



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
37467 897	04/12/2020 09:56	Petição	Petição
37468 399	04/12/2020 09:56	2757122_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02	Outros Documentos
37468 401	04/12/2020 09:56	2757122_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:56:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409564269300000035749535>
Número do documento: 20120409564269300000035749535

Num. 37467897 - Pág. 1



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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14256516



330 01777/01778 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:56:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409564330900000035749537>
Número do documento: 20120409564330900000035749537

Núm. 37468399 - Pág. 1



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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Nome completo: **Fábio Silva de menezes** CPF: **063.964-10**
 Profissão: **Agricultor** Endereço: **R. Ibiapina**
 Bairro: **NSLA DAS NEVES** Cidade: **Conde** Estado: **PB** CEP: **58322000**
 E-mail: **23998225389**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA 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)

AGÊNCIA: **1635** CONTA: **16 680** Dígito: **4**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 10474, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso de nulidade do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ônus ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 270 do Código Penal.

Local e Data, **José Pessoa 29/09/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Fábio Silva de menezes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura
29 ABR 2019
 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura
29 ABR 2019
 3º | Nome: _____
 CPF: _____

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 RODO, 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 COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

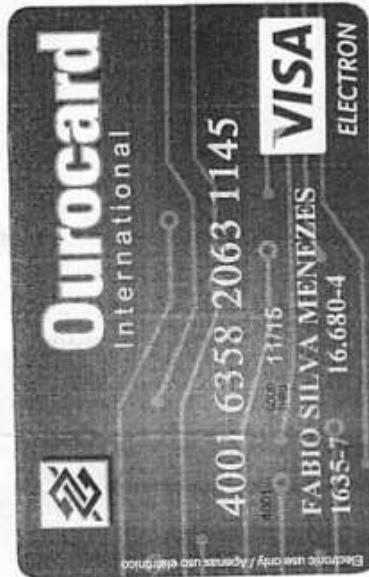
01 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:56:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409564330900000035749537>

Número do documento: 20120409564330900000035749537

Num. 37468399 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:56:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409564330900000035749537>
Número do documento: 20120409564330900000035749537

Num. 37468399 - Pág. 4

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA

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



2-DSF

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 integra: 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 Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fábio 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, N° 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: Elvicio 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 Araújo, CPF nº 703.060.734-12, irmão do notificante de criação;QUE seguia normalmente em sua mão quando um outro motoqueiro vinha em sentido contrário 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 TOLÉDO, 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 26 de abril de 2019.

JOSÉ SAULO ARAÚJO NEGREIROS
Agente de Investigação

Fábio Silva de menezes
FABIO SILVA DE MENEZES
Noticiante



Procedimento Policial: 00086.01.2019.1.00.420

1/1



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:

043628/39

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

Profissão:

Agricultor

Endereço:

P.E. Ibiapina

Bairro:

NSLA DAS NEVES

Cidade:

Conde

CPF:

063.969.164-10

Número:

301

Complemento:

CEP:

58322000

Tel.(DDD):

23998225389

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

7635

7

CONTA: 16680

AGÊNCIA:

CONTA: _____

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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):

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.514/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso o resultado da sua consteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.

Impresso	Local e Data,
Assinado	_____ Local e Data, 29/04/2014
Assinado	Name: _____
Assinado	CPF: _____

Local e Data,

Name: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Fabio Silva de menezes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

29 ABR 2019

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escrever outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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 COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

01 V001/2018





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, 69 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332155700

Boletim de Atendimento: 1135656

**Identificação do paciente**

ID 1368028	Nome FÁBIO SILVA DE MENEZES			Sexo Masculino
Data de nascimento 07/11/1993	Idade 25 anos 2 meses 7 dias	Estado civil	Religião	Pontuário
Mãe MARIA AVELINO DA SILVA	Pai JOSE ANTONIO DE MENEZES			
Escolarizada	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 81799506	DDD Fixo	Fone Fixa	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITI (ORTOTRAUMA)		UF PB	UF PB	
Email	Naturalidade JOÃO 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	Clinica	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Classificação de risco		Detalhe do acidente MOTO X MOTO
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Painel de saída Não	Vélo de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Ralo X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

96 Oxi. 8, CO2. 6, Hb. 12, Hct. 36, AC. 24, B. 60, S. 70,
Glic. 100, Lact. 10, GGT. 100, LDH. 100, ALAT. 100, ALAT. 100,
GPT. 100, GGT. 100, LDH. 100, ALAT. 100, ALAT. 100, GPT. 100.

