



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
37375948	02/12/2020 14:43	<a href="#">Petição</a>	Petição
37376551	02/12/2020 14:43	<a href="#">2697305_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
37376553	02/12/2020 14:43	<a href="#">2697305_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



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

Pag. 00849/00850 - carta\_01 - INVALIDEZ



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: 646-448-124-04 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	<u>MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE</u>		CPF titular da conta	<u>646-448-124-04</u>	Profissão	<u>SERVIÇOS GERAIS</u>	
Endereço	<u>RUA MARIA FERREIRA LEITE</u>		Número	<u>50</u>	Complemento	<u>00331A-T370</u>	
Bairro	<u>MANGABEIRA</u>	Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>	Estado	<u>PARAIBA</u>	CEP	<u>58059-706</u>
Email						Telefone (DDD)	<u>(83)98733-1642</u>

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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. 0036 D/V 8402 D/V 4  
(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome PROTEÇÃO NRO. 27 NOV. 2018  
AGÊNCIA NRO. PROTEÇÃO D/V PROTEÇÃO D/V PROTEÇÃO  
(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa 24 de NOVEMBRO de 2018  
Local e Data

Marcos dos Santos Alexandre  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017









**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 Elpidio dos Santos, Agente de Investigação, 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 Açúcar, 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 COMPARECER 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 Investigação, 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



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



**POLÍCIA  
CIVIL**  
P A R A Í B A



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

João Pessoa/PB, 23 de novembro de 2018.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE  
Noticiante



Procedimento Policial: 08837.01.2018.1.00.401

2/2



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

646.448.124-04

Data do Acidente

26/06/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

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

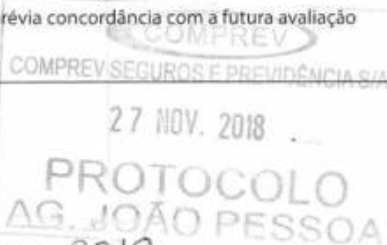
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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



João Pessoa, 27 de novembro de 2018  
Local e Data

Marcos dos Santos Alexandre

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 58058-900  
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 (Ortotrauma - 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

*[Handwritten signature]*  
Imprimir

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: 000000008402-4

---

---

Nr. da Autenticação CFB12CB1B8175D1A



DANILLO SOUZA DE PAIVA  
RUA MARIA FERREIRA LEITE, 50 / QD 211A, J7 370 - MANGABERA  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58059-708 (AQ: 1)

Emissão: 14/08/2018 Referência: Ago / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa PB - CEP 58071-690  
Roteiro: B-5-398-2280 Nº medidor: 00001341984

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.086.100/0001-40 Inscrição: 16.015.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica 17610 812 200  
Cód. para Deb. Automático: 00016571727

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/1057172-7

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 13/07/18 Leitura: 7819	Data: 14/08/18 Leitura: 7806	1	88	32

Demonstrativo									
QD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat.	Alig.	Imposto (R\$)	Base Calc.	Pot. (R\$)
Tributos Totais (R\$)									
Tributos Totais (R\$)									
0601	Consumo em kWh	88.000	0.717830	63,57	83,57	25	15,97	83,57	0,89
0601	Adic. S. Vermelha			8,45	8,45	25	1,81	9,45	0,32
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIB SERV. ILUM. PÚBLICA			3,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 07/2018			0,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 07/2018			1,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018			0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 78,53 78,32 17,58 70,32 0,78 2,51

Média últimos meses (kWh): 39  
VENCIMENTO: 21/08/2018  
TOTAL A PAGAR: R\$ 75,53

Histórico de Consumo (kWh)

52	4	1	2	6	21	171	173	191	27	4	43	151
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.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
RIC MENSAL	10.18	0.00	NOMINAL
RIC TRIMESTRAL	20.77		220
RIC ANUAL	2.23		
RIC MENSAL	0.47	0.00	CONTRATAÇÃO
RIC TRIMESTRAL	12.26		LIMITE SUPERIOR
RIC ANUAL	2.64		221
RIC	12.22	0.00	

Disseminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	16,85	22,30
Compra de Energia	24,37	32,27
Serviço de Transmissão	2,58	3,42
Encargos Setoriais	4,87	6,45
Impostos Diretos e Encargos	27,08	35,95
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	75,53	100,00

Valor do EL 50 (Ref. 6/2018): R\$ 11,38

Letra confirmada

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV SEQUEBES FIDUCIÁRIA S/A  
27 DE JUL 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

PARAIBÁ  
Roteiro: B-5-398-2280  
Matrícula: 1057172-2018-03-0

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



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





**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 ROBESON 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 INVALIDEZ 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 Profª CORINA MARIA RABELO</u>		Número	<u>28</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>JOSE AMERICO DE ALMEIDA</u>	Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>	Estado	<u>PARAIBA</u>	CEP
E-mail	<u>ADEGILSONSEGUROS@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(83)99375-3739</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83)98713-1642</u>

João Pessoa, de novembro de 2018  
Local e Data

Adegilson Robeson dos Santos  
Assinatura do Declarante

Nº 001 V001/2017



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 Buritty, 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 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, dato 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

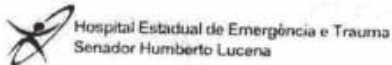
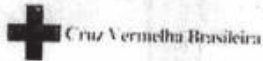




# LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÃO DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE	XXXXXXXXXX
DADOS DE NASCIMENTO	XXXX/XX/XX
NOME DA MÃE	XXXXXXXXXX
OPERATÓRIO	XXXXXX
DADOS E RAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N°	XXXXXX
N° PRONTUÁRIO	XXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	XXXX/XX/XX
HORA DO ATENDIMENTO	XX:XX
INICIO DO ATENDIMENTO	XXXX/XX/XX
DIAGNÓSTICO (S)	XXXXXX
EXAME(S) REALIZADO(S)	XXXXXX
EXAME(S) SOLICITADO(S)	XXXXXX
TRATAMENTO	XXXXXX
DATA DA EMISSÃO	XXXX/XX/XX
ALTA HOSPITALAR	XXXX/XX/XX





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
Mãe GERALDA DOS SANTOS ALEXANDRE	Religião	Prontuário
Escolaridade	Pai JOSE ANTONIO ALEXANDRE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988550372	Responsável (Parentesco) ANA PAULO SANTOS DE LIMA - ESPOSO(A)
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	DDD Fixo	Fone Fixo
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Nº Cns	
Email	Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
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	Clinica	
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	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

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

Para segue o acidente de moto segue  
lançamento para o tratamento segue  
conduta futura segue sub

