



10/07/2020

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 escrevã(o) de seu cargo, aí, 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.

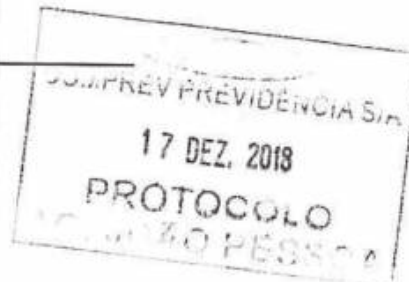
TELEFONE PARA CONTATO: 83-9.98350540

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 SOCORRIDO POR 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 FÉ.

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: *Lindemberg Aranha de Melo*

ESCRIVÃO: *[Assinatura]*



☐ MORTE

100

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

20255

Num. 32227606 - Pág. 2

☐ MORTE

CPF da vítima: 724.592.574-68 Nome completo da vítima: Brindembery Abranches de Melo Silva

Lindenberg Aranha de Belo Silva

Endereço: Rua Heleno Francisco Pereira

Cidade: João Pessoa

CEP: 10.12.1217

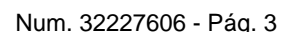
Tel. (DDD): _____

(83) 98708-8728

☐ ACIMA DE R\$10.000,00☐ Caixa Econômica Federal (104)

CONTA: 0202529

(Informar o dígito se existir)





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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01185/01186 - carta_15R - INVALIDEZ

00020593





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

00040962



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

00050177



Carta nº 13756638



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. 6



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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13728712



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

BRADESCO1104201905000000000023703425000000202549168750 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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453663/18

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

CPF: 424.152.174-68

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 13/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



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 Regulado
Data: 20/10/2018
Hora: 08:42:12
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Num. de vezes atendido: 1

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 ano(s)

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

Rua: 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 violencia por: DA FARMACIA HJ AS 8/20 CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

EC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Temp. Abd:

O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Agitado

[] Chocado

[] Regular

[] Vômito

Observacao



A-VAP em andamento B MMVD em andamento C-Hemodinamicamente estável

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de colisão moto x carro há ± 15 minutos apresenta corte em perna direita e deformidade em punho direito. Nega vômito e desmaios. Nega alergias. Vacinado contra tétano há mais de 10 anos.

Diagnostico

Fratura

Conduta

1- Anestesia local

2- Gesso X punho e tórax.

3- Analgesia de Dor

Prescrição

Horario da medicacao

1 SAT 5000 U. IH →
observar por 12 horas

11:25

Raquel Bazzera Estreito
Médica
CRM - PB 7373



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Ortopedia:

Tumor no pé
com dor e deformidade
Barão Veloso.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos

Dose | Horário | Evolução

CN:

Intensas p/

anexos ortopedi

10:09 # em sala de espera

Realizar o exame de imagem em mesa de exame

Realizar o exame de imagem em mesa de exame
com o paciente deitado, posicionado
em posição de decúbito lateral
1. O exame é realizado
2. por unidade de ortopedia
3. mediante a liberação
Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

Raquel Pereira Esteves
Médica
CRM - PB 7373

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 6688 - TEOR 12583





JUSTIFICATIVA PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

BLOCO CIRÚRGICO

DATA:	29/01/18	HORA:	16:45
PACIENTE:	LINDENBERG ARANHA		
FOI JUSTIFICADO AO PACIENTE?	SIM (X)	NÃO ()	
ENFERMARIA:		LEITO:	

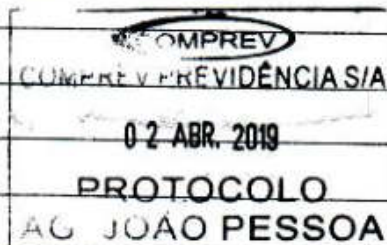
RELATÓRIO DO (A) MÉDICO (A) RESPONSÁVEL PELA SUSPENSÃO (assinar e carimbar)

Paciente em estado de choque hipovolêmico por sangramento de parede distal, porém, o extensor de membro superior não está funcionando. Clinicamente, o paciente está se tornando choque, porém, não apresenta nenhum sinal.

