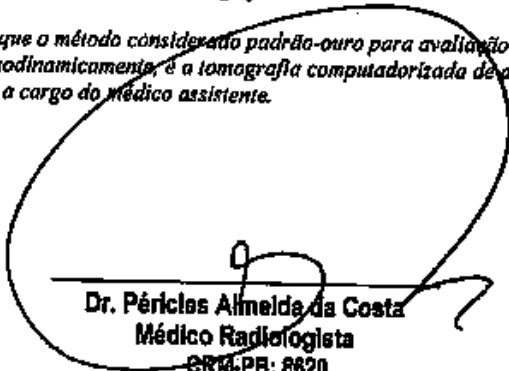
ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

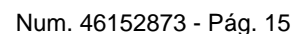
Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dr. Péricles Almeida da Costa
Médico Radiologista
CRM-PB: 8620



Data da Intermediação: 07/01/2019 Hora: 14:01:25



GOVERNO DO PARANÁ		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		REQUISIÇÃO DE EXAM	
		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			
NOME:	L U C I M A L D O S A N D S D A S				PRONTUÁRIO
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			
DADOS CLÍNICOS:					
<p style="text-align: right;">RAIO X REALIZADO EM: 07/07/19</p>					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS:					
<p>- raio x Torax ap</p> <p>- raio x pna @ AP P</p> <p>- raio x Torax @ AP P</p>					
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>		
DATA:	07/07/19		HORA DA SOLICITAÇÃO:		

Dr. FÉLIX DANTAS
MÉDICO
ORIENTAÇÃO GERAL
CRM/PR - 0549



J1/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

13:57 Pac. consciente, orientado, sem queixas em foco de atenção; não episódios, sintomas ou sinais anormais. Recusa uso de medicação.

At: Atte. do Luper, br.

Ortopedia: Paciente não de aceitação dos membros com dor e espasmo no tornozelo. Realizou punção de fratura distal de fêmur e tornozelo e curativo. Fatores para melhor evolução.

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

☐ Centro cirúrgico

☐ Internação (setor)

☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

☐ Alta hospitalar / 13. Verificação

☐ Decisão Médica

☐ Óbito

☒ Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)


SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

46/projetohctg/impr:urgencia.php?contar=1808647

2

Data da Internação: 07/01/2019 Hora: 14:01:25

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE LUCINALDO BARROS DOS SANTOS (1)	6 - N° DO PRONTUÁRIO 1808691
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 31/12/1969
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	10 - TELEFONE DO CONSULTÓRIO DDD 0 Nº TELEFONE
11 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CIDADE)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CIDADE DO MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente vítima de acidente de moto</i>

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Fratura bilateral de fêmur</i>
--

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS: <i>Raio X</i>
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura bilateral de fêmur</i>
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internação para tratamento cirúrgico</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA 27 - CATEGORIA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CDS () CVP 29 - Nº DO DOCUMENTO (CDS/CVP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 203834510720009
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE BRUNO DA COSTA LIMA	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/01/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNES DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO VOUCHER
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNES DA EMPRESA
41 - CBOE	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DEPENDENTE <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEQUERADO

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CID-ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CDS () CFP	46 - Nº DO DOCUMENTO (CDS/CFP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

PACIENTE: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

DATA DO EXAME: 07.01.2019

RADIOGRAFIA DE PERNA

- Fratura bimalleolar sem desvios significativos.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO

- Fratura bimalleolar sem desvios significativos.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

91

Dr. Ralf R Cavalcanti
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6560

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

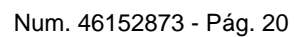
Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Péricles A Costa
CRM/PB 8620



John C. Davis

① 11/10/10
 ② 2/10/12
 ③ 2/10/12
 ④ 2/10/12
 ⑤ 2/10/12
 ⑥ 2/10/12
 ⑦ 2/10/12
 ⑧ 2/10/12
 ⑨ 2/10/12
 ⑩ 2/10/12
 ⑪ 2/10/12
 ⑫ 2/10/12
 ⑬ 2/10/12
 ⑭ 2/10/12
 ⑮ 2/10/12
 ⑯ 2/10/12
 ⑰ 2/10/12
 ⑱ 2/10/12
 ⑲ 2/10/12
 ⑳ 2/10/12
 ㉑ 2/10/12
 ㉒ 2/10/12
 ㉓ 2/10/12
 ㉔ 2/10/12
 ㉕ 2/10/12
 ㉖ 2/10/12
 ㉗ 2/10/12
 ㉘ 2/10/12
 ㉙ 2/10/12
 ㉚ 2/10/12
 ㉛ 2/10/12
 ㉜ 2/10/12
 ㉝ 2/10/12
 ㉞ 2/10/12
 ㉟ 2/10/12
 ㊱ 2/10/12
 ㊲ 2/10/12
 ㊳ 2/10/12
 ㊴ 2/10/12
 ㊵ 2/10/12
 ㊶ 2/10/12
 ㊷ 2/10/12
 ㊸ 2/10/12
 ㊹ 2/10/12
 ㊺ 2/10/12
 ㊻ 2/10/12
 ㊼ 2/10/12
 ㊽ 2/10/12
 ㊾ 2/10/12
 ㊿ 2/10/12



