



Número: **0801338-61.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **20/05/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCOS ANDRE DE MENEZES (AUTOR)		MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37362098	02/12/2020 11:08	2769355_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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190650991

Vítima: MARCOS ANDRE DE MENEZES

Data do Acidente: 10/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS ANDRE 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 15185314

Pag. 00407/00408 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190650991

Vítima: MARCOS ANDRE DE MENEZES

Data do Acidente: 10/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS ANDRE DE MENEZES

Informamos que o pagamento da indenização do 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: **MARCOS ANDRE DE MENEZES**

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

Banco: **104**

Agência: **000000729**

Conta: **0000024872-5**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

090.988.009.24 MARCOS ANDRE DE MENEZES

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

MARCOS ANDRE DE MENEZES

090.988.009.24

RUA MONACO

MUMBABA SANTA RITA PB 58.300.000

83.991.626.443

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 00029872 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

22 - 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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (s) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



Scanned with CamScanner





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13309.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13309.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:22 horas do dia 19 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu **Marcos Andre de Menezes**, CPF nº 090.988.004-24, nacionalidade brasileira, filho(a) de Ismeralda Andre dos Santos e Jose Marcos de Menezes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/10/1989 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Monaco, complemento AP. 103, RITA SARAIVA, MUMBABA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Depósito Bom Jesus, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99162-6443.

Dados do(s) Fatos:

Local: Senai, João Pessoa/PB, bairro Distrito Industrial; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/04/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO X MOTO) QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA FAN 125, COR PRETA, ANO 2010 E MODELO 2010, DE PLACA NPX-9078/PB, CHASSI 9C2JC4110AR683418, DE PROPRIEDADE DO SENHOR CASSIO ALISSON DO N. SOUZA; QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA SOFREU LESÕES, SENDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO, PELO SAMU(PROTOCOLO 2410869), AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; QUE ESTE HOSPITAL EMITIU LAUDO MÉDICO, ASSINADO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLEDO, CRM 1873/PB; QUE CONSTA NO LAUDO MÉDICO O CID 10 S82.0; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARECER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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 fé.

João Pessoa/PB, 19 de novembro de 2019.

MARCOS ANDRE DE MENEZES
Notificante



Procedimento Policial: 13309.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
090.988.009.24 MARCOS ANDRE DE MENEZES

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

5 - Nome completo: MARCOS ANDRE DE MENEZES 6 - CPF: 090.988.009.24
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA MONACO 9 - Número: 10 - Complemento: AP. 103
11 - Bairro: MUMBABA 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.300.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83.991.626443

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0729 CONTA: 00029872 5 AGÊNCIA: CONTA: (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.

22 - 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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (saindo)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 24/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019





Scanned with CamScanner





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 905/021, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2410869, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MARCOS ANDRE DE MENEZES** Idade 29 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 10/04/2019, nas proximidades da entrada do SENAI, Bairro: Distrito Industrial - João Pessoa - aproximadamente às 18:07 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 14 de Maio de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

CRE 154 Registro 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	10/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANDRE DE MENEZES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000024872-5

Nr. da Autenticação 92E5388A5B959B57





Lugar: MONTEPACIO
 C/51 - RES.MTC 517 RESIDENCIAL BARRA RENDA
 Rota: 3-9-234-190 Referência: CM/1016
 Week: D53-2392-15 Emissão: 05/10/2015

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 R. 250 Km. 25 - Cuiabá Retiro - Jd. Fênix / PB - CEP 59071-680
 CNPJ 09.066.182/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-6

Nata Fiedor, Dorcas de Energia Eletica 4032 216 667
Cel. para Bib. Automatica 3031 210327

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAN
Out / 2019	08/10/2019	08/11/2019	090.998.004-24 nrc. 006

UC (Unidade Consumidora): 5/1780032-7

Canal de contato

Tel: 11 5066-2626. E-mail: energia@brasil.com.br. TSE 101, prédio da Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
01/01/15	241	01/10/15	329	1	190	21

