



Número: **0800232-29.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **14/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE (AUTOR)	GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIBIRICA DE MEDEIROS BARBOSA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37375 948	02/12/2020 14:43	<u>Petição</u>	Petição
37376 551	02/12/2020 14:43	<u>2697305_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
37376 553	02/12/2020 14:43	<u>2697305_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432578800000035663948>
Número do documento: 20120214432578800000035663948

Num. 37375948 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE**

Nº Sinistro: **3180558881**
Vítima: **MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE**
Data do Acidente: **26/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180558881**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

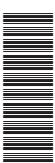
Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13649380

00020425






AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL CPF da Vítima 646.448.124-04 Nome completo da vítima MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE	CPF titular da conta	646.448.124-04	Profissão	SERVIÇOS GERAIS
Endereço	RUA MARIA FERREIRA LEITE	Número	50	Complemento	00999A-1370
Bairro	MANGABEIRA	Cidade	JOÃO PESSOA	Estado	PARAÍBA
Email				CEP	58059-706
				Telefone (DDD)	(83) 9 8733-1642

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0036		8402	4
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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


Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432712200000035663951>
Número do documento: 20120214432712200000035663951

Num. 37376551 - Pág. 3

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08837.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08837.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:01 horas do dia 23 de novembro de 2018, 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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Valderêdo Elpídio dos Santos, Agente de Investigacao, matrícula 1273051, ao final assinado, compareceu **Marcos dos Santos Alexandre**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Serviços Gerais, filho(a) de Geralda dos Santos Alexandre e Jose Antonio Alexandre, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 27/11/1968 (49 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Rua Maria Ferreira Leite, Nº 50, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Perto Psf, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98874-7608.

Dados do(s) Fatos:

Local: Perto do Pão de Açucar, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/06/18 12:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conta que foi atropelado pelo veículo CLIO, cor branca, placas não se recorda; quando trafegava na sua motocicleta HONDA POP 100 ANO 2104, COR VERMELHA, PLACA QFD-8215/PB; Que o condutor do veículo socorreu o noticiante, FATO OCORRIDO no local e horário acima mencionado; Que posteriormente apresentará a placa do veículo causador do acidente; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARERECER A DELEGACIA DA ÁREA A FIM DE QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

ADENDO(S):

Que na data 23/11/2018, à(s) 14:47 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: ONDE LER-SE DATA/HORA: 27/06/18 LEIA-SE: DATA/HORA: 26/06/2018.. Adendo registrado por: Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigacao, matrícula: 1565699.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



Procedimento Policial: 08837.01.2018.1.00.401

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012021443271220000035663951>
Número do documento: 2012021443271220000035663951

Num. 37376551 - Pág. 4

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



João Pessoa/PB, 23 de novembro de 2018.



CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigacao



MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE
Noticiante



Procedimento Policial: 08837.01.2018.1.00.401

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432712200000035663951>
Número do documento: 20120214432712200000035663951

Num. 37376551 - Pág. 5

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima **MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE** CPF da Vítima **646.448.124-01** Data do Acidente **26/06/2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

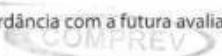
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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


COMPREVA
COMPREVA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

27 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA


Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 809/011, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2114593, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE idade 50 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 26/06/2018, na Av. Guarabira, Bairro: Manaíra - João Pessoa - aproximadamente às 12:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 06 de Setembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
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

Atendido por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

Tempo
01min 36seg



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: 05/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 00000008402-4

Nr. da Autenticação CFB12CB1B8175D1A



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432712200000035663951>
Número do documento: 20120214432712200000035663951

Num. 37376551 - Pág. 8

DANILLO SOUZA DE PAIVA
RUA MARIA FERREIRA LEITE, 50 / OD 211A - LT 270 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58059-708 (AG. 1)

Emissão: 14/08/2018 Referência: Ago / 2018
Classe/Escala: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B230, Km:25 - Cidade: João Pessoa / PB - CEP: 58071-490
Roteiro: B-5-398-ZB6 N° medidor: 00001341984



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.595.163/0101-40 - Insc Est: 16.016.222-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrica N°010.993.200
Cód. para Déb. Automatizado: 00016971127

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	14/08/2018	12/09/2018	367.128.044-0 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1057172-7

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Data			
13/07/18	14/08/18	7806	1	32
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tensão	Valor Base Cál. Alc. (Base R\$) Base Cál. Pe (R\$) Cál. R\$
				Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS
0801	Consumo em kWh	89.000	0.717830	62,57 62,57 25 15,97 62,57 0,89 3,18
0801	Adic. S. Vermelha		8,45	8,45 25 1,81 9,45 0,07 0,32
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIB SERV. ILUM. PÚBLICA		2,81	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 07/2018		0,27	0,03 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805	MULTA 07/2018		1,84	0,63 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018		0,49	0,20 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 78,53 78,32 17,58 70,32 0,78 0,51

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 21/08/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 75,53

Histórico de Consumo (kWh)
52 | 4 | 1 | 6 | 21 | 171 | 173 | 191 | 27 | 4 | 43 | 151
Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18
Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18

RESERVADO 2abc.cbc8.62bd.e72b.742f.fb06.3cb5.f5e5.

E/2018 - Mangabeira		
Indicadores de Qualidade		
Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
300 MENSAL	0,00	NOMINAL
300 TRIMESTRAL	10,68	220
300 ANUAL	20,77	
300 MENSAL	2,23	0,00 CONTRATADA
300 TRIMESTRAL	6,47	LIMITE INFERIOR 200
300 ANUAL	12,55	LIMITE SUPERIOR 221
300	2,54	0,00
300	12,22	
Discrição		
Valor (R\$)		
Gen- pos da Est. da Energia PB	18,85	22,20
Comissão de Energia	24,57	31,27
Serviço de Transmissão	2,58	3,42
Exigências Setoriais	4,87	6,18
Honorários Diretos e Indiretos	27,08	35,83
Outras Gêneros	0,00	0,00
Total	78,53	100,00

Faturas em atraso

COMPRE SECURIS FIDUCIÁRIA S/A

27/07/2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ATENÇÃO
- Leitura confirmada

VENCIMENTO 21/08/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 75,53

83690000000-8 75530149000-8 10571722018-7 08000005019-7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432712200000035663951

Número do documento: 20120214432712200000035663951

Num. 37376551 - Pág. 9

oi



|||||

CTC RECIFE PE PL6
ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS
RUA PROF CORINA MARIA RABELO 28
JOSE AMERICO ALMEIDA
58073-270 - JOAO PESSOA - PB



7213512820 26988 00004314393 30 200418



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432712200000035663951>
Número do documento: 20120214432712200000035663951

Num. 37376551 - Pág. 10

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 491.464.754/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.448.124/04, do sinistro de DPVAT cobertura INTIMAL/DEZ da Vítima MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.448.124/04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Profº - CORINA MARIA RABELO</u>	Número	<u>28</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>JOSE AMERICO DE ALMEIDA</u>	Cidade	<u>JOAO PESSOA</u>	Estado	<u>PARAIBA</u>
E-mail	<u>ADEGILSONSEGUROS@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(83)99375-5759</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83)98713-1642</u>

João Pessoa de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

Nº PDI 001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432712200000035663951>
Número do documento: 20120214432712200000035663951

Num. 37376551 - Pág. 11



36.

