



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)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35411351	13/10/2020 19:55	2757122_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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,

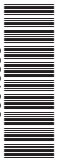
Seguradora Líder-DPVAT

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.

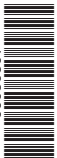
Atenciosamente,

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. ibiraapirama** Número: **311** Complemento:
Bairro: **NSRA DAS NEVES** Cidade: **conde** Estado: **PB** CEP: **58322000**
E-mail: **23998225389**

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

REDA 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) ☐ Itaú (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 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 6.174/74, 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.

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.

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: **29.09.2019**
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) 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. Ipirapina 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) ☐ Itaú (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 ocorra, 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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332185700

Boletim de Atendimento: 1135656



Identificação do paciente						
ID	Nome		Sexo			
1268025	FABIO SILVA DE MENEZES		Masculino			
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Previdência		
07/11/1993	25 anos 2 meses 7 dias					
Mãe	Pai					
MARIA AVELINO DA SILVA	JOSE ANTONIO DE MENEZES					
Escolaridade	Responsável (Parentesco)					
	O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo			
83	91798506					
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência	Tipo		UF			
HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	UNIDADESAUDE		PB			
Email	Naturalidade	CBOR				
	JOAO PESSOA					
Endereço						
CEP	Município de residência	UF	Logradouro			
5932200	CONDE	PB	PROJETADA			
Número	Complemento	Bairro				
SN		SENHORA DAS NEVES				
Admissão						
Data e Hora	Número da puleira	Convênio				
14/01/2019 02:08:48	100007160218	SUS				
Especialidade	Clínica					
CIRURGIA GERAL						
Classificação de risco	Origem do paciente					
	OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente				
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial	Plano de saúde	Via de ambulância	Trauma			
Não	Não	Não	Não			
Meio de transporte	Quem transportou					
SAMU						
Sinais Vitais						
PA	Pulso		Temperatura			
Exames complementares						
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
AS LESÕES FOCALIZADAS EM UM BRANCO DE 24.6 DE 2019, COMBATEO, CRIANDO, SUSTENTANDO, E... (INTELIGENTE)...						
Diagnóstico						
Atendido por						
BRUNO FERNANDES DE MENEZES						

Imprimir



Assinado por: Suelio Moreira Torres
Enfermeiro
1268025
01min 15seg

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	047.936.514-8

UC (Unidade Consumidora): 5/803187-4

Canal de contato

Terça Social de Energia Elétrica - TSEEfe: Crie uma lista de 10-20 de 20 de maio de 2002

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 Conc.	Alis. Conc./Rat. ICMS	Base Conc. For. Conc./Rat. ICMS	Cálculo
							(1,0000) x (1,0000) x (1,0000)
0601	Consumo até 300Vh-BR	30,000	0,20769	6,231	8,320	27	3,28
0601	Consumo > 31 a 100Vh-BR	70,000	0,44254	30,94	34,54	27	8,33
0601	Consumo > 101 a 270Vh-BR	170,000	0,74622	126,83	140,85	27	24,24
0601	Consumo acima de 270Vh-BR	21,000	0,92955	19,37	21,27	27	5,72
0610	Suplido			17,27	17,27	27	4,58
				49,88	49,88	27	12,22
	LANÇAMENTOS E SERV. C/OS						46,90
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PUBLI			25,18	0,00	0	0,00
0604	JUROS DE MORA 02/05/18			3,71	0,00	0	0,00
0905	MULTA 02/05/18			3,01	0,00	0	0,00
0606	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 02/05/18			0,08	0,00	0	0,00
0602	REMISSÃO FISCAL - ACE 04/05/18			1,34	0,00	0	0,00
0606	Devolução Subsidio			-23,78	0,00	0	0,00

Cód. Código de Classificação do Item: TOTAL Tarifa de Trabalho: Até 200kWh 0,102000 Até 100kWh 0,200000 Até 220kWh 0,400000 Acima de 220kWh 0,500000	201,77 198,35 12,60 190,20 31,5 8,90
--	---

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	36,08	100	CONTRATADA	200	Correção de Transmissão	1,51	1,73
FC MENSAL	3,67				Energia de Substituição	80,35	47,84
FC TRIMESTRAL	14,27				Outros Derivados e Encargos	9,25	2,85
FC ANUAL	31,71						
DAC	17,52						
DICR							
Total						101,77	100,00

Received: 2019-09-25; accepted: 2019-10-15

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Mar/19 1976

此法可治一切瘡毒。

Entrez: 4-71-433-340
 Medline: 101187-2018-02-1

15/04/2019

RS 201.77

83870000002-6 01770054000-2 08331872019-2 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 X5