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Bimestral
de junho

Paciente	Leandro da Silva	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07.01.14	① Diete oral b.p	MT	Falta para fazer
	② 500.07% 500ml em 24h p		
	③ Depressão renal evitada	MT	24/06
	④ aumento 40% O2 em 10	MT	26/06
	⑤ vol p 75% a cada 10	MT	26/06
	⑥ foles boas	MT	26/06
	⑦ SVA	MT	26/06





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

SIC

Nome:	Lucimádo Bannor dos Santos		
End:		Bairro:	São José da
Data de Nascimento:	02.01.86	Documento de Identificação:	mata
Queixa:	Queda	Data do Atend.:	04.01.18
Acidente de trabalho?	() Sim	(x) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normacorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- circunção*
- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Henri Henrique S. Cavali
Assinatura e carimbo do profissional



SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

Deblecid F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

Campina Grande, 25 de janeiro de 2019.

Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma	
DADOS DA REMOÇÃO	
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB
COMPLEMENTO:	EM FRENTE AO QUINTA DA COLINA
LOCAL:	BR 230 - SÃO JOSÉ DA MATA
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO
NOME:	LUCINALDO BARROS SANTOS
DATA: 7/1/2019	HORA: 12:03 HRS
ID Nº:	1748714

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

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO



CAMPINA GRANDE - PB



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



Data 08/05/19 Hora 8:00 PA 120x60

Paciente consciente, orientado,
mediando comportamentos a presença
condições e segue aos cuidados
de enfermagem Bona



 Centro Hospitalar João XXIII Sistema de Assistência Social e de Saúde		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: <u>Lucivaldo Soares Santos</u> CONVÊNIO: <u>Particular</u>	
SOLICITAÇÃO PROVISÓRIA ENFERMAGEM Nº DO ATENDIMENTO:		Nº DO ATENDIMENTO:	
DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA ANTERIOR Nº			
Nº	DATA <u>11.01.19</u>	HORA:	QUARTO/LEITO:
QUANT	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
	① Dieta livre à parte da 21h		06
	② IF 0,9% 1000ml > cv, 24h		24
	RL 1000ml		
	③ Rifaximina 8g + md, cv, 6/6h		24
	④ TX paracetamol 8g + md, cv, 6/6h		24
	⑤ Nimesulida 4mg + ad, cv, 8/8h		24
	⑥ Tixonal 100mg + IF 0,9% 100ml, cv (1h)		24
	⑦ Tylenol 40mg + ad, cv, 12/12h		24
	⑧ SIVV + CCG 6		
12/01/19 - <u>MAH HOSPITALAR</u> ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO (A)		DESTINO: <u>100</u> RECEBIDO POR:	

Dr. Felipe Guedes		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: <u>Lucivaldo Soares Santos</u> CONVÊNIO: <u>Particular</u> Nº PRONTUÁRIO: <u>38088</u>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA Nº:		Nº PRONTUÁRIO:	
DATA: <u>09/01/19</u>	HORA:	QUARTO/LEITO: <u>303</u>	
QUANTIDADE	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
12/01/19	1) Dieta por VO Livre	06	
	2) SIFOP 1000ml cv cv 24h	24	
	3) Diprovan 8g + ad cv 6/6h	24	
	4) Tylenol 40mg + ad cv 1x (12h)	24	
	5) Nimesulida 4mg + ad cv 8/8h	24	
	6) SIVV + CCG 6		
ASS. E CARIMBO DO MÉDICO:		DESTINO: RECEBIDO POR:	

1ª VIA - PRONTUÁRIO

2ª VIA - FARMÁCIA





SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAÚDE HOSPITAL JOAO XXIII
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 09/01/2019
HORA: 18:36:13



71514

Prontuário 38088	Nome do Paciente LUCINALDO BARROS SANTOS	Masculino 14/01/1988	Idade 32	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião 1-CATOLICA
Estado Civil	CPF 108.411.184-50	RG 2955786 SSP PB	Grau de Instrução	Profissão	Fone Residência 985707243	Fone Trabalho	
Filiação	Mãe: MARIA DE BARROS SANTOS	Pai: ADALTON JOSE DOS SANTOS			Complemento Endereço		
Endereço	R. MARIA MOARES, 45 - LAGOA DE ROCA, CAMPINA GRANDE-PB CEP:						
Atendimento	Data/Hora Atend. 71514 09/01/2019 18:44	Data/Hora Prev. 10/01/2019 10:00	Sector 121710-RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CIV	Tipo Atendimento 5-INTERNAÇÃO CIRURGICA			
Médico Atendente	311138-JOSE FELIPE GUEDES			Motivo Atendimento 4-INTERNAÇÃO/URGÊNCIA			
Plano / Convênio	0-PARTICULAR/0-PARTICULAR			Nº CNS			
Posto	POSTO 100			Leito APT-103 1			
Guia	INTERNAÇÃO			*38088*			
Procedimento	121813 POSTO 100 - APTO 103						
Sistema Internação	ACOMODAÇÃO						

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) LUCINALDO BARROS SANTOS, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente para as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico acima.