Diagnóstico

Atendido por
BRUNO FERNANDES DE MENEZES

Imprimir

29/01/2019

14/01/2019 02:07

GOV. PB - Gontas
CID
Entremetido
Tel: 8376706
01 min 150eg

CORRETORA DE SEGUROS



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:56:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409564330900000035749537>
Número do documento: 20120409564330900000035749537

Num. 37468399 - Pág. 8

Luisito MIGORRAGA
Calle 8o # 8-471 RESIDENCIAL, BARRANQUILLA
Roberto 4-21-420-340
Móvil 0000078174

TaxiFiscal/IntelliEnergy/Intec/Prodrive
Cust. part #18. Automatique 000000318214

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196
Cód. para Dist. Automática: 00000000000000000000000000000000

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	08/04/2019	08/05/2019	047.938.614-8

UC (Unidade Consumidora):

5/803187-4

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é criada em 16 de Março de 2002. Conheça as nossas perdas redutoras e participe no Facebook, Twitter, insta gram, LinkedIn e YouTube acompanhando nossas novidades, comentários e debates sobre energias renováveis e investimentos em tecnologia.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Leritura	Data	Leritura							
09/03/18	3760 67*	09/04/18	4009	+ +		241		21		
Demonstrativo										
		Quartil de Tensão	Voltas Bateria	Ambiente	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)				
		Tensão: 100% (ICM20) / ICM30	ICM20	ICM30	Por Unidade	Unidade (kWh/mês)				
0021	Consumo mês 30kWh-BR	30.000	0,3076Kw	9,65	8,83	27	2,35	8,83	0,09	0,43
0021	Consumo -0,1a 100kWh-BR	70.000	0,4828Kw	34,54	34,54	27	8,37	34,54	0,37	0,43
0001	Consumo - 10,1a 200kWh-BR	170.000	0,7402Kw	90,02	88,80	27	22,99	88,82	0,36	0,44
0021	Consumo mês de 220kWh-BR	21.200	0,6209Kw	15,37	17,77	27	4,38	17,77	0,20	0,86
0010	Suspeita			40,38	48,86	27	13,22	48,86	0,33	0,45
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICO			25,18	0,00	0	0,00	25,18	0,00	0,00
0004	JUROS DEMORA 02/2018			2,71	0,00	0	0,00	2,71	0,00	0,00
0005	MULTA 03/2018			3,01	0,00	0	0,00	3,01	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2018			0,48	0,00	0	0,00	0,48	0,00	0,00
0002	BEM-SEGURO FÁCIL - ACE 04/2018			0,34	0,00	0	0,00	0,34	0,00	0,00
0006	Contribuição de Inverno			27,70	0,00	0	0,00	27,70	0,00	0,00

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO

卷之三

VENCIMENTO

TOTAL AND PARTIAL

RS 201 77

Histórico de Consumo (kWh)

Zdroj: 15-11-2021 09:57

ATENÇÃO

ATENÇÃO

REAVIVO DE VENCIMENTO
em atraso, o fornecedor sobre...
Rescisão X da ANEEL. O pagamento
de débitos suspenso de pagamentos, em
contas pagas não podem ser anulados com-
pletamente o pagamento das respectivas contas.
Está sujeita à inclusão de multas e juros.
Se a usina for autorizada como Balsa Fluminense
e/ou Vaca Brava, tendo-se o encargo de R\$ 22,78
por Veroz. Chegada à Cedae pode resultar
na cobrança de multa.

Cobrança de Serviço BIM SEDOR FÁCIL - ACS-01.
O pagamento da cobrança deve ser feito em até 10 dias úteis, caso contrário
será aplicado o reajuste de 10%.

Estimated page 4

Páginas em atraso

A circular stamp with a double-line border. The inner circle contains the date "29 APR 2004". The outer ring contains the words "CORREO" on the left and "SECURE" on the right, stacked vertically.