CERTIDÃO

Nº. 1429/2018

Atendendo solicitação de **MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 139821 pertencentes o requerente que foi atendido dia 26/06/2018 às 13H33min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em joelho e punho esquerdos.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de platô proximal esquerdo + rádio distal esquerdo. Encaminhado para outro órgão hospitalar.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883







Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1090773



Identificação do paciente

ID 1301159	Nome MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE			Sexo Masculino
Data de nascimento 27/11/1968	Idade 49 anos 6 meses 30 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe GERALDA DOS SANTOS ALEXANDRE	Pai JOSE ANTONIO ALEXANDRE			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANA PAULO SANTOS DE LIMA - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988550372	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1281317	Nº Crs		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE		UF PB	
Email	Naturalidade CBO/R			

Endereço

CEP 58059245	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARIA ISABEL RIBEIRO
Número 4516	Complemento	Bairro MANGABEIRA	

Admissão

Data e Hora 26/06/2018 18:37:26	Número da pulseira 1000059889990	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	COMPREV SECURIS PREVIDÊNCIA S/A		
27/06/2018			

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

*Perde sangue na / acidente de moto / segue
desambulante para Urtipedia / segue*

*Welma Carla G. Andrade
E. Ferreira
COREN-PB 223.661*

*PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA*

*Diagnóstico
Conduta futura segue ab
entrega*

*CID
Tempo
01min 36seg*

Imprimir

26/06/2018 18:39

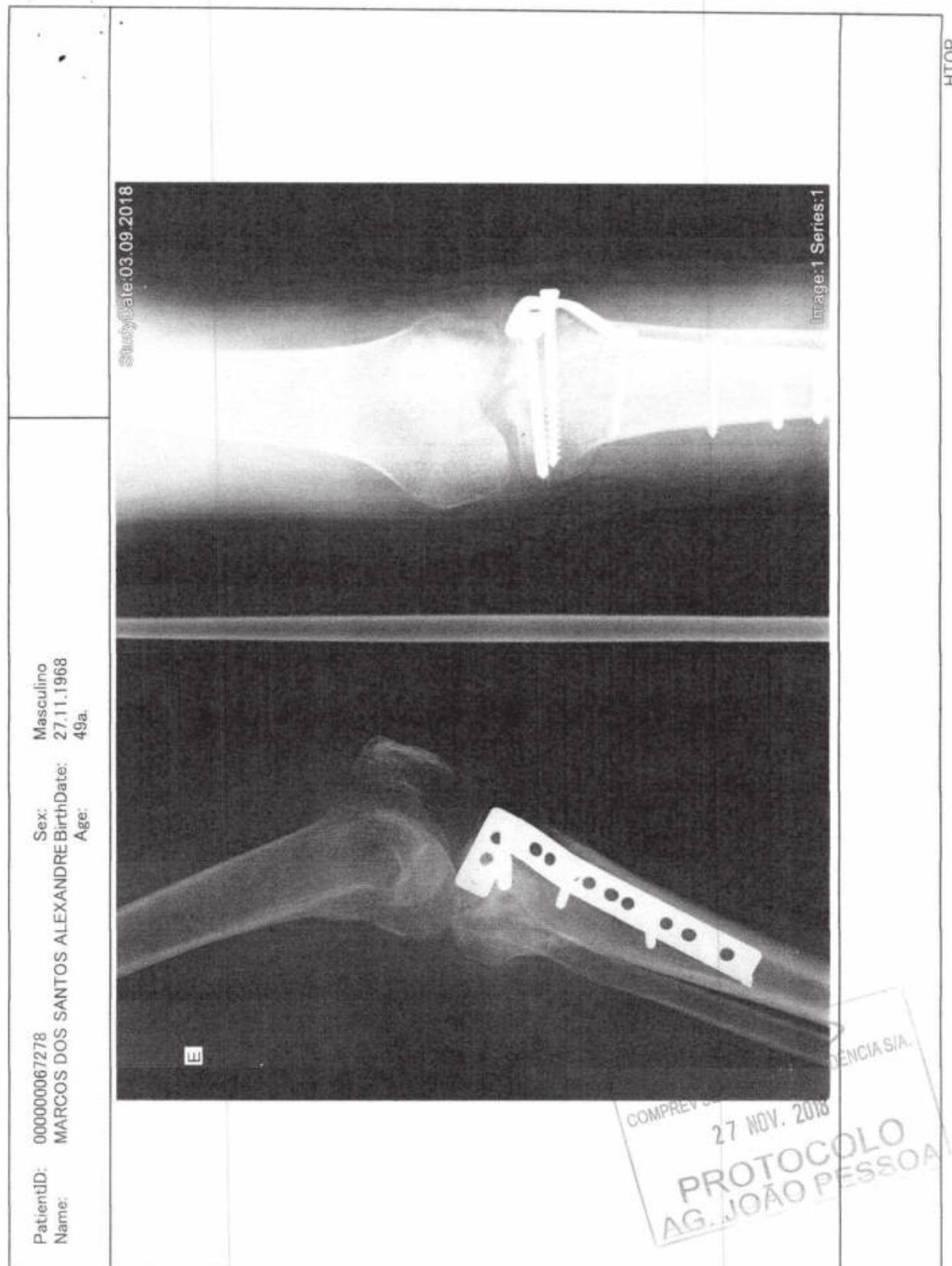


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27

