



Número: **0805800-26.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FABIO SILVA DE MENEZES (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37467897	04/12/2020 09:56	Petição	Petição
37468399	04/12/2020 09:56	2757122_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
37468401	04/12/2020 09:56	2757122_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297329

Vítima: FABIO SILVA DE MENEZES

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO SILVA DE MENEZES

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,

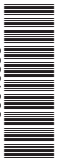
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14256516

Pag. 01777/01778 - carta_01 - INVALIDEZ

00010889





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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297329

Vítima: FABIO SILVA DE MENEZES

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO SILVA DE MENEZES

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 joelho 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: **FABIO SILVA DE MENEZES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001635-7**

Conta: **000010016680-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00613/00614 - carta_15R - INVALIDEZ

00030307





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: 043626/39 CPF da vítima: 063.964-10 Nome completo da vítima: Fabio Silva de menezes
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Fabio Silva de menezes CPF: 063.964.164-10
Profissão: Agricultor Endereço: R. Ibiapima Número: 311 Complemento:
Bairro: NSRA DAS NEVES Cidade: Conde Estado: PB CEP: 58322000
E-mail: Tel. (DDD): 23998225389

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1635 7 CONTA: 16680 4
(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 contestar o caso discutido do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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.

MORTE

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Fabio Silva de menezes

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____



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

01 V001/2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00086.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00086.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:04 horas do dia 26 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fabio Silva de Menezes**, CPF nº 063.969.164-10, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Avelino da Silva e José Antonio de Menezes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/11/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Padre Ibiapina, Nº S/N, bairro Centro, tendo como ponto de referência Shopping, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 99328-6866.

Dados do(s) Fatos:

Local: Elvidio Alves, nº S/N, Shopping, Conde/PB, bairro Centro; Tipo do Local: outros; Data/Hora: 14/01/19 00:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, seguia normalmente com a motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS, ano e modelo: 2008 de cor cinza, placa: MOG 7165/PB, chassi nº 9C2KC08108R304910, registrado em nome de Severino Ramos da Silva Araujo, CPF nº 703.060.734-12, irmão do notificante de criação; QUE seguia normalmente em sua mão quando um outro motoqueiro vinha em sentido contrario ao do notificante e que ao perceber o mesmo veio de encontro ao notificante colidindo um contra o outro; QUE segundo o notificante não sabe especificar marca e modelo do causador do acidente; QUE devido ao fato foi jogado ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 20.03.2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 M24.2

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

João Pessoa/PB, 26 de abril de 2019.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

Fabio Silva de Menezes
FABIO SILVA DE MENEZES
Notificante



Procedimento Policial: 00086.01.2019.1.00.420



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 043626/09 CPF da vítima: 063.964-10 Nome completo da vítima: Fabio Silva de menezes
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Fabio Silva de menezes CPF: 063.964.164-10
Profissão: Agricultor Endereço: R. Ibiapitima Número: 311 Complemento:
Bairro: NSRA DAS NEVES Cidade: Conde Estado: PB CEP: 58322000
E-mail: Tel. (DDD): 22998225389

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1635 7 CONTA: 16680 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão: _____ Local e Data: João Pessoa 29/04/2019
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Fabio Silva de menezes

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

01 V001/2018



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332185700

Boletim de Atendimento: 1135656



Identificação do paciente					
ID 1368025	Nome FABIO SILVA DE MENEZES			Sexo Masculino	
Data de nascimento 07/11/1993	Idade 25 anos 2 meses 7 dias	Estado civil	Religião	Previdenciário	
Mãe MARIA AVELINO DA SILVA			Pai JOSE ANTONIO DE MENEZES		
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 91798506	DDD Fixo	Fone Fixo		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns			
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)			Tipo UNIDADESAUDE		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R			
Endereço					
CEP 5832200	Município de residência CONDE	UF PB	Logradouro PROJETADA		
Número SN	Complemento	Bairro SENHORA DAS NEVES			
Admissão					
Data e Hora 14/01/2019 02:08:48	Número da pulseira 100007160218			Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica				
Classificação de risco			Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veto de ambulância Não	Trauma Não		
Moto de transporte SAMU	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA x mmHg	Pulso		Temperatura		
Exames complementares					
Razo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos AS LESÕES POR COLISÃO COM A BARRA DO PEDESTAL DO MOTO, COMO CASO CLÍNICO RELATIVO AO ACIDENTE EM PRIMA VÍTIMA DO CASO E ATENDIMENTO.					
Diagnóstico					
Atendido por BRUNO FERNANDES DE MENEZES					

