



Número: **0802649-18.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **24/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado		
LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO)		
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32227 606	10/07/2020 11:47	2732410_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros desta delegacia, encontrei o registro da ocorrência policial nº **140/2018**

cujo teor passo a transcrever na íntegra. Aos Sete dias do mês de DEZEMBRO do ano de dois mil e dezoito, na Cidade de **João Pessoa**, nesta **11ª DELEGACIA DISTRITAL**, onde presente encontrava o Bel. NELIO CARNEIRO DOS SANTOS. Delegado de Polícia Civil, comigo escrivã(o) de seu cargo, ai, por volta das 08h44min, compareceu:

SENHOR(A) LINDEMBERG ARANHA DE MELO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA/PB

FILIAÇÃO: ROBERVAL CORREIA DE MELO E DE MARIA DE FATIMA ARANHA

DATA DE NASCIMENTO: 02/11/1963. COM 55 ANOS.

RG Nº 950.467 - SEDS/PB, CPF Nº 424.152.174-68

ESCOLARIDADE: FUNDAMENTAL COMPLETO

OCUPAÇÃO: APOSENTADO

ESTADO CIVIL: DIVORCIADO

ENDEREÇO: RUA- HELENO FRANCISCO PEREIRA- RESIDENCIAL CABRAL BATISTA 82-APARTAMENTO 201- PARATIBE.

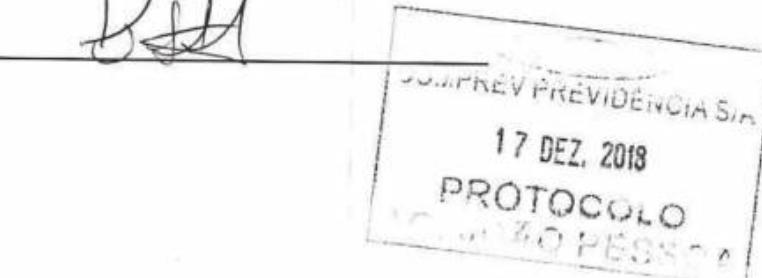
TELEFONE PARA CONTATO: 83-9.98350540

O QUAL VEIO NOTIFICAR QUE: NA DATA DE 13 DE OUTUBRO DO ANO EM CURSO AS 08:30 HORAS, O DECLARANTE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL ATINGINDO O SEU BRAÇO DIREITO QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO DE MARCA MOTOCICLETA YAMAHA XTZ-250, ANO 2011, PLACAS- OFX- 2550/PB, CHASSI- 9C6K60450B0011000, FATO OCORRIDO PRÓXIMO AO HOSPITAL TRAUMINHA EM MANGABEIRA, NESTA CIDADE, QUANDO FOI SOCORRIDOPOR TERCEIROS PARA O MESMO HOSPITAL ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS MÉDICOS TENDO QUE SER SUBMETIDO A UMA CIRURGIA EM SEU BRAÇO A ALTURA DO PULSO: QUE, O VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE FOI UM CHEVETTE DE PLACAS- MMR- 3216-PB CONDUZIDO PELO MOTIVO QUE NÃO SE IDENTIFICOU NO MOMENTO DO ACIDENTE E NEM PRESTOU SOCORRO AO DECLARANTE. NADA MAIS HAVENDO A LAVRAR, ENCERRO O PRESENTE FEITO QUE VAI DEVIDAMENTE ASINADO, PELO (A) NOTIFICANTE E POR MIM ESCRIVÃ(O) QUE O DIGITEI. O REFERIDO É VERDADE. DOU FE.

ATENÇÃO: ART. 299 DO CPB: "OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVIA CONSTAR, OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO Falsa OU DIVERSA DA QUE DEVIA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE: PENA – RECLUSÃO, DE 01 (UM) A 05 (CINCO) ANOS, MULTA, SE O DOCUMENTO É PÚBLICO, E RECLUSÃO DE UM A TRÊS ANOS, E MULTA, SE O DOCUMENTO É PARTICULAR."