Demonstrativo

CD	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Valor Unitário	Valor Total	Valor Unitário	Valor Total
001	Consumo de Energia	30.000	0,000000	7,00	7,00	0,00	7,00	0,00
002	Consumo de Água	70.000	0,000000	31,50	31,50	0,00	31,50	0,00
003	Consumo de Gás	50.000	0,000000	18,75	18,75	0,00	18,75	0,00
004	Aluguel	1.000	0,000000	4,50	4,50	0,00	4,50	0,00
005	Aluguel de Equipamento	1.000	0,000000	0,50	0,50	0,00	0,50	0,00
006	Aluguel de Terreno	1.000	0,000000	42,00	42,00	0,00	42,00	0,00
Lançamentos de Emissão								
007	Contrato de Emissão	1.000	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
008	Aluguel de Equipamento	1.000	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
009	Aluguel de Terreno	1.000	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
010	Parcelamento de Emissão	1.000	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
011	Parcelamento de Emissão	1.000	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
012	Parcelamento de Emissão	1.000	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
013	Parcelamento de Emissão	1.000	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
014	Parcelamento de Emissão	1.000	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CO2: Consumo de Gás (litros/kg de carne)	TOTAL	199,68	103,04	22,22	103,04	1,00	67%
Fonte: A.T. Tropical, AN 2000h, C 121712, A16 1500h, B 731503, A16 2200h, C 121712							

MAQUILAGEM	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
155	15/10/2019	R\$ 196,56

Histórico de Consumo (kWh)

161	170	184	190	183	174	172	119	194	2	111	120
Oct/14	Nov/15	Dec/15	Jan/16	Feb/16	Mar/16	Apr/16	May/16	Jun/16	Jul/16	Aug/16	Sep/16

RESERVADO AO FISCO

8773.ee39.6a8e.abd4.24d7.326a.a641.756d

Indicadores de Qualidade R2019-Deoria

[illegible]

Composição do Cerrado

Discriminazione	Valori (R\$)	%
Percepção de Valor e Benefícios	88,80	91,23
Atividade e Energia	85,80	87,24
Atividade Intelectual	81,20	83,25
Atividade Social	78,80	80,81
Atividade Física e Esportes	65,80	67,38
Outros Serviços	87,00	89,12
Total	195,60	100,00

1980年12月25日

ATENÇÃO

SEU ENDEREÇO: _____
Cidade: _____ Estado: _____

Faturas em atraso



☐ 01 - NÃO OU - SE ☐ 02 - ENDEREÇO INEQUÍVOCANTE ☐ 03 - NÃO ENVIAR (NÃO É OBRIGATORIO) ☐ 04 - FALSO ☐ 05 - DESCONHECIDO ☐ 06 - RECUSADO		☐ 07 - AUTÊNTICA ☐ 08 - NÃO PRECISAMOS ☐ 09 - NÃO É OBRIGATORIO ☐ 10 - NÃO É OBRIGATORIO ☐ 11 - NÃO É OBRIGATORIO ☐ 12 - NÃO É OBRIGATORIO ☐ 13 - NÃO É OBRIGATORIO		Resposta ao Serviço Postal em: Referência Responsável: _____ Matrícula: _____
--	--	--	--	---

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
 Avenida Tucuruí, 421 - Tamboré
 06460-020 - Barueri - SP - Brasil



Por que esperar a sua fatura chegar em casa? Baixe, agora, o app Way para acompanhar suas compras em tempo real e cadastre o recebimento da fatura por email.



CTC RECIFE PE PL7
 ARMANDO DE ARAUJO PAIVA FILHO
 R COMERCIANTE EDILSON PAIVA 642
 AP202 JARDIM CIDADE
 58052-750 JOAO PESSOA PB



AD: 20406078



7208288526 27600 11850176078 30 260819



Quer fazer compras online com mais segurança? Gere o seu cartão compras online no app Way.

Data Postagem: 28/04/2019
 Data Vencimento: 09/09/2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Matheus Vitor de Lima Paiva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 091.015.204/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcos André de Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.988.004/24

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcos André de Menezes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.988.004/24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. - Comerciante Edilson Paiva</u>	Número: <u>642</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Jardim Cidade</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58052-750</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 99816-8965</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 21/11/19

Matheus Vitor de Lima Paiva

Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARCOS ANDRÉ DE MENEZES
DATA DE NASCIMENTO 21/10/89
NOME DA MÃE ISMERALDA ANDRÉ DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 115104
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1155256
DATA DO ATENDIMENTO 10/04/19
HORA DO ATENDIMENTO 18:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE RÓTULA ESQ.
CID 10 S82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NO QUADRIL DIR. , E JOELHO ESQUERDO. FERIMENTO EM JOELHO ESQ. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL E ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX JOELHO ESQ. , RX BACIA , TC DE QUADRIL, RX TORAX, COXA ESQ. , PERNA ESQ. , TORNOZELO ESQ.