1) _____
2) _____
3) _____



Responsável: LUCINALDO BARROS SANTOS
Endereço: R. MARIA MOARES, 45 Bairro LAGOA DE ROCA, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 985707243

CAMPINA GRANDE, 09 de Janeiro de 2019

FRANCIANE ARAÚJO PEREIRA
Responsável pelo Atendimento

Franciane F. B. Pereira
LUCINALDO BARROS SANTOS
Responsável pelo Paciente

12/01/19

 Centro Hospitalar João XXIII <small>Sistema de Assistência Social e de Saúde</small> 				
MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100				
PACIENTE	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Jourimais B. Fart 35 Santa				
MATERIAIS				
Frasco para denta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)				
Esparadrapo 20 cm	02			
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm) 30 cm	01			
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)	06			
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento	02			
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de Insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo) 100 ml	01			
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				



Paciente: **Aucimáldo Basso Santos**
Leito: **103-1** Convênio: **Particular** Idade: **32** Registro: **38088**
Cirurgia: **Osteotomia de tempo** Anestesia: **Raqui**
Cirurgião: **Dr. João Felipe Guedes** Anestesista: **Dr. Vanessa**
Instrumentador(a): **André**

Data 11-01-19		Início 16:30h		Término 19:25h	
QTD	MED. ANESTÉSICAS	QTD	MEDICAÇÕES	QTD	FIOS
	ALPENTANILA 5ML #		NEOSTIGMINA 5MG/ML		SONDA POLEY 3V Nº
	ATACURIO 10MG 2.5ML #		NITROGLICERINA 25MG		SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº
01	BUPIVACAÍNA+GLICOSE 0,5% PESADA 4ML		OMEPRAZOL 40MG		SONDA URETRAL Nº
	CETAMINA 50MG 10ML #	01	ONDANSETRONA 4MG 2ML		TORNEIRINHA TRÊS VIAS
	CISATACURIO 10MG 5ML		PROTAMINA 1000UI/ML 5ML		
	CLONIDINA 150MCG/1ML		RANITIDINA 50MG/ML 2ML		ACIPLEX 5W481050X4
	ETOMIDATO 2MG 10ML #		SOLUÇÃO CARDIOLÓGICA 10ML		CERA P/OSSE WAXBIO25B
01	FENTANILA 50MCG 2ML #		SULFATO DE MAGNÉSIO 10% 10ML		ETHIBOND 0 PEVOSA45
	FENTANILA 50MCG 10ML #		SUXAMETONIO 100MG 5ML		ETHIBOND 2-0 PEV202MR22T
	FENTANILA-DROPERIDOL 2ML (MILPERIDOL) #	02	TENOXICAM 20MC		ETHIBOND 2-0 C/AG. 2,0 PEV202MR2D
04	MIDAZOLAM 15MG 3ML #		TROMETAMOL 30MG/ML		ETHIBOND 5-0 C/AG.4,7 PEVS4NTC480
	MIDAZOLAM 50MG 10ML #	002	CLOHEXIDINA ALCOOLICA 10%		LIGA CLIP 100(1201)
01	MORFINA 1MG 2ML #		CLOHEXIDINA UNGUENTO 4%		LIGA CLIP 200(2200)
	MORFINA 0,2MG 1ML #	QTD	MATERIAL	03	MONONYLON 3-0 C/AG.3,0 NL30CT30S3
	NALOXONA 0,4MG 1ML #	02	AGULHA DESC.13X4,5 11		MONONYLON 3-0 C/AG.2,4 NL30CT24S3
	PANCURONIO 2MG 2ML #		AGULHA DESC.25X7,0		MONONYLON 4-0 NL40CT30S3
	PROPOVAN 1% 20ML #	02	AGULHA DESC.40X12 11		POLYCOT 0 C/AG. 3,0 AA0CR30G
	ROCURONIO 10MG 5ML #		AGULHA PERIDURAL Nº		POLYCOT 1 AA0SA45
	SEVOFLURANO 100% 250ML #		AGULHA RAQUE Nº		POLYCOT 2-0 AA20CR30G
	TRAMADOL 100MG 2ML #	03	ATADURA DE CREPOM Nº 15111		POLYCOT 3-0 C/AG.3,0 AA30CR30G
	TRAMADOL 50MG 1ML #		ATADURA GESSADA Nº		PROLENE 4-0 PL402MR22AP
QTD	MEDICAÇÕES		BOLSA COLOSTOMIA 30MM		PROLENE 5-0 PL502MR17AP
	ACIDO TRANEXAMICO 250MG 5ML		BORRACHA SILICONE Nº204 MT		PROLENE 7-0 PL702CR10AP
03	AMINOFLINA 24MG/ML 10ML	01	CATERER P/02		PROLENE 6-0 PL602CR13AP
	AGUA DESTILADA 10ML 111		CATERER PERIDURAL Nº		PROLENE 8-0 SE6680/2-45H
	ATROPINA 0,25MG/ML 1ML	02	CAMPO OPERATORIO GRANDE UND. 11		VICRYL 0 C/AG.4,0 G4091-75H
	BICARBONATO DE SODIO 0,4% 10ML	04	COMPRESSA DE GAZE ENV.C/10UNOS 11		VICRYL 2-0 PGLA20MB48ER
	ESMOLOLO 10MG/10ML		COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO		VICRYL 3-0 C/AG.1,9 PE19303-BH
02	CEFAZOLINA 1GR		DRENO Nº		VICRYL 3-0 C/AG.2,5 ABS30MR26G
02	CEFALOTINA 1GR	05	ELETRODO DESCARTÁVEL		
	CEFTRIAXONA 1GR		EQUIPO MACRO GOTAS C/INJETOR		
	CLORETO DE CÁLCIO 10% 10ML		EQUIPO MICRO GOTAS C/INJETOR		
	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% 10ML		EQUIPO P/ARTROSCOPIA 4VIAS		
	CLORIDRATO DE PAPAVERINA 100MG 2ML	02	ESPARADRILHO em		
	CETOPROFENO 100MG IV		FILTRO P/RESPIR. DOR C/TRAQUEIA		
01	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML	30	FITA MICROPORE em		
02	DIPIRONA SÓDICA 2ML 500MG/ML		GELCO Nº		
	DIMENID+PIRIDOX+GLICOSE+FRUT B6 EV 8L		INTRACATH ADULTO Nº		
	EFEPRINA 50MG 1ML		LAMINA DE DISTEN Nº11		
	ESCOPOLAMINA SIMPLES 20MG 1ML		LAMINA DE DISTEN Nº15		
	ESCOPOLAMINA+DIPIRONA 5ML	01	LAMINA DE DISTEN Nº23		
	EPINEFRINA 1MG/ML 1ML	03	LUVA DE PROCEDIMENTO TAM. Nº		
	FIOTOMEDIONA 10MG/1ML EV	01	LUVA ESTÉRIL Nº6,5		
	FLOXEMIDA 20MG 2ML		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		
	GENTAMICINA 80MG 2ML	02	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		
	GLICOSE 50% 10ML	02	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		
	HEPARINA 5000UI 5ML		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		
	HIDROCORTISONA 100MG		SERINGA DESC.C/AG.1ML		
	HIDROCORTISONA 500MG		SERINGA DESC.C/AG.3ML		
	HISOCOL SOL DE GELATINA 3,5% 500ML	03	SERINGA DESC.C/AG.5ML		
	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% C/VASO	01	SERINGA DESC.C/AG.10ML		
	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% S/VASO		SERINGA DESC.C/AG.20ML		
	LIDOCAÍNA COM VASO 2% 20ML		SERINGA DESC. 60ML SICO LONGO		
	LIDOCAÍNA SEM VASO 2% 20ML		SONDA ENDOTRAQUEAL C/ML Nº		
	METRONIDAZOL 500MG 0,5%		SONDA POLEY 3V Nº		
	METOCLOPRAMIDA 10MG 2ML	02	Algodão 100 p.cm		