NOTIFICANTE:

ESCRIVÃO:





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
Profissão:	<input type="text"/>	Endereço:	<input type="text"/>
Bairro:	<input type="text"/>	Cidade:	<input type="text"/>
E-mail:			

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

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data:
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS:
1º Nome:
CPF:
Assinatura:
17 DEZ. 2018
2º Nome:
CPF:
Assinatura:
PROTOCOLO
2º Nome:
CPF:
Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
Profissão:	<input type="text"/>	Endereço:	<input type="text"/>
Bairro:	<input type="text"/>	Cidade:	<input type="text"/>
E-mail:			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data:
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS:
1º Nome:
CPF:
Assinatura:
17 DEZ. 2018
2º Nome:
CPF:
Assinatura:
PROTOCOLO
Assinatura:
Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180591705

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003425-8

Conta: 000000202549-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 01185/01186 - carta_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180591705

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01923/01924 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13805545



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>
Número do documento: 20071011475898800000030881182

Num. 32227606 - Pág. 5



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

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180591705

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00353/00354 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13736638





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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180591705

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00313/00314 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 13728712



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>
Número do documento: 20071011475898800000030881182

Num. 32227606 - Pág. 7

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03425-8

CONTA: 000000202549-3

Nr. Autenticação
BRADESCO11042019050000000002370342500000202549168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>
Número do documento: 20071011475898800000030881182

Num. 32227606 - Pág. 8

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453663/18

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

CPF: 424.152.174-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2018

Titular do CPF: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA : 424.152.174-68

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: 17/12/2018
Nome: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA
CPF: 424.152.174-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA





Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Ortopedico:

Traço puro
com dor e deformidade
Barticulada.
Barco velho.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM			
Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario
			Evolucao
			<i>Internado p/</i>
			<i>Laringo ortopedico</i>
10:09	# Ein	10pm	00.00.11
Rachig do mto de quanto em me dante			
Rachig. de traço 10pm p. 1-Ortopedico			
do teto de pele, hustera 2 por undade da ortopedico			
Reservado p/ liberação (Dipirona + Imedal)			
Assinatura da Enfermagem			

PROCEDIMENTO REALIZADO

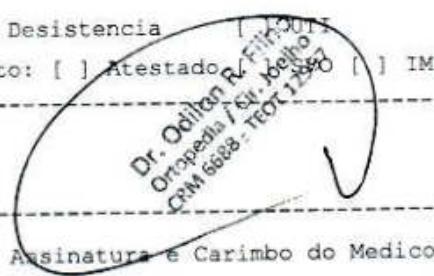
Raquel Batista Eustáquio
Enfermeira
CRM: FB7373

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia Transferido Desistencia
 Alta a pedido Enfermaria Obito: [] Atestado IML



Assinatura do Paciente/Responsável



Assinatura e Carimbo do Medico





JUSTIFICATIVA PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

BLOCO CIRÚRGICO

DATA: 29/03/18 HORA: 16:46

PACIENTE: HINDENBERG ARANHA
FOI JUSTIFICADO AO PACIENTE? SIM (X) NÃO ()
ENFERMARIA: LEITO:

RELATÓRIO DO (A) MÉDICO (A) RESPONSÁVEL PELA SUSPENSÃO (assinar e carimbar)

*paciente deu entrada no pronto atendimento
pela unidade de pronto atendimento, portanto, o enfermeiro
de enfermaria informou que não havia leito
disponível. Claramente, o paciente estava
no horário adequado, portanto, não apresentava
nenhum alarme.*

*Dr. Fabiano V. Soares
Anestesiologista
CRM/PB 6009*

RELATÓRIO DO (A) ENFERMEIRO (A) (assinar e carimbar)		
<p>COMPREV COMPRA E PREVIDÊNCIAS/A 02 ABR. 2019 PROTOCOLO AO JOÃO PESSOA</p>		
1º VIA PRONTUÁRIO 2º VIA DIREÇÃO TÉCNICA 3º VIA COORD. SUPORTE À VIDA		

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N. CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>
Número do documento: 20071011475898800000030881182