USG(FAST)

EXAMES HEMATOLOGICOS

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX JOELHO ESQ. - FRATURA DE PATELA ESQ., RX QUADRIL - FRATURA DE ACETABULO

TRATAMENTO:

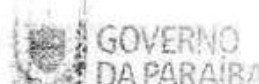
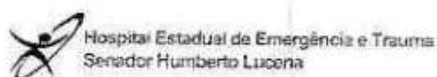
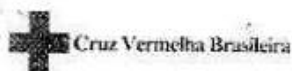
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PATELA ESQ.

ALTA HOSPITALAR: 18/04/19
DATA DA EMISSÃO: 19/06/19

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM 1873/PB
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. OBS. - O profissional que assina esse laudo não participou do atendimento médico.





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1155256



Identificação do paciente			
ID 1392648	Nome MARCOS ANDRE DE MENEZES	Sexo Masculino	
Data de nascimento 21/10/1989	Idade 29 anos 5 meses 20 dias	Estado civil	Religião
Mãe ISMERALDA ANDRE DOS SANTOS	Pai JOSE MARCOS DE MENEZES		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) KATIA CRISTINA NASCIMENTO - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988595203	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3201855	Nº Cns	
Local de procedência DISTRITO INDUSTRIAL	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58083604	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MÓNACO
Número 1000	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS	
Admissão			
Data e Hora 10/04/2019 18:43:12	Número da pulseira 10007128850	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos <i>paciente consciente, orientado, traço de pulso e ritmo de condução de moto. 5 se esquivou da equipe.</i>			
Diagnóstico	CID		
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA	Tempo 01min 28seg		

Imprimir

0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1155256



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 11:08:17
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211081750400000035651078
Número do documento: 20120211081750400000035651078

Num. 37362098 - Pág. 14



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 30/03/19	ID da Ocorrência: 040869	☐ USB ☐ USA ☐ MT	Nº Equipe: 07	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: 18:00 Hs	Hora de Chegada no Local: 18:15 Hs
Paciente / Usuário: MARCOS ANTONIO DE MENEZES		Idade: 29		Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino		Telefone:
Local da Ocorrência: ☐ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Conde ☐ Outro:						
Logradouro: RUA SENADOR DOMINGOS		Bairro: DESTINADO A REDUZIR A MORTE		Método Regulador		
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Mais de três						
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadida do Local ☐ Trote ☐ Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HGETSHH				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

Motivo: COLISÃO CARRO X MOTO

CAUSAS EXTERNAS

Acidente de Trânsito

- ☐ Colisão carro x moto
☐ Queda de moto
☐ Atropelamento por:
☐ Colisão carro x carro
☐ Capotamento
☐ Outro:

- ☐ F.A.F.
☐ F.A.B.
☐ Agressão Física
☐ Afogamento
☐ Queda - Altura aproximada:
☐ soterramento / Desabamento
☐ Choque Elétrico

☐ Outro:

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

ANTECEDENTES

- ☐ AIDS ☐ Doença Mental
☐ Alcoolismo ☐ Doença Renal
☐ AVC ☐ Droga
☐ Convulsões ☐ Hipertensão Arterial
☐ Diabetes ☐ Internamentos Anteriores
☐ Doença Cardíaca ☐ Problemas Respiratórios
☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Medicamentos de uso Contínuo

Quais?

1. DADOS VITAIS

P.A.: 120/80 FC: 80 FR: 18 HGT: - SpO2 - S/O2: 96 SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos da Enfermagem: Risco de lesão por imobilidade

Intervenções: SSIV + circulação e monitorização

Evolução do Enfermeiro:

Paciente menor de idade, autor de acidente de trânsito, apresentando lesão por imobilidade, com risco de lesão por imobilidade, com risco de lesão por imobilidade, com risco de lesão por imobilidade.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

SR. NG, paciente com lesão por imobilidade, com risco de lesão por imobilidade, com risco de lesão por imobilidade, com risco de lesão por imobilidade.