SOROS
SF 100ML SF 250ML SF 500ML
SG100ML SG 250ML SG 500ML
SORO RINGER C/LACTATO 500ML

ORTOSE E PROTESE

EQUIPAMENTOS

() Foxmetro pulso () Foco Auxiliar
() Serra () Eletrocautério
() Desfibrilador () Oxímetro
() Foco Focal () Cardiomonitor
() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico

Tempo de Origem: 02 p/mim.

Joelma B. S. Lima

Circulante: 115317900000043850571





Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:

QUARTO/LEITO

DATA ADMISSÃO:

CONVÊNIO

PRONTUÁRIO:

DATA	HORAS	PA(mmHg)	TC	R(frp)	P(bpm)	SPO2	DIETA	DIURESE	FEZES	HGT	V.INSULINA	DRENO	ASS.TEC.ENFERM+COREN
04/01	17h	120x80	—	20	64	97%	20ml	+	—	—	—	—	ASS.TEC.ENFERM+COREN
05-05	22h	120x80	36	20	72	97%	Leite e água	+	—	—	—	—	Verificar sig. G2
10-01	08:00	120x80	36	20	80	—	—	—	—	—	—	—	—
10-01	20:00	120x80	—	—	80	97%	—	—	—	—	—	—	—
11/01	08h	120x80	36	20	58	97%	+	+	+	—	—	—	Verificar sig. G2
11/01	14h	120x80	36	20	76	97%	gummy	+	+	—	—	—	Verificar sig. G2
13-03	22h	120x80	36	20	70	—	gummy	+	+	—	—	—	Verificar sig. G2
12/01	16h	120x80	—	—	—	—	VO	—	—	—	—	—	—

CONTROLE DE OXIGÊNIO

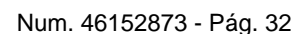
CONTÍNUO ()				CONTÍNUO ()				CONTÍNUO ()				CONTÍNUO ()			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115317900000043850571>

Número do documento: 21072311115317900000043850571

[illegible]