Num. 32227606 - Pág. 13



Nome: <i>lindenbergue aranha de melo silva</i>		Registro:			
Idade: 49a	Sexo: Masc	Cor:	Clínica: TraumatoL	EMP:	LR:
Data: 31/10/2018		Cirurgião: Jorge augusto			
1º Assistente: Alexandre Galvão		2º Assistente: dr Carlos Tiago			
Anestesista:		Instrumentador:			
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fratura de Rádio Distal esquerdo</i>					
CID					
<i>S52.5</i>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O mesmo</i>					
CID					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					
<i>Redução Incruenta + Fixação Percutânea</i>					
CÓDIGO					
<i>02 ABR. 2019</i>					
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
PROTÓCOLO					
AG. JOÃO PESSOA					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de fratura em punho com uso de intensificador de imagem

Conduta:

Realizada manobra de redução da fratura do punho
Redução de fragmentos ósseo do punho direito
Aposição de 02 fio(s) de kirschner em rádio distal sob uso de intensificador de imagem

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

Curativo

Tala fixa

OBS:

Data: 31/10/18

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIAS/A
02 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CRM-PB 8333 / TECI 19816
OAB-PB 22222-2
JUZGADO DE 1º GRAU
DESEMBARGADOR FEDERAL
DIRETORIO DE PROTECAO DAS CREDENCIAS

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Lidemirley Andrade de Melo Silveira Data da Admissão: 20/10/2019
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: f Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento 02/10/1967

QPD: Acidente de moto feriu pulmão direito

HDA: Fratura articular do ombro direito
dirigido tipo Barton Volar

Indicações fisiológicas

Medicações em uso: _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Indoresce
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>lindenbergue aranha de melo silva</i>					PRONTUÁRIO Nº
IDADE <i>55a</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR <i>Parda</i>	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>20/10/2018</i>			DATA DE ALTA <i>31/10/2018</i>	TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>11 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Distal esquerdo</i>					CID <i>S52.5</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação de fratura com material de síntese. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Vimovo ou Deocil

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão.

3/10/18
DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, FERIADAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO **COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JO⁷ E.S.P.D.A.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>
Número do documento: 20071011475898800000030881182

Num. 32227606 - Pág. 19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180591705 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO MELO **Data do acidente:** 13/10/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. (PAG 5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K.). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

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
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