Ano: 2008/2008

Placa: MOB 7165/PB

Chassi: 3C2K008108R304310

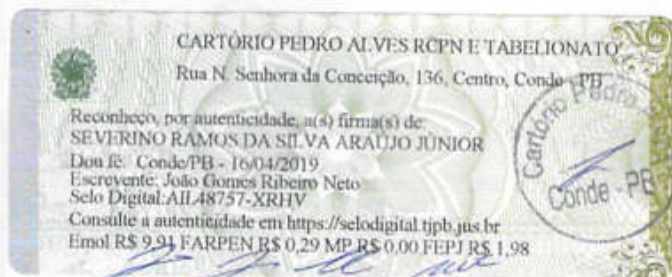
Data do Acidente: 14/01/2019

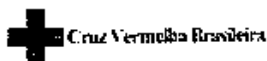
Local e Data: CONDE, 16/04/2019



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	Prontuário		
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					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/hora 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	Quom 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 ON PRAXIMARU PIS DO L. 3 (TNEIO, MO, CND)						
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:

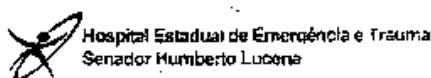
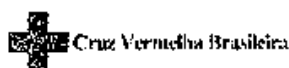
O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 16/01/2019

Paciente - RG

Flávio Silva de Menezes 3.798.594
Representante Legal - RG





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

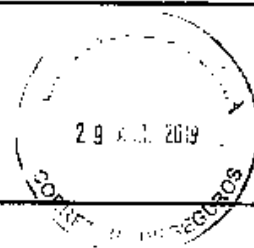
CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

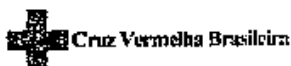
SSVV + CCGG



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:55:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319553142900000033831418>

Número do documento: 20101319553142900000033831418



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

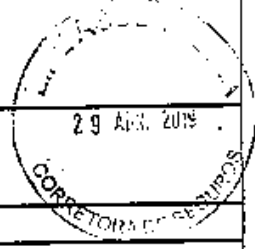
CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32185700

CNES: 445365

Paciente FABIO SILVA DE MENEZES	BAE 1135855	Data/Hora Entrada 14/01/2019 02:08:48	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 02:08:48	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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:55:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319553142900000033831418>
Número do documento: 20101319553142900000033831418

 SUS Sistema Ministério Único de da Saúde Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) Folha 1/2	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Htop		2 - CNES Htop	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Htop		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE FABIO SILVA DE MEDEIROS			
6 - Nº DO PRONTUÁRIO		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 11111111111111111111	
8 - DATA DE NASCIMENTO 11/11/11		9 - SEXO ☒ MASC ☐ FEM	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 11111111111111111111		11 - TELEFONE DE CONTATO 11111111111111111111	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 11111111111111111111		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 11111111111111111111	
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO - 15 - UF 11111111111111111111		15 - CEP 11111111111111111111	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 11111111111111111111		19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 11111111111111111111	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 11111111111111111111		21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 11111111111111111111	
22 - CID 10 PRINCIPAL 11111111111111111111		23 - CID 10 SECUNDÁRIO 11111111111111111111	
24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 11111111111111111111		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 11111111111111111111	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 11111111111111111111		27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 11111111111111111111	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III		29 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111111111111111	
30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111111111111111		31 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111111111111111	
32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111111111111111		33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111111111111111	
34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111111111111111		35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111111111111111	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO PARAFUSO CAVALHO 7.0 N-60-07(R.16) CX DE PARAFUSO CAVALHO 7.0-0-07 (CONTINUA)			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE LAURO MOREIRA TORRES 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29.04.2019 41 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - COD. ORGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 47 - DOCUMENTO 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			

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: 108.741 CRM-PE 2107
Cirurgião de Ortopedia
Dr. de Alencar
Medista TEOT 14049



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:55:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319553142900000033831418>

Número do documento: 20101319553142900000033831418

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSH

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



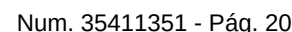
Médico/CRM:

João Pessoa,

31/1/2019

Dr. S. de Nencat
Osteodonta 170014049
Cirurgia de Joelho
CRM-PB 1961 CRM-PE 23261



2

ANESTESIA

FICHA DE ANESTESIA



PACIENTE: Fabio Lima de Menezes DATA: 31/10/19 PRONTUÁRIO: 1135655 SEXO: M COR: P IDADE: 252

PRESSÃO ARTERIAL 130/80 PULSO 90 RESPIRAÇÃO 16 TEMPERATURA 36,5 PESO 70 GRUPO SANGÜÍNEO O+

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

EXAMES COMPLEMENTARES Exames de rotina

AP. RESPIRATÓRIO Normal AP. CIRCULATÓRIO Normal

AP. DIGESTIVO Normal ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO Nenhuma

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA 100mg ESTADO FÍSICO (ASA) I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Artroscopia de LCP