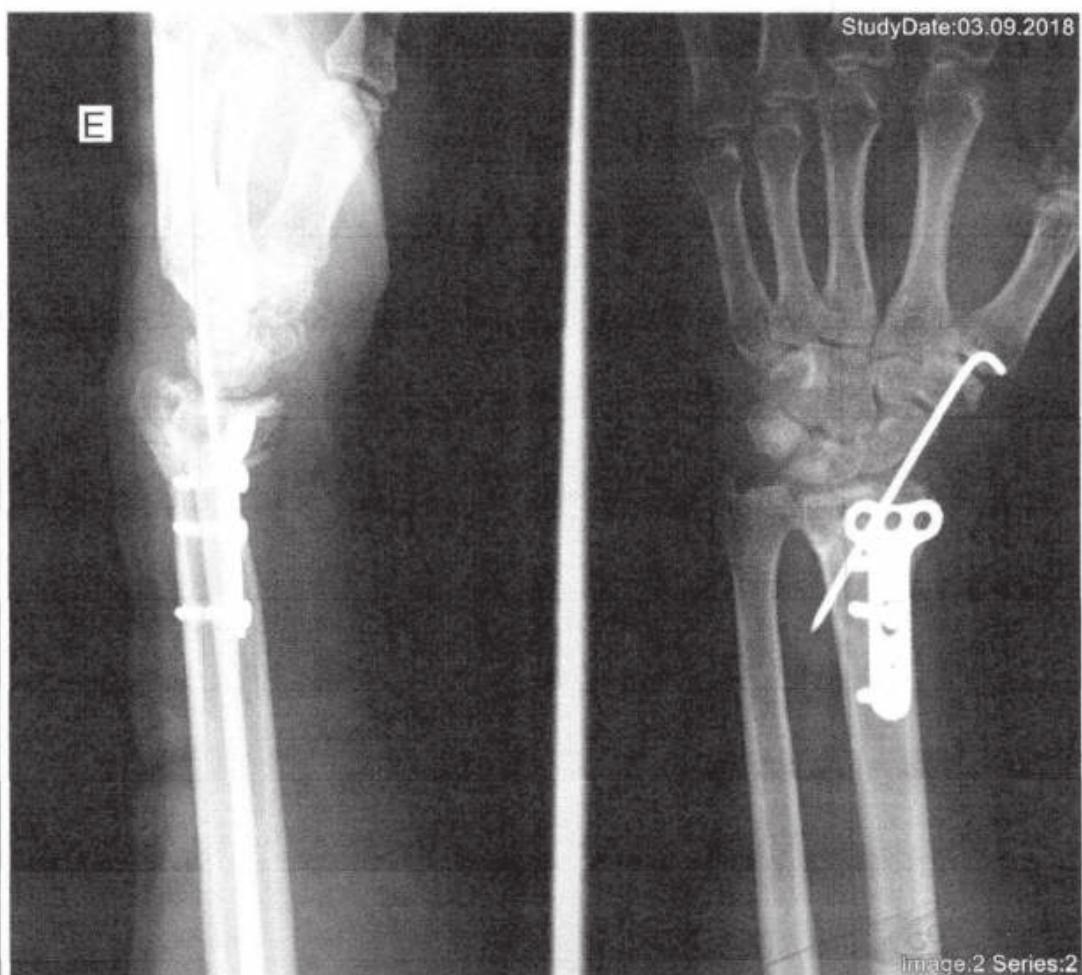
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432712200000035663951

Número do documento: 20120214432712200000035663951

Num. 37376551 - Pág. 14



PatientID:	000000067278	Sex:	Masculino
PatientName:	MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE	BirthDate:	27.11.1968
		Age:	49a.



HTOP



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432712200000035663951>
Número do documento: 20120214432712200000035663951

Num. 37376551 - Pág. 16



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HOSPITAL SÃO LUCAS

NOME: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE BE/PRONTUÁRIO 1090773
IDADE: 49 SEXO: MASC FEM COR: DATA: 08/08/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

CIRURGIÃO: DR KARTNEY 1º ASS: DR ROBERTO ALMEIDA
2º ASS: DR PACELLI 3º ASS: MR FRANCINELIO
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO COM PLACA BLOQUEADA EM L E PARAFUSOS BLOQUEADOS E CORTICAIS</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: J. Francisco Freitas DATA: 08/08/2018

J. Francisco Freitas
Médico
CRM PB 9603
NS 703404579057801

COMPREV
COMPROSEGURSE PREVIDÊNCIA S/A
27/08/2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nº E-SNCL

NOME:	MARcos DOS SANTOS ALEXANDRE			BE/PRONTUÁRIO	1090773
IDADE:	49	SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	COR:	DATA: 04/07/2018
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA			EMP:	LR:
CIRURGIA:	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO				
CIRURGIAO:	DR. MILTON BARBOSA	1º ASS:	DR PACELLI		
2º ASS:	MR1 FRANCINELIO	3º ASS:			
INSTRUMENTADOR:				ANESTESISTA:	DRA. SOCORRO
TIPO DE ANESTESIA:	BLOQUEIO	HORÁRIO	INÍCIO:	TÉRMINO:	

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

DESCRIÇÃO:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

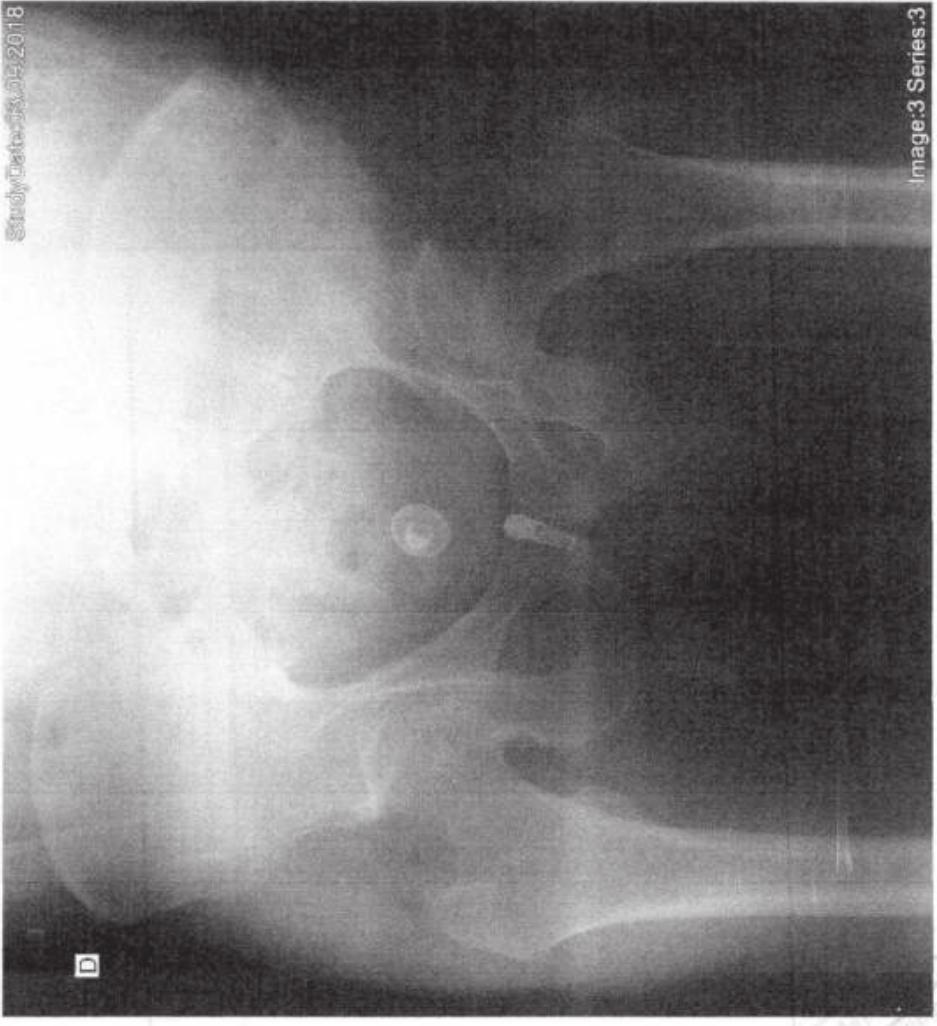
Dr. Francinello Pires
Médico
CRM-SC 9603
CNS 203404579057800