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MARCOS ANDRE DE MENEZES	1155256	10/04/2019 18:43:12	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
21/10/1989	29a 5m 20d	Masculino	(83) 988595203
Mão			Prontuário
SMERALDA ANDRE DOS SANTOS			
Endereço	Bairro	Município	UF
MÓNACO, 1000	INDÚSTRIAS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	8637/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/04/2019 18:43:12		10/04/2019 20:32:59	

Anamnese

TOPEDIA#

Paciente vítima de acidente de moto evolui com dor no quadril direito e joelho
RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA EXPOSTA DE PATELA E FRATURA DA PAREDE POSTERIOR DO
ACETABULO

CONDUTA:

SOLICITO TC DA QUADRIL DIREITO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

Conduta

Em observação

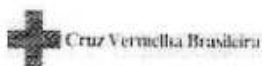
Dr. Luiz Juvenio
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 8637/PB 16.07.1562

MARCOS ANDRE DE MENEZES

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(CRM: 8637/PB)

Boleam registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 10/04/2019 19:44:40





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARCOS ANDRE DE MENEZES	BAE 1155256	Data/Hora Entrada 10/04/2019 18:43:12	Data Baixa
Data de nascimento 21/10/1989	Idade 29a 5m 20d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ISMERALDA ANDRE DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 988595203
			Prontuário
Endereço MONACO, 1000	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIAGO ARAUJO SIMOES	Nº Cods. Regional 8276/PB
Data/Hora Classificação 10/04/2019 18:43:12		Data/Hora Prescrição 10/04/2019 19:04:05	

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X MOTO, PACIENTE RELATA QUE ESTAVA DE CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA NAUSEAE E VOMITOS, NEGA CEFALIA. RELATA DOR EM REGIAO TORÁCICA E DOR EM REGIAO ABDOMINAL, ASSOCIADO RELATA DOR EM MIE. NEGA ALERGIAS, NEGA QUALQUER OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE.

AO EXAME:

A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. SEM QUEIXA DE CERVICALGIA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.
B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO, COM BOA SATURAÇÃO. TÓRAX DOLORO A PALPAÇÃO, COM PRESENÇA DE FERIMENTO ABRASIVO, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, SEM CREPITAÇÕES.
C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO, ABDOME GLOBOSO, FLÁCIDO, DOLOROSO A PALPAÇÃO, SEM SINAL DE IRRITAÇÃO PERITONEAL PRESENÇA DE FERIMENTO ABRASIVO EM REGIAO DE HE.
D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA.
E: ESCORIAÇÕES EM MIE, FERIMENTO CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

CONDUTA:

- 1) SOLICITO RADIOGRAFIA TORAX/ MOE, USG FAST
- 2) PARECER DA ORTOPEDIA.
- 3) RETIRAR COLAR CERVICAL.
- 4) RETIRAR PRANCHA RÍGIDA.
- 5) ANALGESIA.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

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

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAMA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Solicitado registrado por: ANNE WALECKA PEREIRA LIMA em 10/04/2019 18:44:40

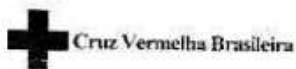
1090 Atualizado em 10/04/2019 18:44:40
Código: 055 133 064-56



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 11:08:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211081750400000035651078

Número do documento: 20120211081750400000035651078



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
DE MACEDO
Em: 11/04/2019 12:43:59

Nome MARCOS ANDRE DE MENEZES	Boletim de Atendimento 1155256	Data/Hora Entrada 10/04/2019 18:43:12	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/10/1989	Idade 29	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 13h 48min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Preteário 115104
Data de Entrada 10/04/2019 18:43:12	Data Internação 10/04/2019 22:55:18	Permanência na Unidade: 18h	Permanência no Leito: 13h 44min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO - 11/04/2019 12:43:39)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO

FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA

1o DPO DE LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA DE JOELHO ESQUERDO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

SEM QUEIXAS

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO

EXAMES OK

CD: AGUARDA TEMPO DE ANTIBIÓTICO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 003

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO

Número Conselho: 12265

Laiana Barreto
Médica
CRM/PA - 12.265





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
DE MACEDO
Em: 10/04/2019 22:58:57