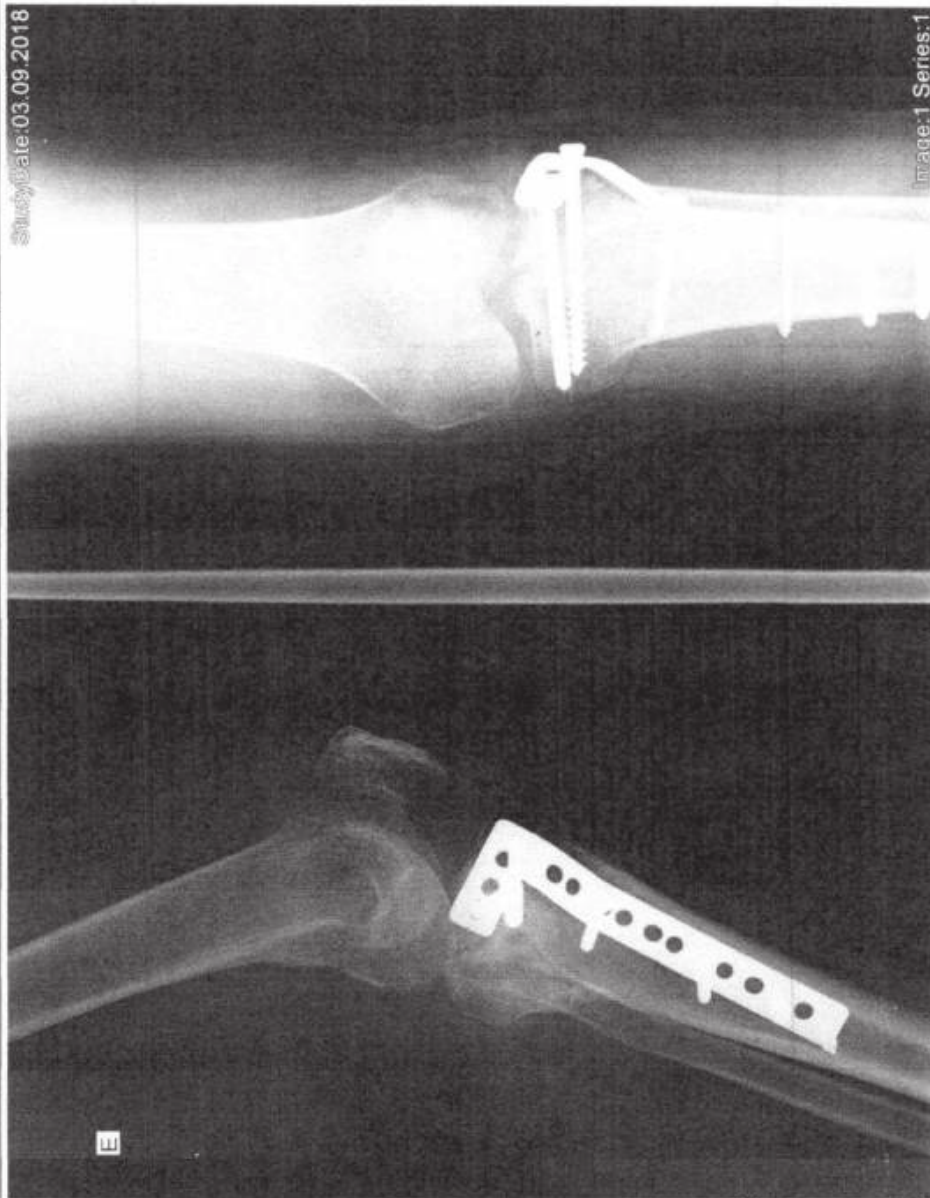
Diagnóstico	CID
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA	Tempo 01min 36seg

Imprimir

26/06/2018 18:39



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



COMPRESSÃO  
27 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

HTOP



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



CC  
COMPREV SE  
27 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

HTOP





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

PJE 08/08/2018

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
<b>FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO</b>	

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

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:

DATA: **08/08/2018**

Dr. Francisco Freire  
Médico  
CRM PB 9603  
INS 703404579057801

COMPREV  
COMPRO SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
27 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







## RELATÓRIO DE CIRURGIA

MUESNII

NOME: **MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE** BE/PRONTUÁRIO **1090773**  
IDADE: **49** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **04/07/2018**  
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:  
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO**  
CIRURGIÃO: **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
<b>FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO  
DESCRIÇÃO:  
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