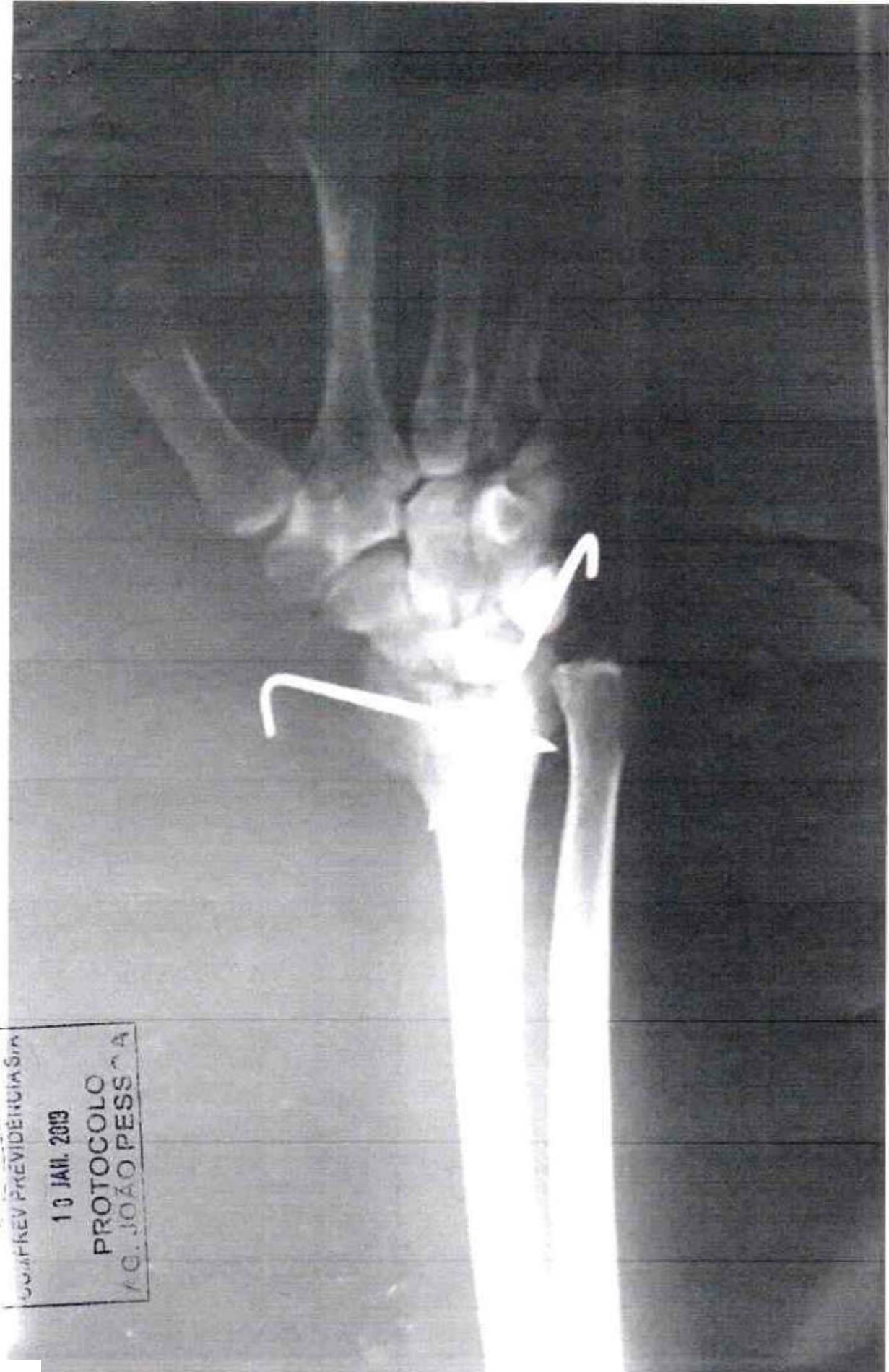
13 JAN. 2019

PROTÓCOLO
DE JOMO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>
Número do documento: 20071011475898800000030881182

Num. 32227606 - Pág. 22



ASSINADO PELA PREVIDENCIAS

13 JAN. 2019

PROTÓCOLO
N.º C. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>
Número do documento: 20071011475898800000030881182

Num. 32227606 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>
Número do documento: 20071011475898800000030881182

Num. 32227606 - Pág. 24



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	950.467 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO 31/01/2018	
NOME LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA	
FILIAÇÃO ROBERVAL CORREIA DE MELO SILVA MARIA DE FÁTIMA ARANHA	
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO 02/11/1963	
DOC ORIGEM	CERT. NASC. N°56632 - LIV.78 A - FLS.89 - CARTORIO 3º JOÃO PESSOA PB CPF 424.152.174-68 João Pessoa - PB
ESTADO/CAPITAL/UF: PB MUNICÍPIO: João Pessoa DATA DE EXPEDIÇÃO: 29/08/83 B+	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>
Número do documento: 20071011475898800000030881182

Num. 32227606 - Pág. 25

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 174304 Atd: Nao Regula
Data: 20/10/2018
Hora: 08:42:12
Repcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Num. Prontuario: 2018.10.002949

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 950467 Fone: 986599559

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/03/1983 Id: 35 an(s)

End.: RUA HELENO FRANCISCO PEREIRA APT 201, 82SEM CARTAO DO SUS

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DE FATIMA ARANHA Pai: ROBERVAL CORREIA DE MELO SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: POLICIA MILITAR

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

R: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 986599559 / IDENTIDADE: 950467

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO DE MOTO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO EM MANGABEIRA PROX

Vitima de violência por: DA FARMACIA HJ AS 8/20 CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
irc. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

A-VAP sem dureza B-UAV no antro HT m P - e - Hemodrenagem t edes
P - despo - f - f - f - E - História m HTD
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de colisão moto x carro há + 15 minutos. Apresenta contusões no peitoral direito e deformidade em punho direito. Nega lesões e deformidades. Nega alterações. Vacinado contra tetano há mais de 10 anos.