[Assinatura]

Dr. Fabiano V. Soares
Anestesiologista
CRM/PB - 8999

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



1ª VIA PRONTUÁRIO

2ª VIA DIREÇÃO TÉCNICA

3ª VIA COORD. SUPORTE À VIDA

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







Nome: <i>lindenbergue aranha de melo silva</i>			Registro:		
Idade: <i>49a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatol.</i>	EMP:	LR:
Data: <i>31/10/2018</i>			Cirurgião: <i>Jorge augusto</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente: <i>dr Carlos tiago</i>		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura de Rádio Distal esquerdo</i>				<i>S52.5</i>	
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					
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, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

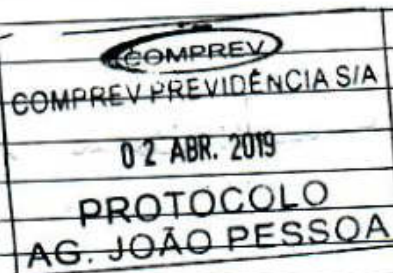
Visualização de fratura em punho com uso de intensificador de imagem

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:

31/10/19

Dr. Carlos Augusto das Neves
Otorrinolaringologista
CRM 15816
9191-1031-1031-1031-1031

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

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



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Lindenberg Araújo de Melo Silva Data da Admissão: 20/10/2019
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 02/11/1963

QPD: Acidente de moto trauma pulso (Dir)

HDA: Fratura articular do rádio distal
do tipo Barton Volz

Indicado frnt. Cirurgias

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: _____

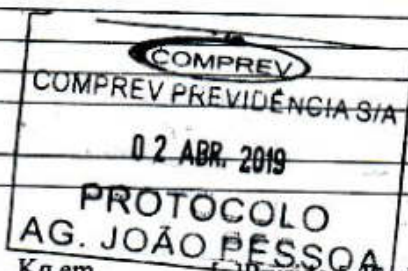
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ 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-reposu ☐ 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.



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: Fraqueza do membro direito (D)Braço do membroConduta: InternoTratamento fixado internoDr. Rodrigo Castro de Azevedo
Ortopedista/Traumatologista
CRM-PR 145807/8331

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>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, 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.

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JO





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180591705 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA **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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014082382174

69070254596

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 201800000431045-8

GOV. DE PERNAMBUCO

RNTRC

VIA

1

0037622090-2

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA

R HELENO F PEREIRA 82 CS

PARATIBE

58062157 JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ

04962029444

PLACA

OEX2550/PB

NOME ANTERIOR

LUIZ DIAS DO NASCIMENTO

-PLACA ANT./UF

NOVO

PB

CHASSI

9C6KG0450B0011000

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

YAMAHA/XTZ250 TENERE

ANO FAB

2011

ANO MOD

2011

CAP/ROT/CIL

2 P/249 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

VALIDO SOMENTE

N.Motor : G395E-011000

PROT. PREVIDENCIA S/m
17 DEZ. 2013
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