Nome MARCOS ANDRE DE MENEZES		Boletim de Atendimento 1155256	Data/Hora Entrada 10/04/2019 18:43:12	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/10/1989	Idade 29	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 115104
Tempo de Internação 3min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 10/04/2019 18:43:12	Data Internação 10/04/2019 22:55:18	Permanência na Unidade: 4h 15min	Permanência no Leito: 3min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO - 10/04/2019 22:58:42)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA

POI DE LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA DE JOELHO ESQUERDO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: VPM + TALA JOELHEIRA EM MIE

STAFF: DR LUIZ JUVENCIO

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 11

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO

Número Conselho: 12265

Laiana Barreto
Médica
CRM/PB - 12265



Conduta
Em observação

MARCOS ANDRE DE MENEZES

DIOGO ARAUJO SIMOES
(CRM: 8276/PB)





SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSHL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSHL

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Marcelo André d. Menezes

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/10/1989

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1153256

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. (IBGE) MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

02 fio de Kirschner N2.0 (goma)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CRM 4714 TEOD. 6115
Fonopédia Translatologia

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ORGÃO MISSIONÁRIO DA AUTORIZAÇÃO

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



RELATÓRIO DE CIRURGIA

7
FUTUR

Nome: Marcos André da Menezes BE Prontuário: 1155256
Idade: 29a Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Com: _____ Data: 16/04/19
Clínica/Setor: Oftalmologia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fratura Patelar Esquerda
Cirurgião: Dr. Milton 1º Assistente: Dr. Orlando
2º Assistente: Dr. João Henrique 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Patelar Esquerda</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Talotomus cirurgico da fratura da patela E</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Jorge Pinto
Médico
CRM-RN 9595

João Pessoa, 16/04/19

Médico/CRM: _____



REFERENCES

Figure 1



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 16/04/19

PRONTUÁRIO: 1155256

PACIENTE: Marcos André de Meneses

SEXO:

COR:

IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 105/70 mmHg RESPIRAÇÃO: 18 bpm TEMPERATURA: 36,0°C PESO: 70 kg GRUPO SANGÜÍNEO: BOM

ESTADO GERAL: BOM REGULAR BOM REGULAR BOM REGULAR RISCO CIRÚRGICO: BOM REGULAR BOM REGULAR

EXAMES COMPLEMENTARES: -

AP. RESPIRATORIO: Cumprido

AP. CIRCULATÓRIO: Cumprido

AP. DIGESTIVO: Cumprido

ESTADO MENTAL: Orientado

DROGAS EM USO:

PRE-ANESTÉSICO:

DOSE (HORA):

Midazolam

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura da patela

CIRURGIA REALIZADA:

Osteossíntese da fratura da patela

CIRURGIÃO:

Dr. Hilton

INÍCIO DA ANESTESIA:

13:50h

TERMINO DA ANESTESIA:

15:00h

DURAÇÃO DA ANESTESIA:

1h 10min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CH:

VALORES AS:

ANESTESISTA: Dr. Marcos + Dr. Gilberto

GRAMA:

ANESTESIA:

13:50h

14:50h

15:50h

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

Nº:

SR Score

100% 100% 100% 100% 100%

100% 100% 100% 100% 100%

100% 100% 100% 100% 100%

100% 100% 100% 100% 100%

100% 100% 100% 100% 100%

100% 100% 100% 100% 100%

100% 100% 100% 100% 100%

100% 100% 100% 100% 100%

100% 100% 100% 100% 100%

100% 100% 100% 100% 100%

100% 100% 100% 100% 100%

100% 100% 100% 100% 100%

100% 100% 100% 100% 100%

Procedimento neurológico + bloqueio

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATQ ANESTÉSICO

Midazolam 0,5 mg
Fentanyl 0,5 mg
Neocaina 1% 0,5% 15mg
Pimoril 80 mg
Propofol 2g
Etomidato 2g
Doxetramina 8mg
Dexametasona 10mg

ORPA

Paciente com acesso venoso periférico utilizado um MSE, monitorizado, realizada anamnese e o acesso a 70% da parede torácica com a agulha de punção subcutânea nível L3-L4, Ag 26G ou Quincke, curvatura mediana, LER(+) e plano, intestado (3) + (4). Bloqueio testado e confirmado. Procedimento intervertebral.