DATA:

04/07/2018

COMPREV
27 NOV. 2018
PROTOCOLO
AGUOAO PES-04



PatientID: 000000067278	Name: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE	Sex: Masculino	BirthDate: 27.11.1968
Name:	Age: 49a.		
 <p>Study Date: 30.09.2018</p> <p>Image:3 Series:3</p>			
			
HTOP			



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 04/07/18

PRONTUÁRIO: 1090773

PACIENTE: <u>Marcos dos Santos Almeida</u>		SEXO: <u>M</u> COR: <u>BR</u> IDADE: <u>49</u>																														
PRESSÃO ARTERIAL PULSO <u>140/80</u>		RESPIRAÇÃO <u>16/min</u> TEMPERATURA <u>36,5°C</u> PESO <u>75kg</u>																														
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRURGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO																														
EXAMES COMPLEMENTARES <u>UPL</u>																																
AP. RESPIRATÓRIO <u>RR 16, BTP 15, SIF 50</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>RR 60, BT 100, SIF 55</u>																														
AP. DIGESTIVO <u>Normal</u>		ESTADO MENTAL <u>COFE</u> DROGAS EM USO																														
PRÉ-ANESTÉSICO <u>Normal</u>		DOSE /HORA <u>Normal</u> ESTADO FÍSICO (ASA) <u>II</u>																														
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>fx Rádio distal (E)</u>																																
CIRURGIA REALIZADA <u>Tto esôngrafo de fx de Rádio distal (E)</u>																																
CIRURGIÃO <u>Dr. H. H. Tavares</u> AUXILIARES <u>Dr. Pocelli</u>																																
INÍCIO DA ANESTESIA <u>14:00h</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>15:18h</u> DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>105min</u>																														
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH. VALORES R\$																														
ANESTESISTA <u>Dr. Corrêa, Dr. Blom (R)</u> CPF		CRM-PB <u>6012</u>																														
<table border="1"> <tr> <td>AGENTE ANESTÉSICO</td> <td><u>14:00h</u></td> <td><u>15:00h</u></td> </tr> <tr> <td>026</td> <td colspan="2"><u>Normal</u></td> </tr> <tr> <td>LÍQUIDOS VENOSOS</td> <td colspan="2"><u>RH</u> <u>RH</u></td> </tr> <tr> <td>O PIBO</td> <td colspan="2"><u>Normal</u></td> </tr> <tr> <td>200-250 U/HORA</td> <td colspan="2"><u>Normal</u></td> </tr> <tr> <td>PARTE RESPIRATÓRIA X</td> <td colspan="2"><u>Normal</u></td> </tr> <tr> <td>ANESTÉSICO X</td> <td colspan="2"><u>Normal</u></td> </tr> <tr> <td>ANOTACOES</td> <td><u>R5</u> <u>72</u></td> <td><u>H5</u> <u>77</u></td> <td><u>R3</u> <u>99</u></td> </tr> </table>			AGENTE ANESTÉSICO	<u>14:00h</u>	<u>15:00h</u>	026	<u>Normal</u>		LÍQUIDOS VENOSOS	<u>RH</u> <u>RH</u>		O PIBO	<u>Normal</u>		200-250 U/HORA	<u>Normal</u>		PARTE RESPIRATÓRIA X	<u>Normal</u>		ANESTÉSICO X	<u>Normal</u>		ANOTACOES	<u>R5</u> <u>72</u>	<u>H5</u> <u>77</u>	<u>R3</u> <u>99</u>					
AGENTE ANESTÉSICO	<u>14:00h</u>	<u>15:00h</u>																														
026	<u>Normal</u>																															
LÍQUIDOS VENOSOS	<u>RH</u> <u>RH</u>																															
O PIBO	<u>Normal</u>																															
200-250 U/HORA	<u>Normal</u>																															
PARTE RESPIRATÓRIA X	<u>Normal</u>																															
ANESTÉSICO X	<u>Normal</u>																															
ANOTACOES	<u>R5</u> <u>72</u>	<u>H5</u> <u>77</u>	<u>R3</u> <u>99</u>																													
<p>ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RACHIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input checked="" type="checkbox"/> BLOQ PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ NERVO <input type="checkbox"/> OUTROS</p> <p>Volume em ml MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><u>esfogolim-2g</u></td> <td><u>11</u></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><u>Dexametasona-10mg</u></td> <td><u>12</u></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><u>midolam 25mg</u></td> <td><u>13</u></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td><u>fentanil-100mcg</u></td> <td><u>14</u></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td><u>Naclorpi-500-100-20ml</u></td> <td><u>15</u></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td><u>Tulbocaina 0,5%-2ml</u></td> <td><u>16</u></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td><u>Dipirona-2g</u></td> <td><u>17</u></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td><u>endotrach-8mg</u></td> <td><u>18</u></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td><u>Elomidina-150mg</u></td> <td><u>19</u></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td><u>lidocaina 2% 10ml-15ml</u></td> <td><u>20</u></td> </tr> </table> <p>27 NOV 2008 PROTÓCOLO AG 10401303</p> <p>RESPARVIAZ IMPORTANTE</p> <p>paciente monitorizado, com DTE, antiissepsia, hibiquina de plexo laringeal (E) via intubação rígida + cpr, com apneia, Bloq + BEP a 0,5mEq e infusão de 0,9% (E) serm interconfinado</p> <p>Funcomonitorado e levar estrela e sem queixas PA = 165x90 FC = 55 SpO2 = 95% em AB</p> <p>Gramato - 14:15h às 15:18h.</p>			1	<u>esfogolim-2g</u>	<u>11</u>	2	<u>Dexametasona-10mg</u>	<u>12</u>	3	<u>midolam 25mg</u>	<u>13</u>	4	<u>fentanil-100mcg</u>	<u>14</u>	5	<u>Naclorpi-500-100-20ml</u>	<u>15</u>	6	<u>Tulbocaina 0,5%-2ml</u>	<u>16</u>	7	<u>Dipirona-2g</u>	<u>17</u>	8	<u>endotrach-8mg</u>	<u>18</u>	9	<u>Elomidina-150mg</u>	<u>19</u>	10	<u>lidocaina 2% 10ml-15ml</u>	<u>20</u>
1	<u>esfogolim-2g</u>	<u>11</u>																														
2	<u>Dexametasona-10mg</u>	<u>12</u>																														
3	<u>midolam 25mg</u>	<u>13</u>																														
4	<u>fentanil-100mcg</u>	<u>14</u>																														
5	<u>Naclorpi-500-100-20ml</u>	<u>15</u>																														
6	<u>Tulbocaina 0,5%-2ml</u>	<u>16</u>																														
7	<u>Dipirona-2g</u>	<u>17</u>																														
8	<u>endotrach-8mg</u>	<u>18</u>																														
9	<u>Elomidina-150mg</u>	<u>19</u>																														
10	<u>lidocaina 2% 10ml-15ml</u>	<u>20</u>																														
ASSINATURA DO ANESTESISTA																																
F.(NO) ASCIR 026-1																																