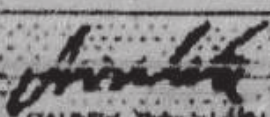
JOAO PESSOA

DO CAL

DATA

25/09/2018

19267



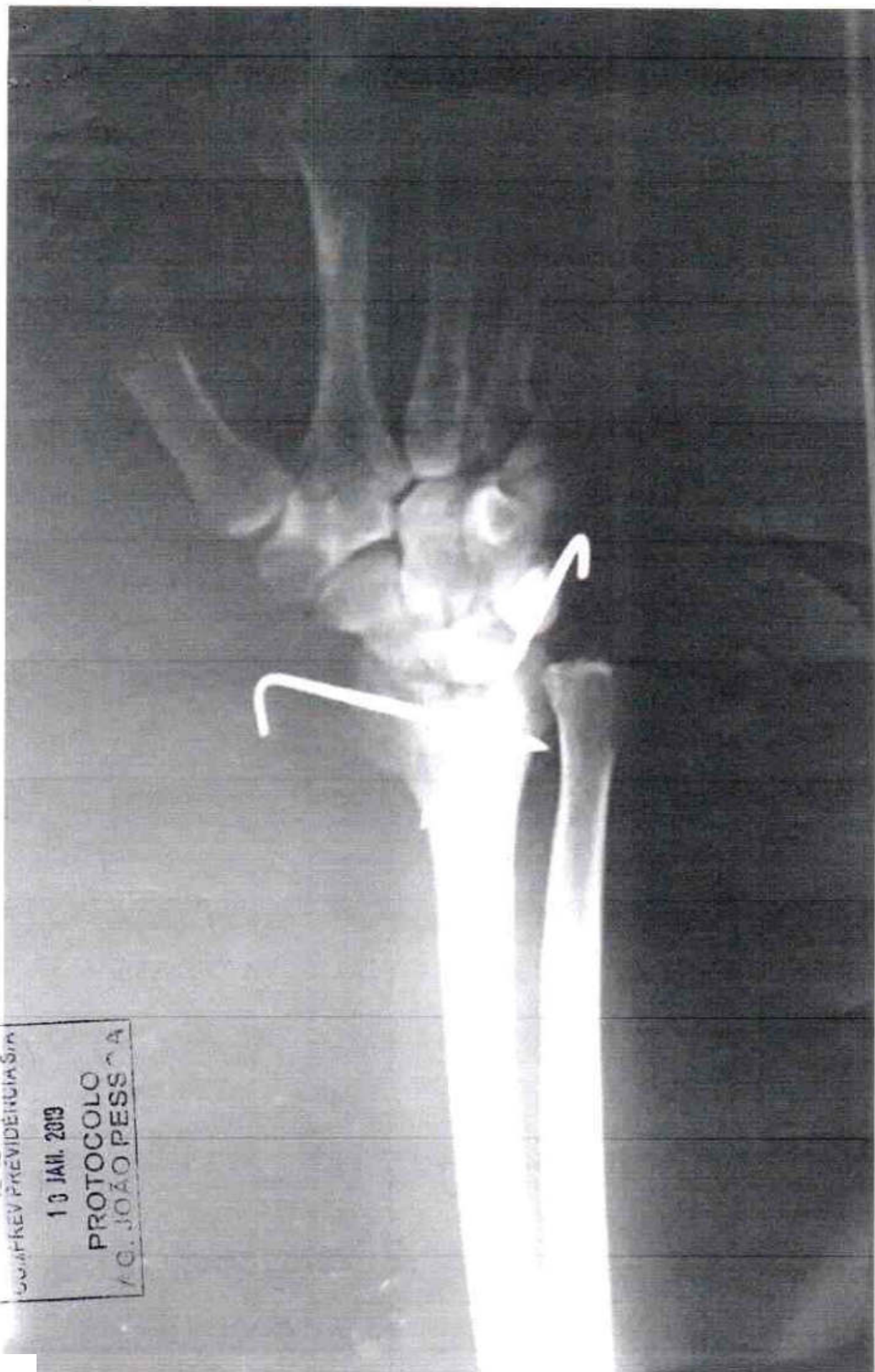
19721





13 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA





COMARCA DE PREVIDÊNCIA S/A
13 JAN. 2013
PROTOCOLO
F. G. JOÃO PESSOA





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
13 JAN 2018
PROTOCOLO
D. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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. Nº56632 - LIV.78 A - FLS.89 - CARTORIO 3º JOÃO PESSOA PB

CNPJ 424.152.174-68

2005 Pessoa - PB

30/01/2018

8+

COMPREV PREVIDENCIA S/A

17 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AC. 0040 PESSOA



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
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 950467 Fone: 986599559 Num. Prontuario: 2018.10.002949
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/03/1983 Id: 55 anc(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:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Tirc. Abd: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de colisão moto x carro há ± 15 minutos apresenta corte em perna
ligar direito e deformidade em punho direito. Nega vômitos e diarréias. Nega
alergias. Vacinado contra tétano há mais de 10 anos.