Imprimatur



14/01/2019 02:07



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO SILVA DE MENEZES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01635-7

CONTA: 000010016680-6

Nr. da Autenticação 8E650BE254311863



Call para Distrib. Automática: 0800303034

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	08/04/2019	08/05/2019	047.936.614-8

UC (Unidade Consumidora): 5/803187-4

Canal de contato

• Terça Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Lei nº 30.430, de 20 de Maio de 2002
já conhece os nossos perfis nas redes sociais? Siga e participe
Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para
acompanhar as nossas novidades, como dicas de como conservar
segurança, orientações sobre serviços, informações sobre
eventos e muito mais.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
09/04/18	3760	09/04/18	3008				241		31
Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Taxa Imp	V. Des. Base Imp	Alíq	ICMS Imp	Base Calc	ICMS Calc	Conc. Imp
		Unidade	Taxa Imp	ICMS Imp	ICMS	Por Consumo	Por Consumo	Por Consumo	Por Consumo
0001	Consumo até 300Vh-BR	30,000	0,20769	6,231	0,20	1,246	0,20	0,20	0,43
0001	Consumo - 21 a 100Vh-BR	70,000	0,44254	30,978	0,20	6,196	0,20	0,20	1,72
0001	Consumo - 101 a 270Vh-BR	170,000	0,74622	126,857	0,20	25,371	0,20	0,20	4,44
0001	Consumo acima de 270Vh-BR	21,000	0,92295	19,382	0,20	3,881	0,20	0,20	0,86
0010	Suplido			17,27	0,20	3,454	0,20	0,20	0,86
	LANÇAMENTOS E SERV. C/OS			49,88	0,20	9,976	0,20	0,20	2,46
0007	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLIC			25,18	0,20	5,036	0,20	0,20	1,00
0004	JUROS DE MORA 02/05/18			3,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 02/05/18			3,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 02/05/18			0,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0002	REINTEGRO FISCAL - ACE 04/05/18			1,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	Devolução Subsidio			-21,70	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,00

Código de Classificação do Item		TOTAL		201,77	158,35	12,42	100,20	31,5	8,90
Tarifa de Trabalho: Até 200Wh		0,102000	Até 100kWh	0,320000	Até 120kWh	0,480000	Até 220kWh	0,650000	

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
206	15/04/2019	R\$ 201,77

Histórico de Consumo (kWh)

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Apr-10	May-10	Jun-10	Jul-10	Aug-10	Sep-10	Oct-10	Nov-10	Dec-10	Jan-11	Feb-11	Mar-11	Apr-11

7dc8.15dd.2e3b.8f93.a2c9.e663.188a.6a03.

Indicadores de Qualidade 3/2010-Corr.

	Limites da ANEL	Aparente	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor [R\$]	AL		
DIC MENSAL	8,27	100	NOM AL	220	Correção da Ode de Energia (P)	35,47	17,52		
DIC TRIMESTRAL	17,54				Correção de Energia	60,83	29,06		
DIC ANUAL	26,08				Correção de Transmissão	1,51	1,73		
CONSUMO	3,87				Estimativa Setorial	1,51	1,73		
FIC TRIMESTRAL	14,27	100	CONTRATADA	200	Intensidade Operacional	80,35	47,84		
FIC ANUAL	21,41				Outros Despesa	9,25	2,85		
DAMC	3,71								
DICR	17,55								
					Total	101,77	100,00		

www.eurochem.org

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Mar/19 1976

此法與前法同。

Entrez: 4-21-455-340
 Medline: 101187-2018-02-1

15/04/2019

RS 201.77

33670000002-6 01770054000-2 08031872019-2 04400021019-3



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEVERINO RAMOS DA SILVA ARAUJO JUNIOR

RG nº 4075686, data de expedição 01/08/2012

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 70306073412 com

domicílio na cidade de CONDE, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

PEBIBIARINA, nº SIN,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima FABIO SILVA DE MENEZES, cujo o condutor era

FABIO SILVA DE MENEZES.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA 150 TITAN XS