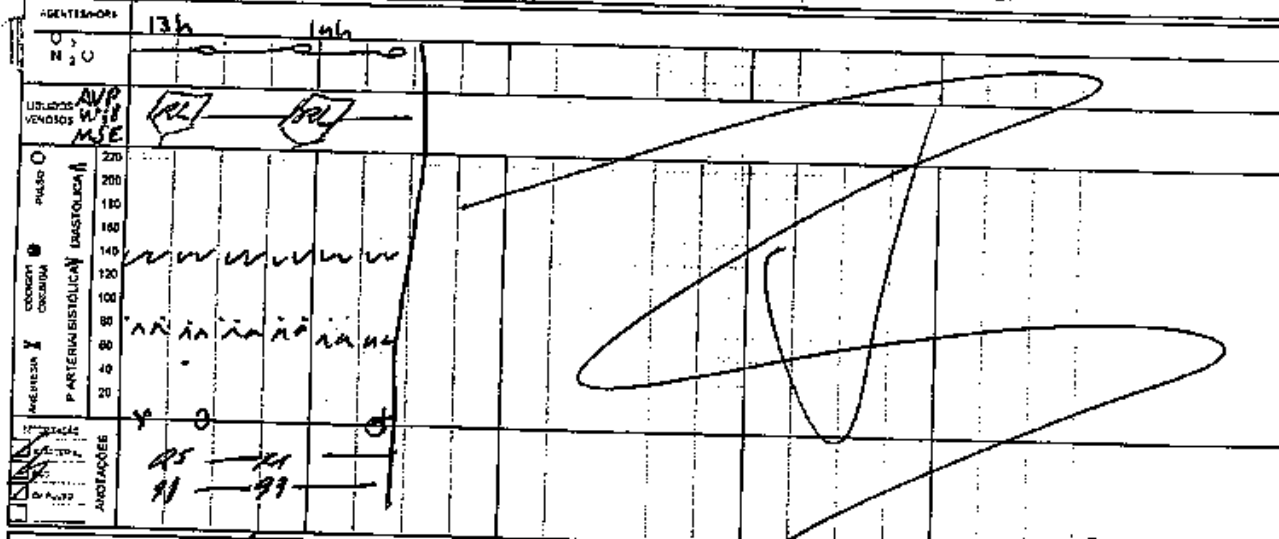
CIRURGIA REALIZADA Artroscopia de LCP (Tratamento cirúrgico)

CIRURGIÃO Dr. T. T. T. AUXILIARES Dr. A. A. A.

INÍCIO DA ANESTESIA 13:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 14:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h 30

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 101:30 QUANT. DE CH. 100ml VALORES RS 100:30

ANESTESISTA Dr. T. T. T. CPF 123.456.789 CRM-PB 7179



☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EMOURAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO MEDULA ☐ OUTROS

INDICAÇÃO: 1. Artroscopia de LCP, artroscopia e artroscopia com aluna 701

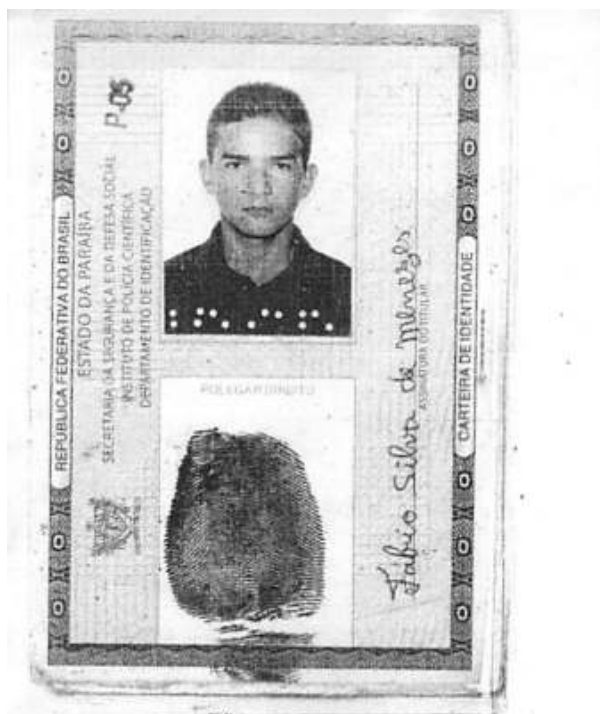
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANT.	DESCRIÇÃO	QUANT.
1	Propofol 10mg	11
2	Fentanyl 200mcg	12
3	Cloridrato de Lidocaína 20mg	13
4	Marfan 100mg	14
5	Cloridrato de Lidocaína 75mg	15
6	Propofol 10mg	16
7	Diprônio 20mg	17
8	Marfan 100mg	18
9	Cloridrato de Lidocaína 75mg	19
10		20

DESTINO DO PACIENTE: ☐ APT ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESCÊNCIA ☒ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: paciente medicado, aluna 701, LCP, aluna 704, 11

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. T. T. T.



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
☒ BOLETIM 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

ASSINATURA

29-04-2019

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