Diagnostico

Fratura

Conduta

1. Analise de lesões 17 DEZ. 2018

2. Rax X para PROTOCOLO

3. Tratamento de acordo com o protocolo

Prescrição

Horario da medicacao

1. SAT 3000 U. IM →
observar por 2 horas

11:25

Raquel Bezerra Estrela
Médica
CRM - PB 7373



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Ortopedia:

Tema para
com dor e deformidade
Barão Veloso.

PREVIDENCIA S/A
17 DEZ 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos

Dose | Horário | Evolução

CV: Internos p/
cirurgia ortopedia

10:09 # em sala de espera

Realizado exame de sangue e urina em laboratório

Realizado exame de sangue e urina em laboratório
1. Análise de sangue e urina
2. Análise de sangue e urina (exame de urina + sangue)
Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

Raquel Batista Esteves
Médica
CRM - PB 7373

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☒ Transferido
☐ Alta a pedido ☒ Enfermaria

☐ Desistência ☐ Obito: ☐ Atestado ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Vascular
CRM 6688 - TRO 12345





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Luizenberg Araújo de Melo Silva</u>		Data da Admissão: <u>20/10/2012</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M (X) Cor: <u>P</u>	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>02/11/1963</u>	
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>02/11/1963</u>	
QPD: <u>Acidente de moto trauma pulso Dir</u>			
HDA: <u>Fratura articular do rádio distal</u> <u>direito tipo Barton Volz</u> <u>Indicados para cirurgia</u>			
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 [] Solução [] 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-reposou [] 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

PROTÓCOLO
17 DEZ. 2013
AC. JOÃO PESSOA





JUSTIFICATIVA PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

BLOCO CIRÚRGICO

DATA: 29/10/18	HORA: 16:45
PACIENTE: LINDENBERG ARNAYA	
FOI JUSTIFICADO AO PACIENTE? SIM (X) NÃO ()	LEITO:
ENFERMARIA:	

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

Paciente deu entrada no pronto socorro para avaliação de dor abdominal, porém, o exame físico de rotina não revelou nada de particular. Clinicamente, o paciente apresenta dor abdominal difusa, porém, não apresenta nenhum sintoma específico.

Dr. Fabiano V. Soares
Anestesiologista
CRM/PB - 5599

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

17 DEZ. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

1ª VIA PRONTUÁRIO

2ª VIA DIREÇÃO TÉCNICA

3ª VIA COORD. SUPORTE À VIDA

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>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO [HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, 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.

DATA

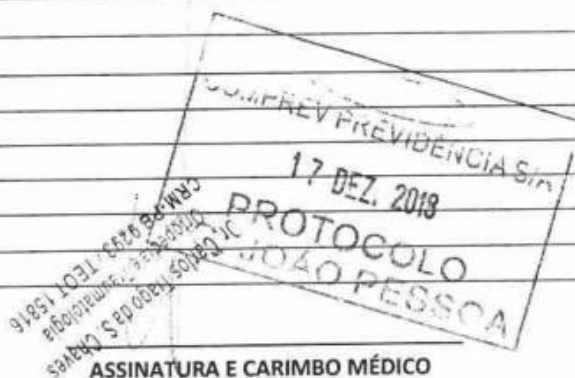
ASS. MÉDICO / C.R.M.