FICHA DE ANESTESIA

ANESTESIOLOGISTA: <u>Damara Sousa G. Nunes</u>		HOSPITAL	DATA
CPF <u> </u>	CRM <u>6536</u>	<u>0000 x x x x</u>	<u>11 10 19</u>
ANESTESIOLOGISTA AUXILIAR:		CONVÊNIO:	
CPF <u> </u>	CRM <u> </u>	<u>Particular</u>	
PACIENTE: <u>Leomuldo Barros Santos</u>		NÚMERO DA CARTEIRA	
		<u> </u>	
IDADE: <u>32</u> SEXO: MAS <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/> APTO. <input type="checkbox"/> ENF. <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/>		GUIA DE INTERNAÇÃO:	
		<u> </u>	
IMC: <u> </u> PESO: <u> </u> ALTURA: <u> </u> ASA: <u>E-II-III-IV-V-VI</u>		SENHA:	
		<u> </u>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Flatulência de Lamezo E</u>		INÍCIO: <u>18:30</u> TÉRMINO: <u>19:30</u>	
		HORÁRIO ESPECIAL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

CIRURGIÃO: Dr. Felipe Guschi^o AUX.: 2^o AUX.: 31/08/2014

CÓDIGOS	PROCEDIMENTOS
1	
2	Osteossíntese de humero
3	
4	
5	
6	
7	
8	

HORA:		MONITORIZAÇÃO			
AG. INAL.	O ₂ 2L/m				<input type="checkbox"/> PAM
					<input checked="" type="checkbox"/> PANI
LÍQUIDOS					<input checked="" type="checkbox"/> ECG
S. Glicosado 5%:	230				<input type="checkbox"/> PVC
S. Fisiológico 0,9%:	220				<input type="checkbox"/> TNM
<input checked="" type="checkbox"/>	210				<input type="checkbox"/> Esteto. Esofágico
Ringer Lactato:	200				<input type="checkbox"/> Esteto. Precordial
Conc. de Hemácias:	190				<input type="checkbox"/> BIS
	180				<input type="checkbox"/> AN. Gase
	170				<input checked="" type="checkbox"/> SpO ₂
	160				<input type="checkbox"/>
	150				<input type="checkbox"/>
	140				
	130				
	120				
	110				
	100				
	90				
	80				
	70				
	60				
	50				
	40				
	30				
	20				
	10				
	0				
TOTAL =	ECG = RS				
OXIMETRIA	100 - 100 - 100				
CAPNOGRAFIA					
	1ª HORA =	2ª HORA =	3ª HORA =	4ª HORA =	T =

DIURESE		1ª HORA	2ª HORA	3ª HORA	DRÓGAS UTILIZADAS
1.	Indometacin 5mg	9.	Alfentanil 50µg	17.	Demerolom 4mg
2.		10.		18.	
3.	Fentanyl 60mg	11.	Hydral 40mg	19.	
4.		12.		20.	
5.	Dilaudid 80mg	13.	Ticarcillin 40mg	21.	
6.		14.		22.	
7.	Moracina p. 18mg	15.	Expiracina 2g	23.	
8.		16.		24.	

Transferido para: <input checked="" type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> APTO. <input type="checkbox"/> ENF. <input type="checkbox"/>		Técnica/ Observações:	
INDUÇÃO <input type="checkbox"/> Endovenosa <input type="checkbox"/> Inalatória <input type="checkbox"/> Intratecal	<input type="checkbox"/> M. LARÍNGEA N°.: _____ SISTEMA <input type="checkbox"/> Aberto <input type="checkbox"/> Fechado <input type="checkbox"/> C/ Absorção	BLOQUEIOS: <input checked="" type="checkbox"/> Raqui-anestesia <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Simples <input type="checkbox"/> Contínua <input type="checkbox"/> Caudal Agulha N° _____ Local de Punção _____ Nível da Anestesia _____ <input type="checkbox"/> Bloco _____	