Promoção 4-21-430-340
Matrícula: 00187-2019-04-4 15/04/2019 R\$ 201,77
83870000002-6 01770054010-2 08331872019-2 04400001219-2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:56:43

<http://pie.tipp.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012040956433090000035749537>

Número do documento: 20120409564330900000035749537

Núm. 37468399 - Pág. 9

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEVERINO RAMOS DA SILVA ARAUJO JUNIOR,
RG nº 4075636, data de expedição 01/08/2012
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 70306073412, com
domicílio na cidade de CONDE, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Praia das Pinhas, nº 511,
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 Fábio Silva de Oliveira, cujo o condutor era
Fábio Silva de Oliveira.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: Honda 100 150 TITAN ABS
Ano: 2008/2008
Placa: M06 7165/PB
Chassi: 302K008108A304810
Data do Acidente: 14/04/2019
Local e Data: Conde, 16/04/2019

Severino Ramos das silva Araujo Junior
Assinatura do Declarante

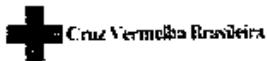
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO PEDRO ALVES RCPN E TABELIONATO

Rua N. Senhora da Conceição, 136, Centro, Conde - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
SEVERINO RAMOS DA SILVA ARAUJO JÚNIOR
Data: Conde/PB - 16/04/2019
Escrevente: João Gomes Ribeiro Neto
Selo Digital:AIJ.48757-XRHV
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,91 FARPEM R\$ 0,29 MP R\$ 0,00 FEPJ R\$ 1,98





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. GRESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel.: 8332186700

Boletim de Atendimento: 1136656



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 Solteiro	
Mãe MARIA AVELINO DA SILVA	Pai JOSE ANTONIO DE MENEZES	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
Escolaridade	DDD Móvel 63	Fone Móvel 91798506	DDD Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	Fone Fixo
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)		Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	

Endereço

CEP 58322009	Município de residência CONDE	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número S/N	Complemento		Bairro SENHORA DAS NEVES

Admissão

Data e Hora 14/01/2019 02:08:46	Número da pulseira 100007160218	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Côlica	
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso particular Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

*05/01/2019, FACC 6-16 V-1-11A 06 AC 24-6 66 0074,
com queixa de dor abdominal, evolução de 24h-10h00min.
O paciente é atendido no 07/01/2019 02:08:46 (Triage 05) com
ORIF 07/01/2019 02:08:46.*

Diagnóstico

Atendido por
BRUNO FERNANDES DE MENEZES

Imprimir

29 ABR 2019



GIP
Centro
Tempo 75706
01min 16seg

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-AVULSAO 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. TORNOCOLO ESQ.

EXAMES HEMATOLOGICOS

ECG com risco cirúrgico.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX JOELHO ESQ. - FRATURA AVULSAO DE LCP



TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA -AVULSAO 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

Transf. Col

HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Fábio 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 Aprimorados, 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 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

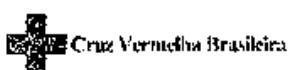
Flávio Silveira de Menezes 3.798.594

Representante Legal – RG



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





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sr, 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	Telefone de Contato (83) 91798506
Mês MARIA AVELINO DA SILVA	Prontuário		
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 14/01/2019 02:08:46		Data/Hora Prescrição 14/01/2019 04:52:25	

Anamnese

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

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

29/1/2019

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

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

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

LICOSA 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 , S/N)

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: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

Assinado eletronicamente por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 14/01/2019 02:10:07

SSVV + CCGG



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FÁBIO 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			Prontuário
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 ERDA DE COSCIÊNCIA
ENCAMINHADO DO ORTOGRAFIA 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

29 ABR. 2019



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
862.1	Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Em observação

FÁBIO SILVA DE MENEZES

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)

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







CELESTE MELINA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

卷之三

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:
 INSTRUMENTADOR:
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

- PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-AVULSAO LCP	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO NÃO

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

X ENFERMARIA
RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIBÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: 31/1/2019

A circular stamp with the text "CORRETORA DE SEGUROS" around the perimeter and "29 APR 2019" in the center.

o. de Alençar
adisa TEOT 14049
~~Churba do CRB-PR~~
CRM-PR 1001



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:56:43
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012040956433090000035749537>
Número do documento: 2012040956433090000035749537