Diagnóstico

| Conduta | ① Auscultar bexiga 10/10/2018

Kasuma

② Desferir urina PROTOCOLO

Prescrição

| Horário da medicacão

③ SAT Seco U IH →
Observar por 2 horas

>ff.25

Raquel Sozerra Estevez
Médica
CRM - PB 7373

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

JU-PREV PREVIDENCIA S/A
17 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
Nº 1040 PESSOA

Ortopedico:

Traço puer
com dor e deformidade
Bartou velas.

Qtdel Medicamentos

Dose Horario

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

CRM: Internado p/
Dirige ortopedico

Realizado

(10:09) # em UPA UH de 10.10.18

Realizado dentro do quanto em me direto

Radiogr. de braço
na parte de trás, fraturas
de fraturas
Assinatura da Enfermagem

Raquel Batista Edegar
Medica CRM - PB 7373

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia
 Alta a pedido

- Transferido
 Enfermaria

- Desistencia
Obito: Atestado
 IML



Assinatura do Paciente/Responsavel

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Es. Kelho
CRM 6688 - MAT 1250

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Lindemberg Aruha de Melo Silveira **Data da Admissão:** 20/10/2018
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M (X) **Cor:** F **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 02/12/1967

QPD: Acidente de moto feriu pulmão direito

HDA: Fratura articular do ombro direito
Fractura tipo Barton Volar

Indícios fisiológicos:

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Políuria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor

17 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



JUSTIFICATIVA PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

BLOCO CIRÚRGICO

DATA

29/05/18

HORA:

PACIENTE:

LINNENBERG ARMYA

SIM (✓)

NÃO ()

LEITO:

RELATÓRIO DO (A) MÉDICO (A) RESPONSÁVEL PELA SUSPENSÃO (assinar e carimbar)

Pauule seu intado em jato vooingro
para arriego de Rodo distal, poslin, o uti-
lizador de novos instrumentos para isto
permanendo. Clasicamente, o pauule estre-
ito fundo chegue, poslin, não avançando
e bimbo algum.

Dr. Fabiano V. Soares
Anestesiologista
CRM/PB - 60099

RELATÓRIO DO (A) ENFERMEIRO (A) (assinar e carimbar)

17 DEZ. 2013
PROTOCOLO
DE
SISTEMA DE
INFORMAÇÕES

1º VIA PRONTUÁRIO

2^º VIA DIREÇÃO TÉCNICA

3^º VIA COORD. SUPORTI À VIDA

Rua Águia Fiscal, José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59

<http://pie.tiob.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>

Número do documento: 20071011475898800000030881182

Núm. 32227606 - Pág. 29



Nome: <i>lindenbergue aranha de melo silva</i>	Registro:
Idade: 49a Sexo: Masc Cor:	Clinica: TraumatoL EMP: LR:
Data: 31/10/2018	Cirurgião: Jorge augusto
1º Assistente: Alexandre Galvão	2º Assistente: dr Carlos Tiago
Anestesista:	Instrumentador:
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO CID	
<i>Fratura de Rádio Distal esquerdo</i> S52.5	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO CID	
<i>O mesmo</i>	
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) CÓDIGO	
<i>Redução Incruenta + Fixação Percutânea</i>	
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não	17 DEZ. 2013 PROTÓCOLO PROTO COLO JOÃO PESSOA
Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não	
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico	

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Lindenbergue aranha de melo sampaio					PRONTUÁRIO Nº
IDADE 55a	SEXO Mas	COR Parda	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 20/10/2018			DATA DE ALTA 31/10/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA II dias
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Distal esquerdo</i>					CID S52.5
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES
Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. SIM NÃO COLETA DE MATERIAL SIM NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA
 MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO CURADO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação de fratura com material de síntese. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Vimovo ou Deocil*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