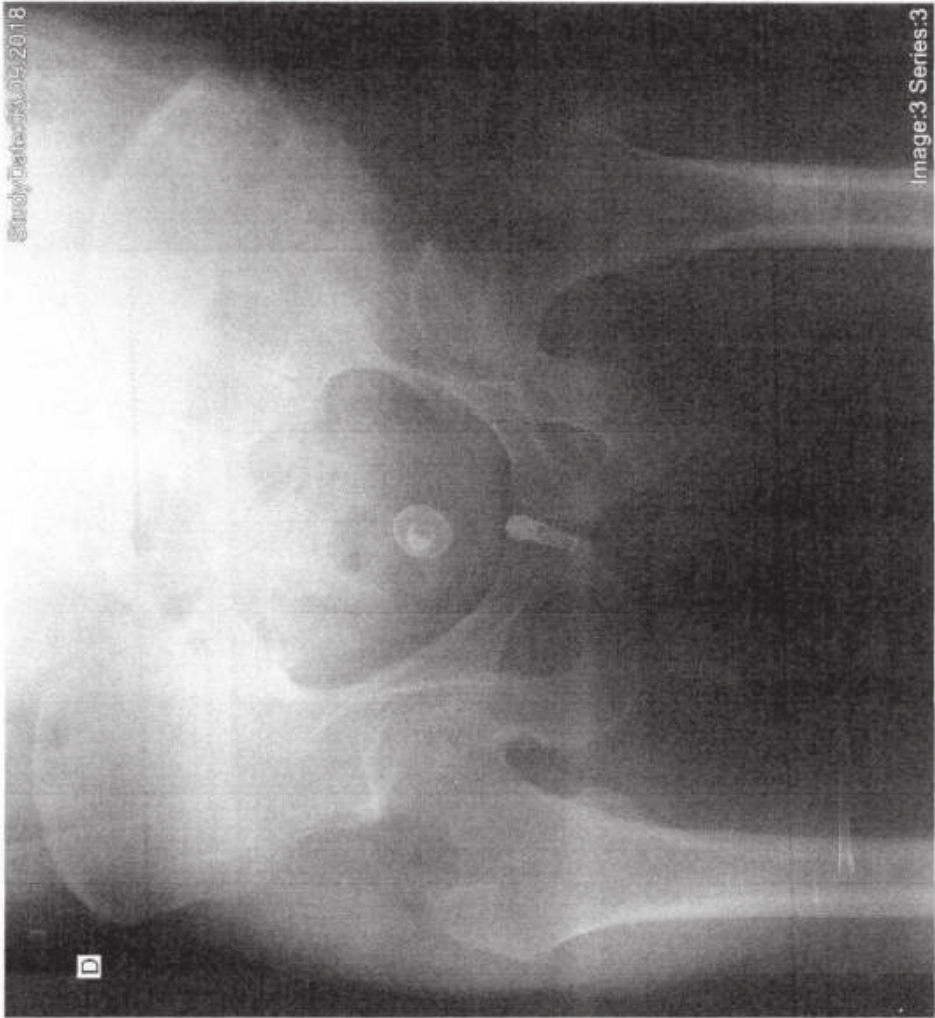
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:  
☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA  
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. Francinello F. P. 255  
CRM-FS 9603  
CNS 703404579057800

DATA: **04/07/2018**



<p>PatientID: 000000067278  Name: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE</p>	<p>Sex: Masculino  BirthDate: 27.11.1968  Age: 49a.</p>	 <p>Study Date: 15.09.2018  Image: 3 Series: 3</p>
---	---	---

HTOP

COMPROVAÇÃO DE PREVENÇÃO  
27 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 04/07/18

PRONTUÁRIO: 1090773

PACIENTE: Marcos dos Santos Alexandre SEXO: M COR: IDADE: 49

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO 18/min TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES URE

AP. RESPIRATÓRIO 110/80/18, 51 RR

AP. CIRCULATÓRIO RC 2T, BNF, 55

AP. DIGESTIVO Jejum

ESTADO MENTAL COTÉ

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA Sem

II ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fx Rádio distal (E)

CIRURGIA REALIZADA Tto cirúrgico de fx de Rádio distal (E)

CIRURGIÃO Dr. Hilton

AUXILIARES Dr. Pacelli

INÍCIO DA ANESTESIA 14:00h

TÉRMINO DA ANESTESIA 15:15h

DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h 15min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA Dr. Cordeiro, Dr. Elcio (R), CPF