Centro Hospitalar João XXIII



MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

10-01-19

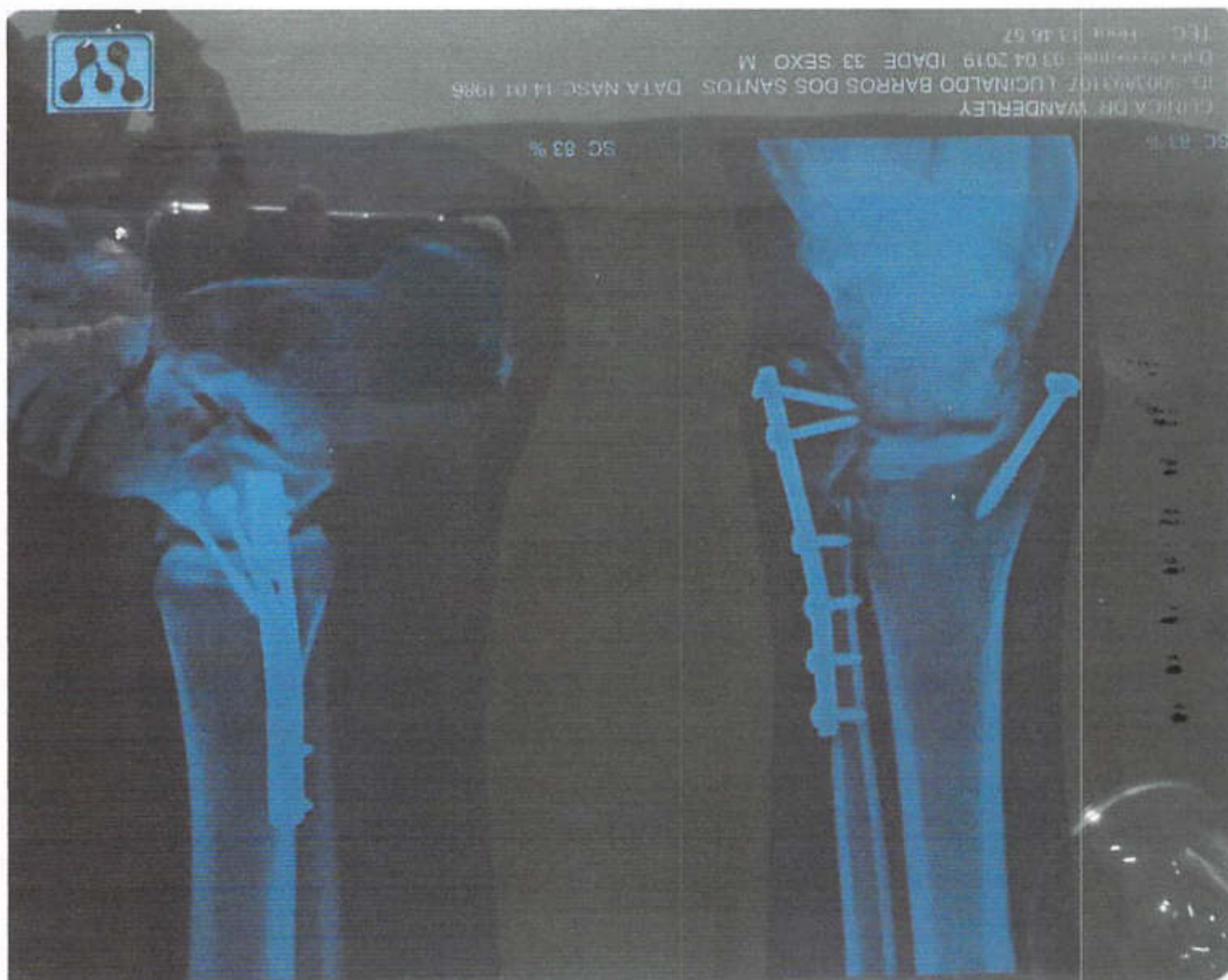
PACIENTE - <i>Luciano Ronaldo Santos</i>		CONVÊNIO		APTO
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para denta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)				
Esparadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento	02	03	01	
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)			06	
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				