Dr. Marcos
MEDICO
CRM 1179

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia em mesa ortopédica
Assistência e assistência
Após a preparação da campo cirúrgico

Incisão:

Longitudinal um galho
próximo ao plom
Cuidados c/ hemostase

Achados:

Fe da patela esquerda

Conduta:

- Fixação do polo inferior da patela c/ fios da Ethibond
- Redução da hemostase
- L.M.C c/ SF 0,9%
- Sutura por plom
- Curativos por asséptico

Fechamento:

Observação:

- Rx da contralateral
- Tala no joelho

Jorge Faria
Médico
CRM 32.550

João Pessoa, 16/04/19

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

NOME: **MARCOS ANDRE DE MENEZES** BE/PRONTUÁRIO: **1155256**
IDADE: 29 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **10/4/2019**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **DR LUIZ JUVENCIO** 1º ASS: **MR2 LAIANA**
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: 1
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PATELA ESQUERDA EXPOSTA	
FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM:

Laiana Barreto
Médica
CRM/RB - 12.453

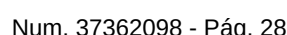
DATA: **10/4/2019**



SEX	CON	TRADE
-----	-----	-------

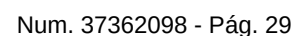
CM-FB

João Batista Viana
Médico Anestesiologista
RMPB 0867/C



Médico/CRM:

10/4/2019



PAAT 98497



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) MARCOS ANDRÉ DE MENEZES portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 S82.0, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período
de 30 (NOVENTA) dias, a partir desta data.

João Pessoa, _____

10/04/2019

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 69020/M-PE/22841
TEOT 1384V

Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(ª) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1



OBS: O DESERTO FOI LANCADO
A PARTIR DO DIA 11/04/19,
POR CAUSA DE UM DESERTO
QUE VAI ATÉ O DIA 10/04/19.
PROVAVEL RETORNO 08/07/2019

LANCADO - 22/04/2019

Martins Com. e Serviços de Distribuição S/A
Vanderlan Sousa
Mat: 24972 (at. Seg. do trabalho)

PROVAVEL RETORNO





ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) MARCOS ANDRÉ DE MENEZES portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 S82.0, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período
de 30 (NOVENTA) dias, a partir desta data.

João Carlos Alberto M. Viana
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 22641
13841

10/04/2019

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(ª) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003



- ☐ Dr. Antônio Almeida de Lacerda
- ☐ Dr. Arão Santos de Alencar
- ☐ Dr. Felipe Tavares Sena
- ☐ Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
- ☐ Dr. Milton da Silva Linhares
- ☐ Dr. Remo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rodrigo Castro do Amaral
- ☐ Dr. Rômulo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rossana Cavalcante Almeida
- ☐ Dr. Túlio Augusto de M. Tormes
- ☐ Dr. Tibiricã de Medeiros Barbosa
- ☐ Dr. Vladimir Antônio Coussean



ORTOTRAUMA
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

Planoes ordo-

R. ...

- OSCA1-500 - D3 - 2ax

Praty 1 cp v. v

12/12L - 60 typ

22/04/19

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 / EXT 6115
Ortopedia/Traumatologia

- Ortopedia
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril
- Cirurgia do Cotovelo
- Cirurgia do Ombro
- Cirurgia do Pé e Tornozelo

Av. Epitácio Pessoa, 2491
Pedro Gondim - João Pessoa / PB
Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002
3244.1452

Raio X •
Artroscopia •
Clínica de Fraturas •



29/04/19

pet pnt

curator

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 144 TEOT 6115
Ortopedia Traumatologia



- ☐ Dr. Antônio Almeida de Lacerda
- ☐ Dr. Arão Santos de Alencar
- ☐ Dr. Felipe Tavares Sena
- ☐ Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
- ☐ Dr. Milton da Silva Linhares
- ☐ Dr. Remo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rodrigo Castro do Amaral
- ☐ Dr. Rômulo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rossana Cavalcante Almeida
- ☐ Dr. Tílio Augusto de M. Tormes
- ☐ Dr. Tibiricã de Medeiros Barbosa
- ☐ Dr. Vlademir Antônio Cousseau



ORTOTRAUMA
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

Handwritten notes:
 1/ mãos arthro
 - max subitil-400g
 Pneu CPV no
 12/02/2020 - 10h
 29/04/19
 Dr. Milton da Silva Linhares
 CRM 4714 TEOT 6815
 Ortopedia Traumatologia