CRM-PB 60422



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOQ PLEXO ☐ BLOQ NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA: Solto; prelo, mantendo paciente; 14h e procedimento checado e revisado; venoclise prévia controlada

LIQUIDOS: Volume em ml

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	efegolico-2g																			
2	Desaratoxona-10mg																			
3	clonitazem-2,5mg																			
4	fentamil-100mg																			
5	Roacup-500-20ml																			
6	lidocaina 0,5%-20ml																			
7	Diprino-2g																			
8	endonefrone-8mg																			
9	clonitazem-150mg																			
10	lidocaina 2% 0,5%-15ml																			

DESTINO DO PACIENTE

☐ APT\* ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☒ OUTROS UPP

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

paciente monitorizado, em DTE, antissepsia, bloqueio do plexo braquial (E) via intravenosa + oxigênio com capnômetro + BIP 0,55ml e injeção de 0,1ml - sem intercorrências

Encaminhado à UPP estável e sem queixas PA=165/90 FC=55 SpO<sub>2</sub>=95% em RA

Germate: 14:15h às 15:15h

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. (NO) ASCIR 026-1



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nº 123456

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
ANTIBIOTICOPROFILAXIA
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO VOLAR PARA RADIO DISTAL
DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO
Condução:
REDUÇÃO ABERTA DA FRATURA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA 3X3 FUIROS + 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

Freitas  
RE03  
19067800

COMPREV  
COMPREV SECURUS PREVIDENCIARIA  
27 NOV 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: **Marcos dos Santos Alexandre**  
 IDADE: **49A** BE **1090773** INTERMEDIÁRIO: **T.C.3**  
 CIRURGIÃO: **Dr. Milhena** Dr. **Parvelli**  
 ANESTESIA: **Blockeio**  
 ANESTESISTA: **Dr. Camila**  
 INSTRUMENTADOR: **Gislene**  
 DATA: **04/07/18** TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: **14:00** FIM: **15:30** Cirurgia - **14:20**  
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST): **ASA 1**  
 GRAL DE CONTAMINAÇÃO: **1** LIMPA **1** CONTAMINADA **1** INFECTADA **1** POTENCIALMENTE CONTAMINADA **15:15**  

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	<b>SRL 500</b>	JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL	<b>S.F. 500</b>	KIT SIST DREN TORANICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	<b>SOLUÇÕES</b>	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
ETNOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVPÍ DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°20		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVPÍ TINTURA	LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVPÍ TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
EVOLUPIVACAÍNA C VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
EVOLUPIVACAÍNA S VASO	MATERIAIS	QTD.		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C VASO	AGULHA 13X4,5			FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S VASO	AGULHA 25X07			FIO POLIGLACTAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08			FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12			FITA CARDIACA	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MASCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFLUADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		HEMOST ABSORVIVEL	
ADRENALINA	CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA	CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		KIT PAM	
BENTRA	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOXINA	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		TMC	
IRONA SODICA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS N° 46	
EFEDRINA	COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FLUOREMIDA	COMPRESSAS CIRURGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRURGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE			CR 3.5	
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPÍ	FIOS	QTD.	ASPIRADOR	
TENOXICAN	ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S A N°		BISTURI ELÉTRICO	
Clonidina	GAZES	FIO ALGODÃO S A N°		CAPNOGRAFO	
	GAZES ALGODÓADAS	FIO ALGODÃO C A N°		CARDIOMONITOR	
	GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C A N°		DEFIBRILADOR	
	JELCO N°14			FOCO AUXILIAR	
	JELCO N°16			FOCO CENTRAL	
	LAP			MICROSCOPIO	
	ANTEBRACC			OXÍMETRO DE PULSO	
	SAND RAQUEO			P.A. INVASIVA	
				PERFLUADOR ELÉTRICO	
				SERRA	
				CIRCULANTE	