Ano: 2008/2008

Placa: MOB 7165/PB

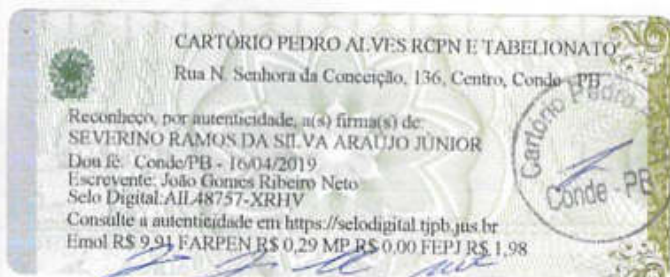
Chassi: 3C2K008108R304310

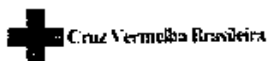
Data do Acidente: 14/01/2019

Local e Data: CONDE, 16/04/2019

Severino Ramos da Silva Araújo Junior
Assinatura do Declarante

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 3332166700

Boletim de Atendimento: 1136856



Identificação do paciente						
ID 1366026	Nome FABIO SILVA DE MENEZES	Sexo Masculino				
Data de nascimento 07/11/1993	Idade 25 anos 2 meses 7 dias	Estado civil	Religião			
Mãe MARIA AVELINO DA SILVA		Pai JOSE ANTONIO DE MENEZES				
Escolaridade		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)				
DDD móvel 63	Fone Móvel 91798506	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE		UF PB			
Empil	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58322000	Município de residência CONDE	UF PB	Logradouro PROJETADA			
Número S/N	Complemento	Bairro SENHORA DAS NEVES				
Admissão						
Data e Hora 14/01/2019 02:08:48	Número da pulseira 100007160218	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Classificação de risco	Data/hor do acidente MOTO X MOTO					
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/hor do acidente MOTO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA x mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Razo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos AS LESÕES FACIAIS VÊM DA ACIDENTE DE MOTO, COMPLETAS, EM ENTÃO, SÓLITAS EM SÍNDROME DE DE PRAXIS PARA O LADO L. 3 (TUMOR, NO LADO)						
Diagnóstico						
Atendido por BRUNO FERNANDES DE MENEZES						

Imprimir



Assinado por: SUELIO MOREIRA TORRES
Assinado por: SUELIO MOREIRA TORRES
Assinado por: SUELIO MOREIRA TORRES

14/01/2019 02:07



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIO SILVA DE MENEZES
DATA DE NASCIMENTO 27/11/93
NOME DA MÃE MARIA AVELINO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 113430
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1135655
DATA DO ATENDIMENTO 14/01/19
HORA DO ATENDIMENTO 02:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA (MOTO X MOTO)
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA-AVULSÃO LCP
CID 10 M24.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NO JOELHO ESQ. . APRESENTA EDEMA E ESCORIAÇÃO E FERIMENTO SUTURADO NO LOCAL . AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX TORAX, JOELHO ESQ. TORNOZELO ESQ.
EXAMES HEMATOLOGICOS
ECG com risco cirúrgico.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX JOELHO ESQ. - FRATURA AVULÇÃO DE LCP



TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA -AVULSÃO LCP

ALTA HOSPITALAR: 02/02/19
DATA DA EMISSÃO: 20/03/19

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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





TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

transol
HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Fabio Silva de Menezes

BE: 1135655



II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorandos, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

Artigo 11 - Após a alta médica, o paciente deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12- Após a internação a família do paciente ou o seu representante legal deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O paciente ou o seu representante legal e os profissionais da saúde do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 16/01/2019

Paciente - RG

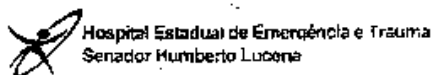
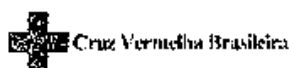
Flávio Silva de Menezes 3.798.594

Representante Legal - RG



Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FABIO SILVA DE MENEZES	BAE 1135655	Data/Hora Entrada 14/01/2019 02:08:46	Data Baixa
Data de nascimento 07/11/1993	Idade 25a 2m 7d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA AVELINO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 91798506
Endereço PROJETADA, S/N	Bairro SENHORA DAS NEVES	Município CONDE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO	Nº Cons. Regional 4518/PB
Data/Hora Classificação 14/01/2018 02:08:46		Data/Hora Prescrição 14/01/2019 04:52:25	

Anamnese

paciente com fratura de planalto tibial esquerdo e maléolo medial esquerdo. procedo internamento.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/8H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