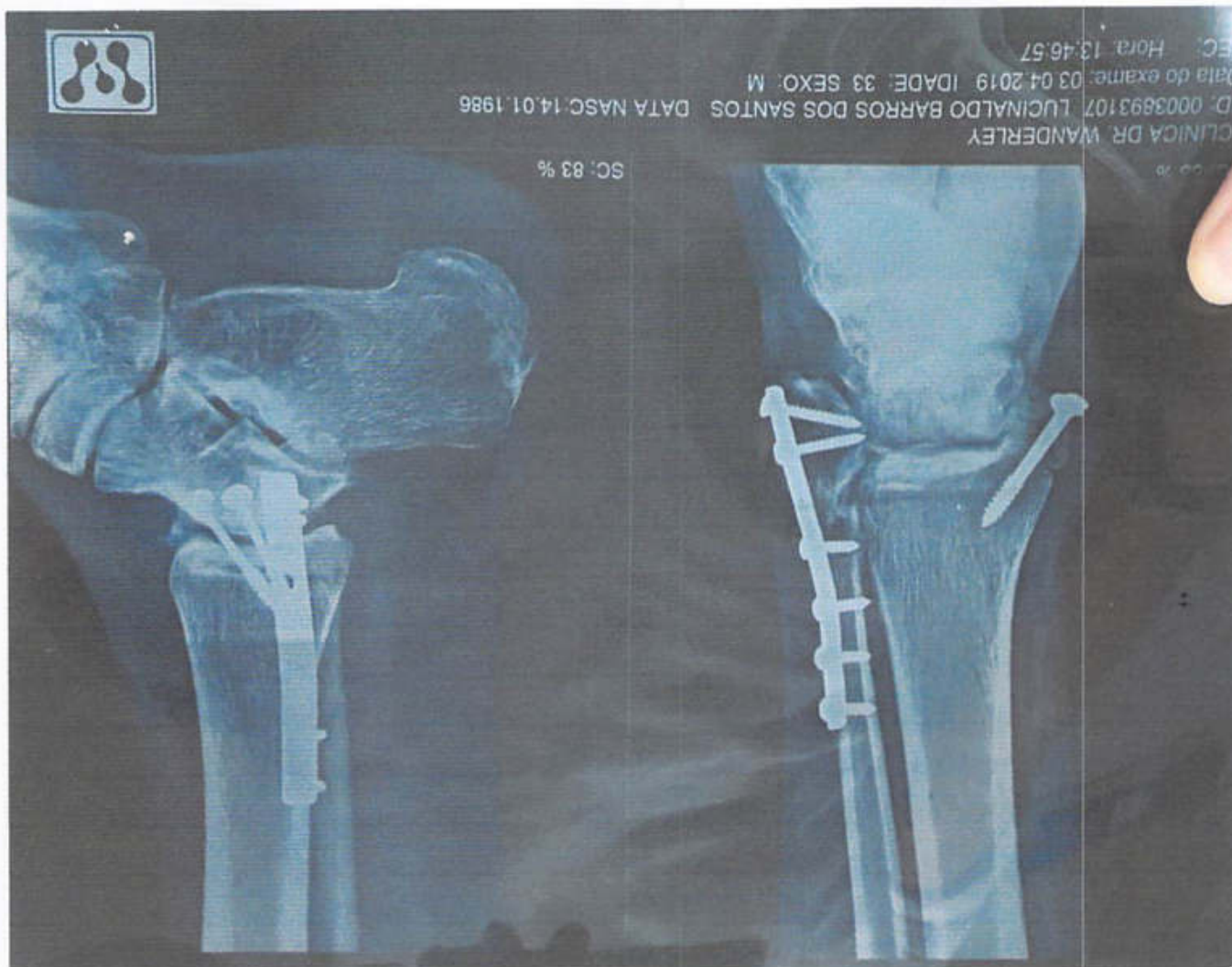


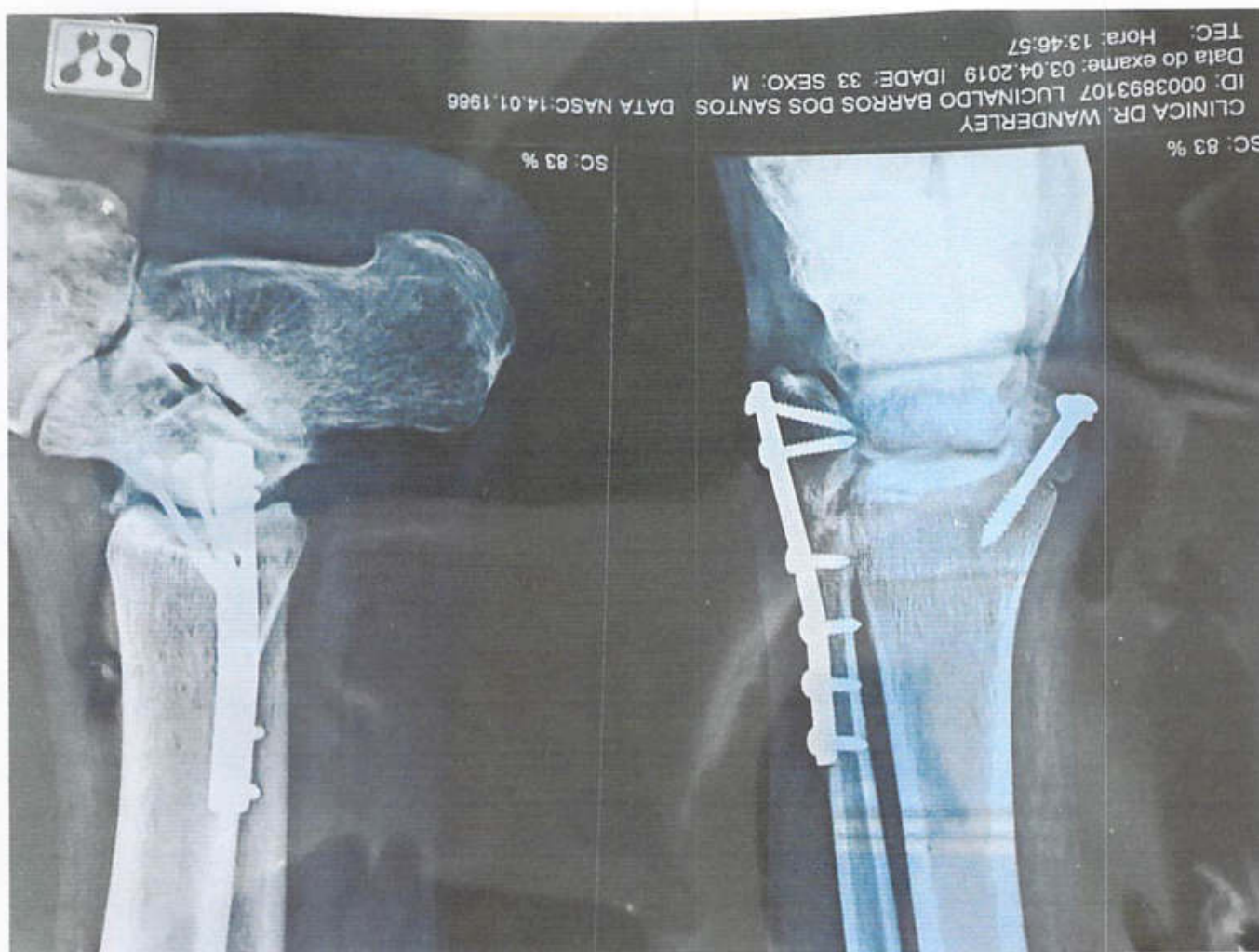
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115317900000043850571>