Agulha de plexo A100 - B - Braun

Cleomara M. Nobrega  
COREN-PR 317.234-76  
FUNG ASCIR 021-3







Cruz Vermelha Brasileira

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

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

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

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

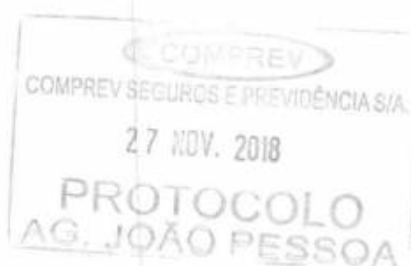
ORTOPEDIA#

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



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

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

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

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

## EVOLUÇÃO

#### PROCEDIMIENTO:

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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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

T3



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

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

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

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

clínica médica

paciente com cirurgia agendada para o dia 02-07, sem queixas, apresenta ecg em anexo sem sinais de isquemia, porém sem risco cirúrgico presente; exames de laboratório de 27-06 com leuco de 15200 sem antibioticoterapia.

conduta: início ceftriaxona, exames de laboratório recentes e aguarda risco cirúrgico

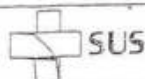
Seção: HTOP - TRANSICAO Leito: LEITO 03

Profissional responsável pela informação: MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA

Número Conselho: 4416







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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. 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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - CTOE

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CTOE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CTOE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cx. 4,5 PLACUENTA  
PLACA 4,5 PLACUENTA 4x6 em L.O.  
PRÓTESIS (Nº 38 - 01) PRÓTESIS  
CORTICAL (Nº 44 - 01) PRÓTESIS  
PRÓTESIS ESPERMICO R32 Nº 70 - 01

27 NOV 2012  
PROTOCOLO  
Nº 32 - 01  
Nº 70 - 01  
Nº 44 - 01  
Nº 28 - 01

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF





Nota de Sala Cirúrgica



**PACIENTE:** MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE  
**DATA:** 09/07/18  
**ENFERMEIA:** JF 05/02  
**LEITO:** 11-1002  
**PROCEDIMENTO:** FRATURA DE PÉ TIBIAL + ENXERTO ÓSSEO  
**DR. RESPONSÁVEL:** DR. KATZUNO + DR. PASCOLI + DR. ROBERTO ALMEIDA  
**ANESTESIA:** RAQUIE  
**ANESTESISTA:** DR. SOCORRO SOUZA  
**INSTRUMENTADOR:**  
**DATA:** 09/08/18  
**INÍCIO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO:** 11:00h  
**FIM:** 13:00h

**INDI. DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST):**  
 ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)

**GRUPO DE CONTAMINAÇÃO:** (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

MEDICACÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	1	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORANICA Nº		FIO DE NYLON Nº	2-0
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	0
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ETANOL		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
BUPIVACAÍNA C VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
BUPIVACAÍNA S VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C VASO		LUVA ESTERIL Nº7,5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S VASO		LUVA ESTERIL Nº7,5		FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
MIDAOLOAN	1	LUVA ESTERIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	1	LUVA ESTERIL Nº8,5		FITA CARDIACA	
NIMBIVIM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCIOLÓXIO		MULTIPLAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	L	SCALP Nº14		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCIOLÓXIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SENAVETONIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
THOPENTAL		SERINGA 20ML		GRANDEADOR CIRÚRGICO	
MEDICACÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		HEMÓST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DÉRIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CETAZOLINA	L	CATETER EPIDURAL Nº17		PARAFUSOS CORTICAIS Nº33	
METASONA	L	CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS Nº24	
INSULINA SODICA	L	CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS Nº23	
ELASALINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS Nº32	
FLORSEIMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS CORTICAIS Nº70	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS CORTICAIS Nº70	
GEL CONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS CORTICAIS Nº70	
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA 45X10X0,8 4X6	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		( ) ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		( ) BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		( ) CAPNOGRAFO	
TENONICAN		GAZES		( ) CARDIOMONITOR	
CLONIDINA	1	GAZES ALGODOADAS		( ) DESFIBRILADOR	
		GEL ELETROLÍTICO		( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº14		( ) FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº16		( ) MICROSCOPIO	
				( ) MONIMETRO DE PULSO	
				( ) PA. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	
				CIRCLANTES	