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012021443271220000035663951>
Número do documento: 2012021443271220000035663951

Núm. 37376551 - Pág. 20



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEB 1000

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
ANTIBIOTICO PROFILAXIA	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
VIA DE ACESSO VOLAR PARA RADIO DISTAL	
DIVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS	
HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO	
Conduta:	
REDUÇÃO ABERTA DA FRATURA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA 3X3 FUROS + PARAFUSOS	
CORTICAIS SOB AUXILIO DE ESCOPIA	
FIXAÇÃO DE ESTILOIDE DO RADIO COM FIO DE KIRSHNER	
LIMPEZA COM SF	
Fechamento:	
CURATIVOS	
RX DE CONTROLE	
IMOBILIZAÇÃO EM TALA LUVA.	
Observação:	

Médico/CRM:

João Pessoa,

04/07/2018

reitas
2018-04-04 14:45:1603
9067800



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE		Marcos dos Santos Alexandre							
IDADE	49	SEXO	M	DATA	10/07/18	ESTADO	SC		
CIRURGIA	M. Cirúrgica Fratura de Radio distal E								
CIRURGIAO	Dr. Millan Alex Dr. paralle								
ANESTESIA	Bloqueio								
ANESTESISTA	Dr. Cimila								
INSTRUMENTADOR	Cidene								
DATA	04/07/18	TIPO CIRURGICO	ANESTESIA	INICIO	14:00	CIRURGIA	INICIO	15:30	Cirurgia - 14:20
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	ASA 1 (ASA 1) ASA 2 (ASA 2) ASA 3 (ASA 3) ASA 4 (ASA 4)							15:15	
GRAL DE CONTAMINACAO (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)									
MEDICACOES ANESTESICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.			
ALFENTANILA			JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°				
BUPIVACAINA ISOBARICA			JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°				
BUPIVACAINA PESADA			JELCO N°22		FIO DE AÇO N°				
CETAMINA	SRL 500	OK	JELCO N°24		FIO DE AÇO N°				
DROPERIDOL	E.F 500	OK	KIT SIST DREN TORANICA N°		FIO DE NYLON N°	2.0	L		
ETOMIDATO	SOLUÇOES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°				
FLONOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°				
FENTANILA	PVPI DETERGENTE	OK	LÂMINA BISTURI N°20		FIO POLIGLACTINA N°	1	L		
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°				
ISOFLURANO	PVPI TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°				
EVOBUPIVACAINA C. VASO	SABAO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°				
EVOBUPIVACAINA S. VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO N°				
LIDOCAINA C. VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTERIL N°7,0	L	FIO POLIPROPILENO N°				
LIDOCAINA S. VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTERIL N°7,5	L	FIO POLIGLECAPRONE N°				
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	L	LUVA ESTERIL N°8,0	□	FIO SEDA N°				
MORFINA	AGULHA 40X12	L	LUVA ESTERIL N°8,5		FITA CARDIACA				
NIMBRUM	AGULHA PERIDURAL N°10		MASCARA CIRURGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.			
PANCURONIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC				
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	1	CIMENTO CIRURGICO				
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°10		CLIP TITÂNIO LIGADURA				
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21	OK	FIO DE KIRSCHNER N°	5	paciente		
ROCLURONIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER				
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°				
SUXAMETONIO	ATADURA DE CREPOM	L	SERINGA 10ML	L	GRAMPEADOR CIRURGICO				
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	1	HEMOST ABSORVIVEL				
MEDICACOES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		KIT DERIVA VENTRICULAR				
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOESTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		PROTESE VASCULAR				
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		KIT PAM				
ATROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		FIXADOR EXTERNO				
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		EMPRESA				
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		TMC				
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		PARAFUSOS CORTICAIS N°	16			
IRONA SODICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	OK	PARAFUSOS CORTICAIS				
LEDRINA		COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSO				
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO				
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS MALEOLAR				
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR				
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCAO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA				
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	OK	OK	PLACA				
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		3.5				
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			EQUIPAMENTOS				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			ASPIRADOR				
PROTAMINA		ESPONHA DE PVPI	FIOS	QTD.	CISTURI ELETTRICO				
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK		CAPNOGRAFO				
Cloridina	1	GAZES	OK		CARDIOMONITOR				
		GAZES ALGODOADAS	OK		DESIBRILADOR				
		GEL ELETROLITICO	OK		FOCO AUXILIAR				
		JELCO N°14			FOCO CENTRAL				
		JELCO N°16			MICROSCOPIO				
		LAP	OK		OXIMETRO DE PULSO				
		ANTEBRACCIO	OK		PIA INVASIVA NAO INVASIVA				
		BAND RACHA	OK		PERFURADOR ELETTRICO				
					SERRA				
					CIRCULANTE				
Agrupar de plexo A 100 - B - Braun									
Cronograma Nôtron COREN-SC 237.234-TE FING-ASCR 021-2									