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

Data: 3/10/19



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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] 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: _____

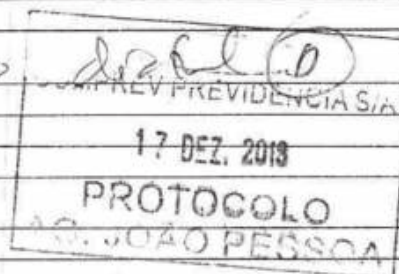
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura do rádioBrachioradialConduta: InternoRedução fixação interna

Dr. Rodrigo Castro de Azevedo
Ortopedista/Traumatologista
CRM-PR 24468

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



COMPREV PREVIDENCIA S/A
17 DEZ. 2018
PROTOCOLO
ADJUNTO PESSOA







Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BUENY

P/ Laudo Médico ANEXO 05 Mito Simon

Laudo Médico

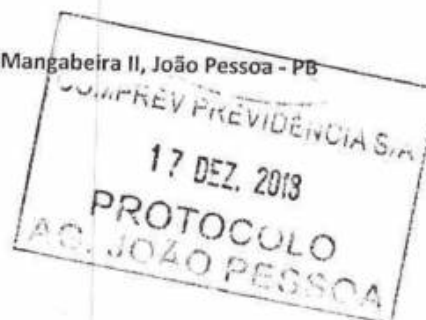
Paciente vítima de trauma em punho resultando em fratura do rádio distal, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.5

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293, 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





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCOSIO GUATTI

P/ Laudo Médico Agente de Saúde Siron

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
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293 - 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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA,
RG nº 6752535, data de expedição 04/10/2018,
Órgão SPS/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 Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LINDENBERG ARAUJO DE M. SILVA cujo o condutor era
Lindemberg Araujo de Melo Silva.

Veículo: Moto CILETA
Modelo: YAMAHA XTZ 250 TENERE

Ano: 2011

Placa: 0EX 2550 1/B

Chassi: 9C6K6045060011000

Data do Acidente:

Local e Data: Igarassu 26/11/2018

RECONHEÇO

JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO
DE
REGISTROS
E
TABELIÃO

CARTÓRIO DE IGARASSU/PE - OFÍCIO ÚNICO
TABELIÃO E REGISTROS PÚBLICOS
Rua Ildefonso Gomes, nº 405 - Centro - Igarassu/PE - Fone/Fax: 31 3543.0073 (2013)
Reconheço por autenticidade a firma de: JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA.
Igarassu/PE, 26/11/2018 14:13. Em testemunho da verdade Pedro de
Araujo (ESCRIVÃO AUTORIZADO). Emol.: R\$ 3,59 TST: R\$ 0,60 FERC: R\$ 0,40
Total: R\$ 4,59. Selo Digital: 0130583.11S11201804.00277. Consulte autentici-
dade em <http://www.tjpe.jus.br/selodigital>

COMPREV PREVIDENCIA S/A
17 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AC. JOZAO PESSOA



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.854/0001-97

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
7011(9)230
REFERÊNCIA
SET/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LINDEMBERG ARANHIA DE MELO SILVA
RUA HELENO FRANCISCO PEREIRA, 82 - APTO 201 -
PARATIBE, JOÃO PESSOA PB 58062- 157

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
001.091.073.0059.201	201	1	0	0	0
Hidrómetro		Localização		Situação Água	
Y11X162347		INT/LACR ILIGADO		POTENCIAL	
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3)		NUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA	
588		605		17	
HIST. CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. ÁGUA-ANEXO 20		PORT. 05/2017 MS.	
AGO/2018		15		0	
JUL/2018		20		0	
JUN/2018		14		0	
MAI/2018		19		0	
ABR/2018		12		0	
MAR/2018		12		0	
MÉDIA(M)		15		0	

DATA DA IMPRESSÃO: 03/09/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 09:56:42

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	7 M3	34,23
ESGOTO		
PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 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

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



Ato DECLARATORIO.
**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. SA, 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.

HISTORICO: Conta o periciando que foi vítima de um acidente de transito 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.**