- Ortopedia
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril
- Cirurgia do Cotovelo
- Cirurgia do Ombro
- Cirurgia do Pé e Tornozelo

Av. Epitácio Pessoa, 2491
 Pedro Gondim - João Pessoa / PB
 Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002
 3244.1452

Raio X •
 Artroscopia •
 Clínica de Fraturas •



13/05/19

EX

Antônio da Silva Linhares
nº 4314 TEOT 6115
Intendência de Tráfego

RELAÇÃO DE ATOS
DE 13/05/2019



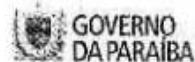
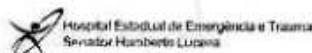
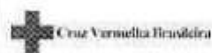
 Cruz Vermelha Brasileira	 Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	 GOVERNO DA PARAIBA
--	---	--

Receituário de Controle Especial

Unidade de Saúde HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep 58031-090		
Paciente MARCOS ANDRE DE MENEZES	Nº Cartão de SUS 6E 1155256	
Endereço do Paciente Rua MONACO, 1000, JOAO PESSOA-PB-58083604		

USO ORAL CEFALEXINA 500 MG _____ 28 CP TOMAR DE 6/6 HORAS POR 7 DIAS	
 Dr. Carlos Alberto Marques Vieira Ortopedia / Traumatologia CRM PB 6902 CRM PE 22641 TEOT 13941	
18/04/2019 Data	DR. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA 6902/PB
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome completo: _____ Identidade: _____ Org. Emissor: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR _____ Ass. Farmacêutico _____ Data _____





Receituário de Controle Especial

Unidade de Saúde
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro
Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep. 58031-090

Paciente MARCOS ANDRE DE MENEZES	Nº Cartão do SUS	RE 1155256
-------------------------------------	------------------	---------------

Endereço do Paciente
Rua MONACO, 1000, JOAO PESSOA-PB-58083604

FÓXIS 200 MG 10 CP

TOMAR DE 12/12 HORAS POR 5 DIAS

PACO COMPR 24 CP

TOMAR DE 8/8 HORAS

18/04/2019

Data

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6302 CRM PE 22641
RTEC 13941
6902/PB

Dr. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome completo: _____	
Identidade: _____	
Org. Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
	Ass. Farmacêutico _____ Data _____



- ☐ Dr. Antônio Almeida de Lacerda
- ☐ Dr. Arão Santos de Alencar
- ☐ Dr. Felipe Tavares Sena
- ☐ Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
- ☐ Dr. Milton da Silva Linhares
- ☐ Dr. Remo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rodrigo Castro do Amaral
- ☐ Dr. Rômulo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rossana Cavalcante Almeida
- ☐ Dr. Túlio Augusto de M. Tormes
- ☐ Dr. Tíriçã de Medeiros Barbosa
- ☐ Dr. Vlademir Antônio Cousseau



ORTOTRAUMA
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

*1/10 Acres por DRº
Linhares
R. ...
- Diprospon - Olex
Aplicar o/...
Im(08, 000)
27/05/19*

*Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714-TEOD 6115
Ortopedia Traumatologia*

- Ortopedia
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril
- Cirurgia do Cotovelo
- Cirurgia do Ombro
- Cirurgia do Pé e Tornozelo

Av. Epitácio Pessoa, 2491
Pedro Gondim - João Pessoa / PB
Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002
3244.1452

Raio X •
Artroscopia •
Clínica de Fraturas •



01/07/19
PK & Figueira
Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 47154 TEOT 6115
Ortopedia Traumatologia

Exame físico
do membro superior direito
em repouso e em movimento
não há dor, inchaço, vermelhidão
nem deformidade aparente.
Força muscular preservada.
Amplitude de movimento normal.