3/11/18
DATA

PROTÓCOLO
17 DEZ. 2018
PROTOCOLO
17 DEZ. 2018

Ass. MÉDICO / C.R.M
Dr. Carlos Tiago da Tramandaí
Ortopedia e Traumatologia
CRB-PE 9293/TB

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



Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia Assepsia + Antissepsia Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:	
Achados:	Visualização de fratura em punho com uso de intensificador de imagem
Conduta:	Realizada manobra de redução da fratura do punho Redução de fragmentos ósseo do punho direito Aposição de 02 fio(s) de kirschner em rádio distal sob uso de intensificador de imagem
Fechamento:	Limpeza com SF a 0,9% de punho Curativo Tala luva
OBS:	
Data:	31/10/18

17 DEZ. 2018
 PROTOCOLO
 DE OPERESECA
 CRM-PB 02537-TE0115816
 CONSULTA DE CHAVES

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>
 Número do documento: 20071011475898800000030881182

Num. 32227606 - Pág. 32

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg

FC= ____ FR= ____ TEMP(°C)= ____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Falta de ader* *dr. R. (0)* *REV PREVIDENCIA S/A**Buraco no tzn.*

17 DEZ. 2013

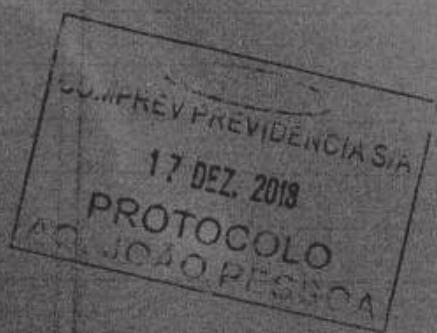
PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

Conduta: *Internar -**Indícios fixos internos*Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 14476-BOT 6331

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa PB





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>
Número do documento: 20071011475898800000030881182

Num. 32227606 - Pág. 34



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>
Número do documento: 20071011475898800000030881182

Num. 32227606 - Pág. 35



P/ Lauda sobre Agravos os milho S/ von

Laudo Médico

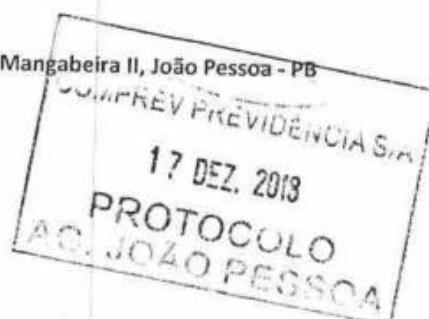
Paciente vítima de trauma em punho resultando em fratura do rádio distal, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.5

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Oftopediase Traumatologia
CRM-PB 9283, TEOT 15816

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBOT 9.603

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





P/ Luis Henrique Araújo do Nascimento

Laudo Médico

Paciente vítima de trauma em punho resultando em fratura do rádio distal, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.5

Dra. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 9293, TECOT 13816

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBOT 9.603

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA,

RG nº 6752535, data de expedição 04/10/2000,
Órgão SPI/PE, portador do CPF nº 049.620.294-44, com
domicílio na cidade de IGARASSU, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PANELAS, nº 29.

complemento Lagoa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LINDENBERG ARANHA DE M. SILVA cujo o condutor era
Lindemberg Aranha de Melo Silva.

Veículo: Moto Cicleta
Modelo: YAMAHA / XTZ 250 TENERE
Ano: 2011
Placa: OEX 2550 / PB
Chassi: 9C6KG045060011000
Data do Acidente:

Local e Data: Igarassu 26/11/2018



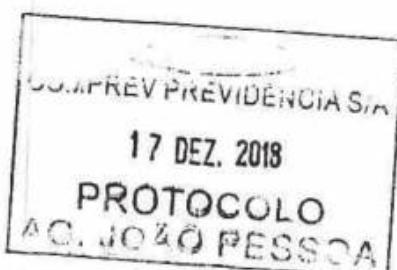
Marcelo Floriano Araújo

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DE IGARASSU/PE - OFÍCIO ÚNICO
TABELIONATO E REGISTROS PÚBLICOS
Rua Doutor Gólio Castro Soares, 100 - Centro - Igarassu/PE - CEP 54610-000
Fone: (81) 3451-0073 / 3451-0074
Reconheço por autenticidade a firma de: JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA.
Igarassu/PE, 26/11/2018 14:13. Em testemunho pedro de Araújo da verdade Pedro de Araújo (ESCREVENTE AUTORIZADO). Emol.: R\$ 3,59 TMR: R\$ 0,00 FERC: R\$ 0,40 Total: R\$ 4,09. Selo Digital: 0130563.IIS11201804.00277. Consulte autenticidade em <http://www.cjpe.jus.br/selodigital>





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Palmeiro Cima, 220 - Jaguaribe, João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SET/2018

LINDEMBOG ARANHA DE MELO S/N.VA
RUA HELENO FRANCISCO PEREIRA, 82 - APTO 201 -
PARATIBA, JOÃO PESSOA PB 58062-157

Inscrição SMI Quantidade de Economias Responsável

001.091.073.0059-201 201 1 0 0 0

Hidrômetro Data de Instalação Localização Situação Agua Situação Esgoto

Y1X162347 26/10/2011 INTLACR LIGADO POTENCIAL.

ANTERIOR I ATUAL I CONSUMO (m3) I NÚM DE DIAS I PRÓXIMA LEITURA

588 605 17 32 02/10/2018

HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

AGO/2018 15 0 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES

JUL/2018 20 0 TURBIDEZ 0 0 0

JUN/2018 14 0 CLORO 0 0 0

MATA/2018 19 0 CÓL. TERRÍT 0 0 0

ABR/2018 12 0 COR 0 0 0

MAR/2018 12 0 COL. TOTais 0 0 0

MEDIA(M) 15 0 DADOS REFERENTES A: JUL/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 03/09/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 09:55:42

DESCRIÇÃO CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 m3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 m3	37,91
11 m3 A 20 m3 - R\$ 4,99 POR m3	7 m3	34,23
ESGOTO		
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELÁ 04/18		51,83

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,67 PIS E CONFINS, LEI 12.741/12
VENCIMENTO: 16/09/2018 Total a Pagar: R\$ 123,97



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:47:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011475898800000030881182>

Número do documento: 20071011475898800000030881182

Num. 32227606 - Pág. 39

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Delegacia Seccional
11ª Delegacia Distrital.



GOVERNO DA PARAÍBA



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº 035/2018 - 11ª DDC.

- EXAME REQUISITADO : LESÃO CORPORAL

AUTORIDADE REQUISITANTE: Dr. NELIO CARNEIRO DOS SANTOS

DIA: 07/12/2018

SENHOR (A) GERENTE,

SOLICITAMOS DE V. S^a, AS PROVIDÊNCIAS, PARA QUE NO PRAZO LEGAL (ART 160, PARAGRAFO ÚNICO DO CPP ALTERADO PELA LEI 8.862/94) SEJA PROCEDIDO O EXAME LESAO CORPORAL NA PESSOA ABAIXO, E QUE SEJA O LAUDO REMETIDO PARA A 11ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL – VALENTINA DE FIGUEIREDO - JOÃO PESSOA-PB.

LINDEMBERG ARANHA DE MELO, brasileiro, divorciado, natural de João Pessoa – PB, aposentado, com 55 anos de idade, nascido em 02/11/1963, Ensino Fundamental completo, filho de Roberval Correia de Melo e de Maria de Fátima Aranha, residente a Rua- Heleno Francisco Pereira residencial Cabral Batista 82 apartamento 201- Paratibe, João Pessoa – PB. tel.998350540.

HISTÓRICO: Conta o periciando que foi vítima de um acidente de trânsito ocorrido em data de 13.10.2018 as 08:30 horas, próximo ao Hospital Trauminha em Mangabeira., nesta.

Atenciosamente,

Dr. NELIO CARNEIRO DOS SANTOS
Delegado de Polícia Civil

AO SENHOR
GERENTE DA GECRIM/IPC. CRISTO REDENTOR
NESTA.