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: BRUNO DE
LUNA ROMA
Em: 04/08/2018 14:06:20

Paciente		Boletim de Atendimento 1090773	Data/Hora Entrada 26/06/2018 18:37:26	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/11/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 109563
Tempo de Internação	Convênio SUS			Plantão DIURNO

Evolução Médica (BRUNO DE LUNA ROMA - 04/08/2018 14:06:09)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

ORTOPEDIA#

HD:FRATURA DE PLANALTO TIBIAL

PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS E OU INTERCORRENCIAS EM LEITO COMUM DE ENFERMARIA
 AGUARDA PARECER DA CARDIOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA
 AO EXAME: BEG, NORMOCORADO, BOA PERFUSAO DISTAL, BOA CONDIÇÕES DE PELE
 CONDUTA: REMARCAR CIRURGIA.

Seção: HTOP - APARTAMENTO 05 Leito: LEITO 02
 Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA


 Número Conselho: 10075


Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Pernambuco, Dr.
Henrique Leal

GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 02/08/2018 17:16:45

Paciente		Solem de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE		1090773	20/08/2018 18:37:26	
Data de nascimento 27/11/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 109563
Tempo de Internação		Corrimento SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 02/08/2018 17:04:04)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

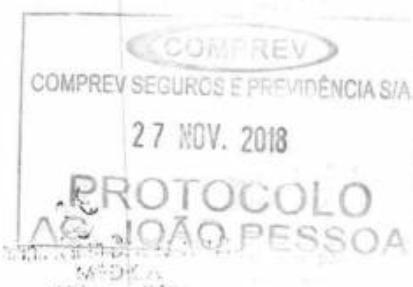
cirurgia suspensa devido horário.

cd: vpm

staff: dr arão + dr lauri + dr thalles seabra

Seção: HTOP - APARTAMENTO 05 Leito: LEITO 02
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012021443271220000035663951>
Número do documento: 2012021443271220000035663951

Num. 37376551 - Pág. 24



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

T3



Impresso por: MARCIA
FERNANDA DE ALMEIDA
GADELHA
Em: 29/06/2018 17:38:16

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE		1090773	26/06/2018 18:37:26	
Data de nascimento 27/11/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 109563
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA - 29/06/2018 16:38:01)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

clinica medica

paciente com cirurgiaagendada para o dia 02-07 , sem queixas . apresenta ecg em anexo sem sinais de isquemia porem sem risco cirurgico presente ; exames de laboratorio de 27-06 com leuco de 15200 sem antibioticoterapia .

conduta : inicio ceftriaxona , exames de laboratorio recentese aguarda risco cirurgico

Seção: HTOP - TRANSICAO Leito: LEITO 03

Profissional responsável pela informação: MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA

Número Conselho: 4416



SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES
<i>H.T.O.F</i>				
Identificação do Paciente		5 - NOME DO PACIENTE		6 - N.º DO PRONTUÁRIO
		<i>Marco dos Santos Alexandre</i>		<i>1090773</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
		/ /		Male <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - N.º DO TELEFONE
		DDD / / / /		000 / / / /
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE, MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
				000 / / / / / / / /
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - QTD DE		
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTD DE		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTD DE		
<i>ORTHO LIFE</i>		38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO		
<i>Cx. 4,5 PLACQUETADA PLACA 4,5 PLACQUETADA 4x6 ENL 01 PLACQUETADA N.º 32 - 01 PLACQUETADA N.º 70 - 01 PLACQUETADA N.º 28 - 01 PLACQUETADA N.º 46 - 01 PLACQUETADA N.º 44 - 01 PLACQUETADA N.º 38 - 01 PLACQUETADA N.º 70 - 01 PLACQUETADA N.º 28 - 01</i>		<i>27 NOV 2010 01</i>		
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
		<i>09/10/10</i>		
41 - DOCUMENTO		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF			
43 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
<i>DR. SUELIO MOREIRA TORRES</i>				
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF			
49 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
<i>CNS 10/10/10</i>				