Num. 37468399 - Pág. 18

RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHL

DESCRÍÇÃO 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	
Conduta:	
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:	
SUTURA POR PLANOS	
MATERIAL ESTÉREIS	
RETIRADO GARROTE, BOA PERFUSÃO DISTAL	
Observação:	
RAIO-X DE CONTROLE	



Médico/CRM:

João Pessoa,

31/1/2019

Almo S. de Menezes
Ortopedista Traumatologista
Cirurgião de Joelho
CRM-PB 7961 CRM-FE 23567



Nota de Sala Cirúrgica

HOSPITAL

NOME DO PACIENTE: FABRÍCIO SILVA DE MEDEIROS

IDADE: 35 BE GROWTH LIAO FEVERNAIA: 101 LETO

CIRURGIA: FIST. AVULSA DEFECTO E FESTOCTOMIA DA TIBIA E SO.

CIRURGIA: DR. ARAO PTA: THAIES TALEX

ANESTESIA: RAOU + SEDACAO

ANESTESISTA: DR. THAVERES

INSTRUMENTADOR

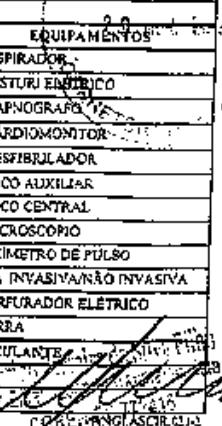
DATA: 20/01/19 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO: 13:30 H:52 FIM: 13:40 H:40

INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) ASA 5 (5)

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: LIMPIDA (CONTAMINADA) INFECTADA) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	500	JELCO N°10		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL	500	JELCO N°14		FIO DE NYLON N°	20
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	JELCO N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
VENTANIL	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUKEZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	0
FLORALAN	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	0
IVOBUPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE EXERTO		FIO POLIPRÓPILENO N°	
IVOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPRÓPILENO N°	
LIDOCAINA C/VASO	AGULHA 15X4,5	LUVA ESTÉRIL N°0		FIO POLIPRÓPILENO N°	
LIDOCAINA S/VASO	AGULHA 25X01	LUVA ESTÉRIL N°5		FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL N°0		FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIACA	
MBIBUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MASCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		FIO DE KIRSCHNER N°	
PETITINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO		FIO DE KIRSCHNER N°	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19		CIMENTO CIRÚRGICO	
RAMPENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		FIO STEINMAN N°	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	GRANPEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	HEMOST. ABSOR VIVEL	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	KUT DERIVA VENTRICULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLE C ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	PRÓTESE VASCULAR	
BEATRA		CATETER ENDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	KUT PAM	
EFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2 VIAS N°12	FIXADOR EXTERNO	
EXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2 VIAS N°14	EMPRESA	
IRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais	
EDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
EUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCAO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTANDINA		ESPOONGA DE PVP		EQUIPAMENTOS	
TENOXICAN		ESPARADRAP	FIOS	QTD.	
		GAZES	OK	FIO ALGODÃO SA N°	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO SA N°	
		GEL ELETROLÁTICO		FIO ALGODÃO CA N°	
		JELCO N°14		FIO ALGODÃO CA N°	
		JELCO N°16		FIO ALGODÃO CA N°	
<i>CX CANULA 7.0 DE PARENTO 0-0-0</i>					
<i>VALVULAS CANULAS 7.0 N°60-01 R-16</i>					
<i>CRT-HO-LPG</i>					
<i>03 VENENO</i>					





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:56:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409564330900000035749537>
Número do documento: 20120409564330900000035749537

Num. 37468399 - Pág. 22

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOG7165

2017

Imprimir Consulta

MOG7165	Último Licenciamento: 2017
PASSA / MOTOCICLETA	Proprietário: *****
HONDA/CG 150 TITAN KS	Placa: MOG7165
2008 2008	Combustível: GASOLINA
PARTICULAR CINZA	Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
31/07/2019	Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA
	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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:56:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409564330900000035749537>
Número do documento: 20120409564330900000035749537

Num. 37468399 - Pág. 24

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143626/19

Vítima: FABIO SILVA DE MENEZES

CPF: 063.969.164-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/01/2019

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FABIO SILVA DE MENEZES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:56:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409564330900000035749537>
Número do documento: 20120409564330900000035749537

Num. 37468399 - Pág. 26



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a 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



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

Num. 37468401 - Pág. 1

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

Num. 37468401 - Pág. 2