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

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

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

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

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

CUIDADOS

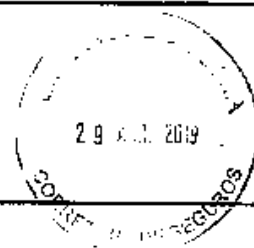
CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

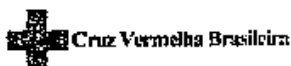
HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

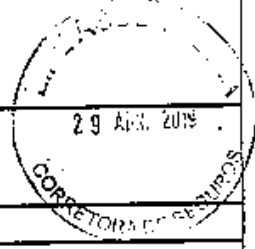
CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32185700

CNES: 445365

Paciente FABIO SILVA DE MENEZES	BAE 1135655	Data/Hora Entrada 14/01/2019 02:08:46	Data Baixa
Data de nascimento 07/11/1993	Idade 25a 2m 7d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA AVELINO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 91798506
Endereço PROJETADA, S/N	Bairro SENHORA DAS NEVES	Município CONDE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Classificação 14/01/2019 02:08:46		Data/Hora Prescrição 14/01/2019 02:51:45	
Anamnese ORTOPEDIA LATO DE COLISÃO MOTO X MOTO COM TRAUMA NO MIE. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA TCE OU PERDA DE CONSCIÊNCIA ENCAMINHADO DO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE MALEOLO MEDIAL E FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ENCAMINHADO SEM RX EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO MIE COM TALA IGNOPODALICA (RETIRADO TALA: EDEMA JOELHO ESQUERDO 1+/4+ COM DOR NA MANIPULAÇÃO, ESCORIAÇÃO FACE ANTERIOR DO JOELHO, FERIMENTO SUTURADO NA REG. LATERAL DO TNZ ESQ. EDEMA 1+/4+ COM DOR PALPAÇÃO) SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES, SEM SINAIS DE TVP CD: RX JOELHO ESQUERDO E TNZ ESQUERDO E TORAX			
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL) RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: ESQUERDA AP E PERFIL) RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)			
CID10 Código Descrição S82.1 Fratura da extremidade proximal da tibia			
Conduta Em observação			



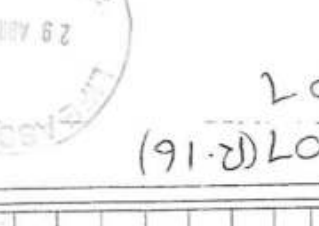
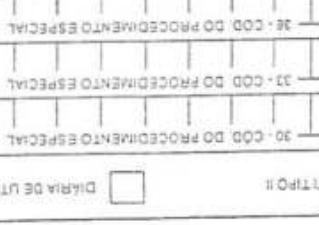


FABIO SILVA DE MENEZES

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)

Bolofim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 14/01/2019 02:10:01



 SUS Sistema Ministério Único de da Saúde Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) 1/2 Folha	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Htop		2 - CNES Htop	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Htop		4 - CNES Htop	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE FABIO SILVA DE MEDEIROS			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 111111111111111111			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 111111111111111111			
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) 111111111111111111			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 111111111111111111			
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO - 15 - UF 111111111111111111			
15 - CEP 111111111111111111			
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 111111111111111111			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 111111111111111111			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 111111111111111111			
21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 111111111111111111			
23 - CID 10 PRINCIPAL 111111111111111111			
24 - CID 10 SECUNDÁRIO 111111111111111111			
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 111111111111111111			
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 111111111111111111			
27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 111111111111111111			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 111111111111111111			
30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 111111111111111111			
31 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 111111111111111111			
32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 111111111111111111			
33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 111111111111111111			
34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 111111111111111111			
35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 111111111111111111			
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO PARAFUSO CAMUADO 7.0 N-60-07(R.16) CX DE PARAFUSO CAMUADO 7.0-0-02 (CONTINUA)			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE SUELIO MOREIRA TORRES		41 - DOCUMENTO 111111111111111111	
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/04/2019		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 111111111111111111	
43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 111111111111111111	
45 - COD. ORGÃO EMISSOR 111111111111111111		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 111111111111111111	
47 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 111111111111111111	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 		50 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 111111111111111111	

Anexo II





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

8

NOME: FABIO SILVA DE MENEZES BE/PRONTUÁRIO: 1135655
IDADE: 25 SEXO: F COR: DATA: 27/12/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-AVULSAO LCP

CIRURGIÃO: DR THALES 1º ASS: DR ARAO
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA-AVULSAO LCP	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-AVULSAO LCP	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: 31/1/2019