Número do documento: 21072311115317900000043850571









Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

	NOME: <u>Lucimárcia Bango Santos</u>	LEITO: <u>103</u>
08.03.19 17:00	Paciente foi tratada com analgésicos (ortopedias), eucármica, sem febre, não apresenta sinais de desidratação, mantém-se bem, no momento, segue sob os cuidados de enfermagem.	<u>Germana Rêgo</u> COREN: 119390.
09/03/19	Paciente em EGE, consciente, orientada, eucármica, foi liberada deite durante a noite, por ordem médica, e a mesma fica em jejum pela manhã para realizar procedimento cirúrgico.	<u>Morges de Faria</u> ENFERMEIRA COREN 375.656
10.03.19	Paciente aguarda procedimento cirúrgico em HTE. Consciente, orientada. Diurese e fezes presentes e espontâneas. AVP em HSE. Sem queixas, aos cuidados de enfermagem. Dieta (almoço) foi liberada por ordem médica, para o jantar, segue à noite, aguarda resposta médica.	<u>Renaly Maria Brasileiro</u> COREN-PB 544.646-ENF
10.03.19 14h	Pac. c/ EGE regular, aguardando realizar cirurgia (ortopedias) HTE, segue consciente, orientada, eufórica, eucármica, normotensa, a mesma mantém-se em jejum após almoço, segue sob os cuidados de enfermagem.	<u>Germana Rêgo</u> COREN: 119390.
15h	Pac. e/ dieta liberada pela anestesista, para realizar a cirurgia planejada (11.03) pela manhã, jejum após às 22h.	<u>Germana Rêgo</u> COREN: 119390.
11.03.19	Paciente aguarda procedimento cirúrgico, consciente, orientada, eufórica, eufórica. Sem jejum desde às 22h. Eliminações vesicais e fisiológicas presentes e espontâneas. Com AVP em HSE. Sem queixas, aos cuidados da equipe de enfermagem.	<u>Renaly Maria Brasileiro</u> COREN-PB 544.646-ENF



33103/18

 Centro Hospitalar João XXIII <small>Sistema de Assistência Social e de Saúde</small> 				
MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100				
PACIENTE	CONVENIO			APTO
MATERIAIS	MANHA	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para denta				
Aguilha de Insulina				
Aguilha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Foto sensível (branco/Laranja)				
Espadrappo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento	01	03		
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de Insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115317900000043850571

Número do documento: 21072311115317900000043850571



Servina Raquel A. da Silva Ferraz
COREN-PB 391273-EM





Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



09-12-2021

MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

PACIENTE	CONVÊNIO			APTO
Luizinaldo Soares Santos	Pessoal			103
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para denta				
Aguilha de Insulina				
Aguilha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotosensível (branco/Laranja)				
Esparadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento				
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de Insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
Outros				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115317900000043850571>

Número do documento: 21072311115317900000043850571



Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE: Luizinaldo Barros CONVÊNIO: Particular AP/ENF: LEITO:
 DATA: 11.01.19 CIRURGIÃO: Dr. Felipe Guedes
 1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR:
 3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR: André
 ANESTESISTA: Dr. Samira TIPO DE ANESTESIA: Raqui + inalatório
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de tornozelo

TIPO DE CIRURGIA: Osteossíntese de MIE

USO DO OPME: Sim

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Ok

ACIDENTE CIRÚRGICO: nenhum

RELATÓRIO DE PATOLOGIA: ---

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: Sim

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

DESCRIÇÃO OPME

DESCRIÇÃO DOS ITENS UTILIZADOS E AS RESPECTIVAS QUANTIDADES

- 1) 100ml de solução fisiológica para lavagem
- 2) 100ml de solução fisiológica para lavagem
- 3) 100ml de solução fisiológica para lavagem
- 4) 100ml de solução fisiológica para lavagem
- 5) 100ml de solução fisiológica para lavagem
- 6) 100ml de solução fisiológica para lavagem
- 7) 100ml de solução fisiológica para lavagem

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115317900000043850571
 Número do documento: 21072311115317900000043850571

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE POLÍCIA E SEGURANÇA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

149-D




Lucivaldo B. Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.965.786 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 10/10/2017

NOME LUCIVALDO BARROS DOS SANTOS

FILIAÇÃO ADALTO JOSÉ DOS SANTOS

MARIA DE BARROS SANTOS

NATURALIDADE OLIVEDOS-PB

DOC. ORDEM NASC. N. 1792 FLS. 52/V LIV. N. 3

CARTÓRIO OLIVEDOS-PB

CPF 108.411.184-50

DATA DE NASCIMENTO 14/01/1986

0 +

Lucivaldo B. Santos

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:53

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115317900000043850571

Número do documento: 21072311115317900000043850571





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200151890 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118243/20

Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

CPF: 108.411.184-50

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 07/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUCINALDO BARROS DOS SANTOS : 108.411.184-50

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 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: 20/04/2020
Nome: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS
CPF: 108.411.184-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08168475220208150001

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 **LUCINALDO BARROS DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 21 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:11:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311115457300000043851029>
Número do documento: 21072311115457300000043851029