Nota de Sala Cirúrgica



DATA	09/10/07	MONITORIO	ENFERMAGIA	LEITO	10:05/02
CLÍNICA	HOSPITAL	DR. FRANCIA	DR. PLATO	DR. TIBIAZ	+ ENXERGUE ESSO
CLÍNICA	DR. KASCHUB	+ DR. PASCOTTI	+ DR. GONÇALO ALMEIDA		
ANESTESIA	DR. GONÇALO				
ANESTESISTA	DR. GONÇALO				
INSTRUMENTADOR	DR. GONÇALO				
DATA	09/10/07	TIPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO	FINA	CIRURGIA INICIO	15:10h
TIPO DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	ASA 2 CASA 3 CASA 4 ASA 5				
CRM DE CONTAMINAÇÃO: (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALIMENTANTE	RL	L JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAINA ISOBARICA		L JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAINA PESADA		L JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA		L JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DRUPRIDOR		KIT SIST DRES TORANICA N°		FIO DE NYLON N°	2-0
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 10%	QTD. LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP DEGERMANTE	QTD. LÂMINA BISTURI N°23		FIO DE NYLON N°	
FLUMAZENIL	PVP TINTURA	QTD. LÂMINA BISTURI N°24	L	FIO POLIGLACTINA N°	
FRANCO	PVP TOPICO	QTD. LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
BUPIVACAINA C VASO	SABÃO ANTISEPTICO	QTD. LÂMINA DE ENNERTO		FIO POLIGLACTINA N°	
BUPIVACAINA S VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	01C	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA C VASO	AGULHA 23X4,5	QTD. LUVA ESTERIL N°7,0	L	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S VASO	AGULHA 25X07	QTD. LUVA ESTERIL N°7,5		FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	QTD. LUVA ESTERIL N°8,0		FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	QTD. LUVA ESTERIL N°8,5		FITA CARDIACA	
NIMBILUM	AGULHA PERIDURAL N°16	QTD. MASCARA CIRÚRGICA	01C	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	QTD. MÚLTITAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	QTD. PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	L AGULHA RAQUI N°25G	QTD. SCALP N°14		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	QTD. SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCI CRÔNICO	AGULHA RAQUI N°27G	QTD. SERINGA 3ML	01C	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFELURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	QTD. SERINGA 5ML	01C	FIO STEINMAN N°	
SUMANETONIO	ATADURA DE CREPOM	QTD. SERINGA 10ML	01C	FIO STEINMAN N°	
TRIPONTAL	ATADURA GESSADA	QTD. SERINGA 20ML	01C	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA P. COLOSTOMIA	QTD. SONDA ASP TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSURVIEL	
ADRENALINA	CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	QTD. SONDA ASP TRAQUEAL N°10		KIT DÉRIV. VESTRÍCILAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÉNIO	QTD. SONDA ASP TRAQUEAL N°12		PROTÉSE VASCULAR	
ATROFOPINA	CATETER EMBOLIC ARTERIAL N	QTD. SONDA ASP TRAQUEAL N°14	27 NOV	KIT PAI	
BENTRA	CATETER EPIDURAL N°16	QTD. SONDA ASP TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CELAZOLINA	L CATETER EPIDURAL N°17	QTD. SONDA FOLEY 2VIAS N°12		01C	
METASODA	L CATETER EPIDURAL N°18	QTD. SONDA FOLEY 2VIAS N°14		PARAFUSOS CORTICAS N°33	
INA SODICA	L CERA PARA OSSO	QTD. SONDA NASOG CURTA		PARAFUSOS CORTICAS N°34	
INA	COLET URINA FECHADO	QTD. SONDA NASOG LONGA		PARAFUSOS CORTICAS N°35	
ROSEMINA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	QTD. SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS CORTICAS N°36	
GLICOSE 5%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	QTD. TORNEIRINHA		PARAFUSOS CORTICAS N°37	
GLU CONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	QTD. TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS CORTICAS N°38	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCÇÃO	QTD. TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS CORTICAS N°39	
LIDOCAINA GELEIA	ELETRODOS	QTD. TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS CORTICAS N°40	
ONDASENTROVA	EQUIPO MACROGOTAS	QTD. TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL	EQUIPO TRANSF SANGUE			PLACA 45 M. BUEAM	
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			EM 0	
PROTAMINA	ESPONJA DE PVP	QTD. FIOS	QTD.	EQUIPAMENTOS	
TENONIAN	ESPARADRAPO	QTD. FIO ALGODÃO S/A N°		1 ASPIRADOR	
	GAZES	QTD. FIO ALGODÃO S/A N°		1 BISTURI ELETRICO	
	GAZES ALGODOADAS	QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		1 CAPNOGRAFO	
	GEL ELETROLITICO	QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		1 CARDIOMONITOR	
	JELCO N°14	QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		1 DEFIBRILADOR	
	JELCO N°16	QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		1 FOCO A XILAR	
		QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		1 FOCO CENTRAL	
		QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		1 MICROSCOPIO	
		QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		1 OXIMETRO DE PULSO	
		QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		1 P.A. INVASIVA/OLIGOVASO	
		QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		1 PERFURADOR ELETTRICO	
		QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		1 SERRA	
		QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		CIRCULANTE	

PERFURADOR ELÉTRICO
SERRA
CIRCULANTE
Merlin Chaves
Técnico Enfermagem
SCEN-PR-911.375





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 08/06/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Marcos dos Santes Alencar

SEXO: M

IDADE: 49

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 90/60 mmHg RESPIRAÇÃO 18/Min TEMPERATURA 36,5°C PESO 70kg GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PESSÍMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PESSÍMO

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO NDN

AP. CIRCULATÓRIO NDN

AP. DIGESTIVO NDN

ESTADO MENTAL Consciente, baixíssimo DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO

DOSE HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)
III

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de Pedi + colo C + fractura sacra

CIRURGIA REALIZADA Hr cirúrgico

CIRURGÃO Dr. Hartney

AUXILIARES Dr. Roberto

INÍCIO DA ANESTESIA 10:45

TÉRMINO DA ANESTESIA 13:00

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTÉSISTA

CPF

CRM-PB

ANESTESIA	10:45	11:45	12:00				
O ₂							
N ₂ O							
IGUOIS VENOSOS	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
● PULMÃO ● CEREBRO	220	200	180	160	140	120	100
● PULMÃO ● CEREBRO X PERTURBAÇÕES HEMOSTÓICAIS	140	110	110	110	110	110	110
● PULMÃO X CEREBRO X PERTURBAÇÕES HEMOSTÓICAIS	110	110	110	110	110	110	110
ANOTADAS	→ Pedi + colo → Pedi + sacro → Pedi + sacro	→ Pedi + sacro → Pedi + sacro					

ANESTESIA GERAL RAQUIDANA EPIDURAL BLOQ PLEXO BLOQ NÉRVOOS OUTROS Sedação

TÉCNICA: INTRAVENOSA INTRATRACHEAL INTRAMUSCULAR INTRACRANIANA INTRAVENOSA + INTRATRACHEAL

DESTINO DO PACIENTE: APTO ENFERMÁRIA UTI RESIDÊNCIA OUTROS: URPA

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Paciente com DDA, venoclisis percutânea em 100 ml, securat 015 ml, apes, em níveis, esofágico, crural e clávico, colo de ferro, 100 ml de sangue anticoagulado em 100 ml, LRG, sialomínia, injeção de 50 ml de apes, DDA.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
1	Ketorolac 0,5mg
2	Tetrahexil 120mg
3	Troponina C 1000 UI
4	Metformina 0,5g
5	Levofloxacina 250mg
6	Dipirona 250mg
7	Naloxona 0,01mg
8	Acetaminofeno 2000mg
9	Cloridrato de cetoconazol 250mg
10	Propofol 100mg

ASSINATURA DO ANESTÉSISTA

J. S. de Souza Santos
Médico Socio Profissional CRM 1822
Anestesiologista SCIR 026-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

DR. F. S. M. L.

Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
PASSAGEM DE FAIXA DE SMASH ESTERIL	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
VIA DE ACESSO ANTERO-LATERAL E POSTERO-MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO	
DIVULSÃO, AVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS	
CUIDADOS DE HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO	
FORMAÇÃO DE CALO ÓSSEO	
COMUNIÇÃO METAFISARIA, COM FRAGMENTOS DESVITALIZADOS.	

Conduta:
CALOCLASIA
REDUÇÃO CRUENTA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA E AUXILIO DE ESCOPIA
APOSIÇÃO DE PLACA BLOQUEADA LATERAL EM L 4X6 FUROS E FIXADA COM PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS.
REDUÇÃO CRUENTA DO PLATO MEDIAL
REVISÃO DA HEMOSTASIA
LAVAGEM COM SF 0,9%.

Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTEREIS
Observação:
GARROTE RETIRADO COM 2 HORAS
IMOBILIZAÇÃO TIPO JONES
RX DE CONTROLE

Médico/CRM:

Dr. Fábio S. M. L.
Médico
CRM PB 9609
CNS 703404579057801

João Pessoa,

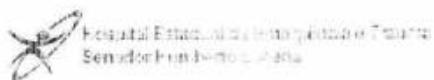
08/08/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432712200000035663951>
Número do documento: 20120214432712200000035663951

Num. 37376551 - Pág. 29

Cruz Vermelha Brasileira

GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: (83) 32165700

Cel: 2778696

PESSOAL	BAE	Data/Hora Entrada	Data Beleza
JARALO DOS SANTOS ALEXANDRE	1090773	26/06/2018 18:37:26	
DATA DE NASCIMENTO	Idade	Sexo	Telefone do Contato
17/11/1988	49a 8m 30d	Masculino	(83) 988550372
MÉS			
JARALO DOS SANTOS ALEXANDRE			
Endereço	Bairro	Município	UF
MARIA ISABEL RIBEIRO, 4516	MANGABEIRA	JACO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEÍCULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LLIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	3637/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
26/06/2018 18:37:26		26/06/2018 18:51:29	

Chamnese

ORTOPEDIA

PACIENTE ENCAMINHADO DO TRAUMINHA COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
ESQUERDO E 1/3 DISTAL DO RÁDIO

CONDUTA:

- 1- INTERNO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO
- 2- SOLICITO RAIORAFIAS DO JOELHO E PUNHO ESQUERDO
- 3- SOLICITO PRE OPERATÓRICO

ORTA

2- LUXE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V., 8/8H. (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir:

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir:

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTS/M)

Diluir:

CIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA SUBLINGUAL, ACM. SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU
PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTS/M)

ENDOCAPIRINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

SALICÍLICO 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 20,0 ML VIA E.V., ACM. 0,0 (MGTS/M) SE NECESSÁRIO SE
PAIN. (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTS/M)

CETOCOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

Este documento foi assinado eletronicamente por SUELIO MOREIRA TORRES em 02/12/2020 14:43:27

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HCP 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HCP				2 - CNES
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE Marcos dos Santos Alexandre 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 11 - TELEFONE DE CONTATO 12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - COD. IBGE: MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1090713 9 - SEXO Masculino 11 - TELEFONE DE CONTATO 12 - N.º DO TELEFONE 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - COD. IBGE: MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL 23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - QTD 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTD 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTD 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF 42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Francinelli Pfeifer Médico CRM FB 9603 CNS 703404579057800				
PROFISSIONAL SOLICITANTE 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF 42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Francinelli Pfeifer Médico CRM FB 9603 CNS 703404579057800				
AUTORIZAÇÃO 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432712200000035663951>
Número do documento: 20120214432712200000035663951

Num. 37376551 - Pág. 32



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432712200000035663951>
Número do documento: 20120214432712200000035663951

Num. 37376551 - Pág. 33

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB **Nº 014202337871**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 0100882154-0 00/00000000 2018

004 NOME
MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

006 CPF / CNPJ 64644812404 PLACA QFD8215/PB

006 PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2HB0210ER454257

006 ESPECIE / TIPO PAS / MOTOCICLE / NAO APIIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

006 MARCA / MODELO HONDA / POP100 ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

006 CAP / POT / CIL 2 P/97 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

006 COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I 00/00/0000 1^º
P FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2^º
V ***** 0 3^º
A

006 PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 08/10/2018

006 OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

006 JOÃO PESSOA - PB LOCAL 22/11/2018 DATA
41581 33294

DETRANRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014202337871 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 22/11/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 64644812404 PLACA QFD8215/PE

RENAVAM 01008821540 MARCA / MODELO HONDA / POP100

ANO FAB. 2014 CAL/ARTE 9 N° CHASSI 9C2HB0210ER454257

PRÉMIO TARIFÁRIO

FINS (R\$) BENTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA 08/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.609/0001-04

33294-0907196-20181122

COMPREV. SECUR. 27/11/2018
PROT. 0907196-20181122
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180558881 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE **Data do acidente:** 26/06/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM RÁDIO DISTAL ESQUERDO.
FRATURA EM PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER,PLACA E PARAFUSOS- PUNHO ESQUERDO.
TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- PLATÔ TIBIAL ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO E JOELHO ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO E JOELHO ESQUERDOS.

Documentos complementares:
Observações:

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE	
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	
PROFISSÃO:	SERVICO GERALIS	
IDENTIDADE:	CPF:	5.281.317 SSP/PIB 646.448.124-04
ENDEREÇO:	RUA MARIA FERRAGRIA LOPES, 50 100 211-A-1 370 MANGABEIRIA JOAO PESSOA/PB CEP: 58069-706.	

OUTORGADO

NOME: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO	
IDENTIDADE: 1.169.247 - SSDS/PB	CPF: 491.464.754-00
ENDEREÇO: RUA PROF: CORINA MARIA RABELO N. 28 BAIRRO , JOSÉ AMERICO DE ALMEIDA- JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58073270 -FONES (83) 98892-3276 (83) 99195-1719.	

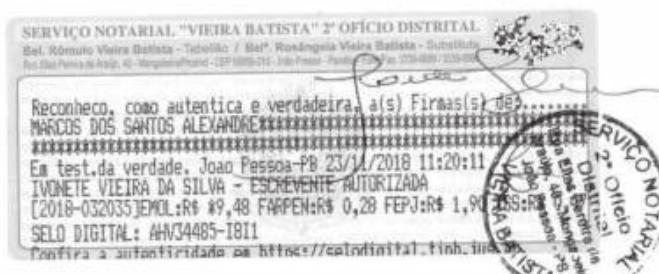
Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

JOÃO PESSOA, 23 de NOVEMBRO de 2018.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429386/18

Vítima: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

CPF: 646.448.124-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/06/2018

Titular do CPF: MARCOS DOS SANTOS
ALEXANDRE

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS : 491.464.754-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE : 646.448.124-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2018
Nome: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS
CPF: 491.464.754-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432712200000035663951>
Número do documento: 20120214432712200000035663951

Num. 37376551 - Pág. 37



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08002322920198152003

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 **MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE**, 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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte 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.joaoportoadvocados.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:43:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012021443282500000035663952>
Número do documento: 2012021443282500000035663952

Num. 37376553 - Pág. 1

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, 30 de novembro de 2020.

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 - 02/12/2020 14:43:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214432825000000035663952>
Número do documento: 20120214432825000000035663952

Num. 37376553 - Pág. 2