CRM 108.784.1 CRM-PE 21207
Cirurgião de Ortopedia
Dr. de Alencar
1501 14049



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEALTH

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM VENTRAL SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
GAROTEAMENTO DO MEMBRO
Incisão:
INCISAO POSTERIOR TRANSVERSA
DISSECÇÃO POR PLANOS
HEMOSTASIA /
Achados:
FRATURA-AVULSAO LCP
Condução:
VISUALIZADO FRATURA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA
REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO CANULADO + ARRUELA
VERIFICADO FIXAÇÃO SOB USO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS
LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
Fechamento:
FRATURA POR PLANOS
RATIVOS ESTÉREIS
RETIRADO GARROTE, BOA PERFUSAO DISTAL
Observação:
RAIO-X DE CONTROLE



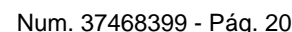
Médico/CRM:

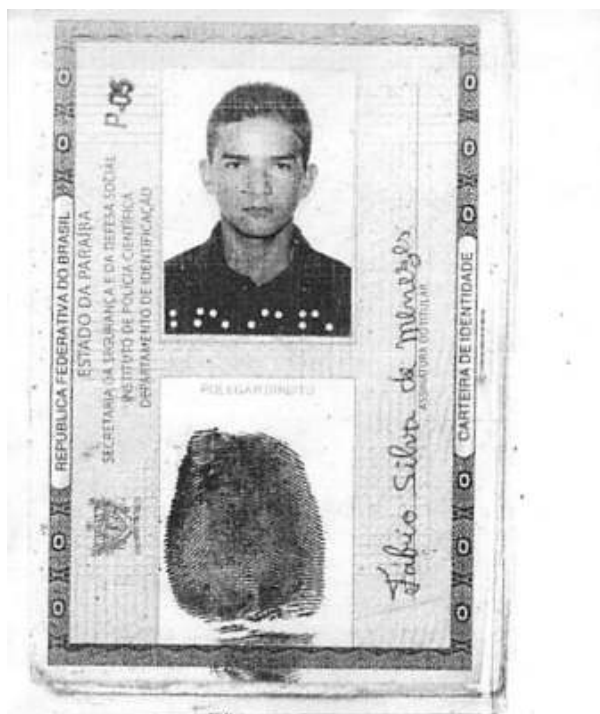
João Pessoa,

31/1/2019

Plano S. de Nuncat
Osteodonta 170014049
Cirurgia de Joelho
CRM-PB 1961 CRM-PE 23261



2



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOG7165

2017

Imprimir Consulta

MOG7165	Último Licenciamento: 2017
	Proprietário: *****
	Placa: MOG7165
	Combustível: GASOLINA
PASSA / MOTOCICLET	Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
	Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
HONDA/CG 150 TITAN KS	Ano de Fabricação: 2008
	Ano Modelo: 2008
	Categoria: PARTICULAR
	Cor Predominante: CINZA
	Vencimento Licenciamento: 31/07/2019
	Observação:
	Restrição:
	Financeira:
	Município: JOAO PESSOA
	Situação: EM CIRCULACAO
	Data da Consulta: 29/04/2019

JOAO PESSOA

29/04/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297329 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO SILVA DE MENEZES **Data do acidente:** 14/01/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM PARAFUSOS)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA AS DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Suelio Silveira de Menezes
DATA DO ACIDENTE 14/01/2019 CPF DA VITIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREGO DO PORTADOR _____
Nº 5111 COMPLEMENTO _____ BAIRRO ASA DAS VELHAS
CIDADE COQUE UF PB CEP 58322-000
E-MAIL _____ TELEFONE 83398225388

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO INL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETEM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/04/2019IDENTIDADE 4.021.CITASSINATURA Suelio S de Menezes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME 29-03-2019ASSINATURA [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143626/19

Vítima: FABIO SILVA DE MENEZES

Data do acidente: 14/01/2019

CPF: 063.969.164-10

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO SILVA DE MENEZES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

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
Outros

FABIO SILVA DE MENEZES : 063.969.164-10

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: 29/04/2019
Nome: FABIO SILVA DE MENEZES
CPF: 063.969.164-10

FABIO SILVA DE MENEZES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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

Processo: 08058002620198152003

BRADESCO SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FABIO SILVA DE MENEZES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 2 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:56:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409564396100000035749539>
Número do documento: 20120409564396100000035749539