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. 27



HEE73H1



## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 08/06/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: ROCCES DOS SANTOS ALACONCE

SEXO: M/ COR:

IDADE: 49

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 49/110/80 RESPIRAÇÃO 14/120/16 TEMPERATURA PESO 60 kg GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO NDW

AP. CIRCULATÓRIO NDW

AP. DIGESTIVO jejum

ESTADO MENTAL consciente, bem humorado DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de Rota + incl. @ + enxerto 3 cm

CIRURGIA REALIZADA fixação cirúrgica

CIRURGIÃO DE ROTHLEY

AUXILIARES Dr. Roberto

INÍCIO DA ANESTESIA 10:45

TÉRMINO DA ANESTESIA 13:00

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA

CPF

CRM-PB

AGENTES HORA 10:45 11:45 12:45

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC

ZD

ZC



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

JPE/2018

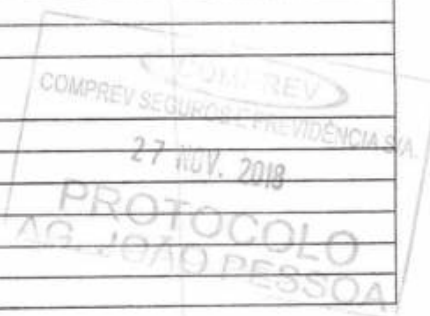
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
PASSAGEM DE FAIXA DE SMASH ESTERIL
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO ANTERO-LATERAL E POSTERO-MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO
DIVULSÃO, AVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
FORMAÇÃO DE CALO ÓSSEO
COMINUIÇÃO METAFISARIA, COM FRAGMENTOS DESVITALIZADOS.
Conduta:
CALOCCLASIA
REDUÇÃO CRUENTA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA E AUXILIO DE ESCOPIA
APOSIÇÃO DE PLACA BLOQUEADA LATERAL EM L 4X6 FUIROS E FIXADA COM PARAFUSOS CORTI-CAIS E BLOQUEADOS.
REDUÇÃO CRUENTA DO PLATO MEDIAL
REVISAO 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. Suelio Moreira Torres  
Médico  
CRM PB 9603  
CNS 703404579057801

João Pessoa,

08/08/2018





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Traumatologia e Transplante  
Senador Funchal de CamaraGOVERNO  
DA PARAÍBA

## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

Fax: 32778696

Nome	BAE	Data Hora Entrada	Data Saída
MARIA DOS SANTOS ALEXANDRE	1090773	26/06/2018 18:37:26	
Data de Nascimento	Idade	Sexo	CNS
17/10/1938	49a 6m 30d	Masculino	
Nome			Telefone do Contato
MARIA DOS SANTOS ALEXANDRE			(83) 988550372
Endereço	Cidade	Município	UF
MARIA ISABEL RIBEIRO, 4516	MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO 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	

## Croniense

## ORTOPEDIA

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

## CONDUTA:

1- INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

2- SOLICITO RADIOGRAFIAS DO JOELHO E PUNHO ESQUERDO

3- SOLICITO PRE OPERATÓRIO

## DIETA

LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

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

## Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4.0 MG VIA E.V., 8/H

ÁGUA 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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V. 6/H, 6.0 (MGTSN)

## Diluir

CIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2.0 ML VIA E.V., 6/H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25.0 MG VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD&gt;110MMHG E/OU PAS&gt;160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4.0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500.0 ML VIA E.V. 24H, 0.0 (MGTSN)

ENDOPAR, 9INA SODICA 40 MG/0.4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40.0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

FOLIOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 20.0 ML VIA E.V., ACM, 0.0 (MGTSN) SE NECESSÁRIO SE PAD&gt;110MMHG E/OU PAS&gt;160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3.0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100.0 ML VIA E.V. 12/24, 0.0 (MGTSN)

GECOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100.0 MG VIA E.V., 12/24H

Total Registrado no Sistema de Prescrição: 29/06/2018 15:14:19:05


Total Registrado no Sistema de Prescrição: 29/06/2018 15:14:19:05

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



	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HTOP			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HTOP			
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Marcos dos Santos Alexandre		1090773	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - CID 10 PRINCIPAL	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - COD. 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 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
Cx 35 / TMC /			
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO 01 placa em T 3x3 03 parafusos corticais Nº 16 01 fio de Kirschner 2,0 01 agulha de Plexo A100 -> B-Braun			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		Dr. Francinelo Freitas Médico CRM-PB 9603 CNS 703404579057800	
47 - DOCUMENTO		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
894212440

NOME  
MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

DOC. IDENTIDADE / OUTROS NÚMEROS  
1281317 SSP PB

CNPJ  
646.448.124-04 DATA NASCIMENTO  
27/11/1968

FUNÇÃO  
JOSE ANTONIO ALEXANDRE  
GERALDA DOS SANTOS ALEXANDRE

PERMISSÃO ACC CALHA AB

Nº REGISTRO  
03441600285 VALIDADE  
21/02/2019 1ª EMISSÃO  
01/12/2004

ASSINATURAS

Assinatura do Portador

Assinatura do Diretor

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO  
24/02/2014

Assinatura do Diretor

06466611246  
PB028174003

DETRAN - PB (PARAIBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR  
894212440

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
27 NOV. 2018  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

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

NOME  
MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

CPF / CNPJ 64644812404 PLACA QFD8215/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2HB0210ER454257

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APIIC COMBUSTÍVEL GASOLINA  
MARCA / MODELO HONDA/POP100 ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014  
CAP / POT / CIL 2 P/97 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª VENC. / COTAS  
FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 0 2ª  
I P V A 3ª

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

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - PB LOCAL DATA 22/11/2018

41581

33294

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA  
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 DATA EMISSA 2018 22/11/2018  
VIA 1 CPF / CNPJ 64644812404 PLACA QFD8215/PB

RENAVAM 01008821540 HONDA/POP100 MARCA / MODELO  
ANO FAB. 2014 CALIBRE 9 Nº CHASSI 9C2HB0210ER454257

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FMS (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAM (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) SEGURO DATA DE PAGAMENTO 08/10/2018

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

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.605/0001-04

33294-0907196-20181122

COMPRESSORES E ENXOBRAS

27 NOV. 2018

PROTOCOLO

AS. JOAO



## 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 - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSOS- PUNHO ESQUERDO.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE 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
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM:** 5234194-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*Ivone S. Valice*



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	CASADO
PROFISSÃO:	SERVIÇO GERAIS		
IDENTIDADE:	1.281.317 SSP/PB	CPF:	646.448.124-04
ENDEREÇO:	RUA MARIA FERRERIA LITEG, 50 JARD 211-A-1 310 MANGABEIRA JOAO PESSOA/PB CEP: 58059-706		

## 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 AMÉRICO 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.

*Marcos dos Santos Alexandre*

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta  
Rua Das Pombas de Anjo, 40 - Mangabeira - CEP 58059-710 - João Pessoa - Paraíba - Fone 3224-8889 / 3224-8891

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

Em test. da verdade, João Pessoa - PB 23/11/2018 11:20:11  
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
[2018-032035] EMOL: R\$ 19,48 FARPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90  
SELO DIGITAL: AHV34485-1811  
Confira a autenticidade em <https://eolnotarial.tinh.tpb.br>



## 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](http://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







EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª 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.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