- ☐ Dr. Antônio Almeida de Lucena
- ☐ Dr. Arão Santos de Alencar
- ☐ Dr. Felipe Tavares Sena
- ☐ Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
- ☐ Dr. Milton da Silva Linhares
- ☐ Dr. Remo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rodrigo Castro do Amaral
- ☐ Dr. Rômulo Soares de Castro
- ☐ Dr.ª Rossana Cavalcante Almeida
- ☐ Dr. Túlio Augusto de M. Tormes
- ☐ Dr. Tibiriçá de Medeiros Barbosa
- ☐ Dr. Vlademir Antônio Cousseau



ORTOTRAUMA
 ■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

Handwritten:
 P/ Marcos André
 R. W. S. S. S.
 - DAF/OW. S. S. S. - 2014
 Para (ep) V. S.
 21/2/2014 - 1 ano

- Ortopedia
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril
- Cirurgia do Cotovelo
- Cirurgia do Ombro
- Cirurgia do Pé e Tornozelo

Av. Eptácio Pessoa, 2491
 Pedro Gondim - João Pessoa / PB
 Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002
 3244.1452

Raio X •
 Artroscopia •
 Clínica de Fraturas •



- ALGUNA C. RETARD

03a

Princípios de V. e
de 20/20/20

em 20/20/20
de 20/20/20

13/05/19

Dr. Milton da Silva
CRM 4714 TEO
Ortopedia Traumat

27/05/19

EX + Fibra

Dr. Milton da Silva
CRM 4714 TEO
Ortopedia Traumat





DECLARAÇÃO DE INTERNO

Declaramos para os devidos fins que o(a) paciente Marcos André de Menezes, portador do RG nº: 3201855, esteve interno(a) neste Hospital para tratamento médico desde do dia 10/4/2009 recebendo alta em: 1/1/.

João Pessoa, 11 de 04 de 2009.


Rosângela A. Gonçalves
Assistente Social - CRESS 597
Assistente Social

11/04/2009
Suelio A.

Avenida Orestes Lisboa, 5/N - Conjunto Pedro Gondim - CEP 58031-090
João Pessoa - Paraíba - Brasil
Fone/Fax: (83) 3218-7773 - PABX: 3216-5700

F (NG).APCSOC.031-1



Documento de Alta

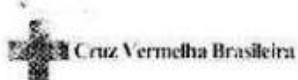
Nome MARCOS ANDRE DE MENEZES			Número Prontuário: 115104
Data de 21/10/1989	Sexo: Masculino	Data de Internação: 10/04/2019 22:55:18	Data de Alta: 18/04/2019 08:47:07
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO POLO DISTAL DA PATELA ESQUERDA REALIZADO SUTURA COM ETHIBOND TENDÃO-OSSO			
Resumo da Internação: resumoInternacao=DENTRO DO PROTOCOLO PRECONIZADO HOSPITALAR			
Resultado de Exames: resultadoExames=FRATURA DO POLO DISTAL DA PATELA ESQUERDA			
Tratamento: tratamento=PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO POLO DISTAL DA PATELA ESQUERDA REALIZADO SUTURA COM ETHIBOND TENDÃO-OSSO POR DR. MILTON LINHARES NO HOSPITAL DE TRAUMA EM 16/04/2019			
Diagnóstico: S82.0 - Fratura da rótula [patela]			
Recomendações: recomendacoes=PRESCREVO PARA CASA CEFALEXINA , FÔXIS , PACO E ORIENTO CURATIVO ESTÉRIL PSF MARCAR RETORNO PARA DR. MILTON LINHARES HTOP 3214-2911 OBS: MANTER A TALA COM O JOELHO EM EXTENSÃO ATÉ A LIBERAÇÃO POR DR. MILTON LINHARES			

Data: 18/04/2019

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6902 - CRM RJ 22641

CARLOS ALBERTO MARQUES
VIEIRA
CRM: 6902 - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA
CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

DADOS GERAIS		
Marcação da agenda 18/04/2019 10:53:43	Convênio SUS	
Nome do paciente MARCOS ANDRE DE MENEZES	Data de Nascimento 21/10/1989	
Dados do agendamento		
Data e Hora 03/05/2019 12:00	Serviço CONSULTA DE RETORNO	Seção CONSULTORIOS - HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Especialidade ORTOPEdia	Profissional OSMINDO JOSE VIEIRA LOPES
Procedimento	Exame	
Observações		





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1665422175

NOME
MARCOS ANDRE DE MENEZES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3201855 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
090.988.004-24 21/10/1989

FILIAÇÃO
JOSE MARCOS DE MENEZES
ISMERALDA ANDRE DOS
SANTOS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO
04483262003

VALIDADE
16/10/2023

1ª HABILITAÇÃO
22/10/2008

OBSERVAÇÕES

Marcos Andre de Menezes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
18/10/2018

Assinatura do Emissor
ASSINATURA DO EMISSOR

15625908085
PB037723170

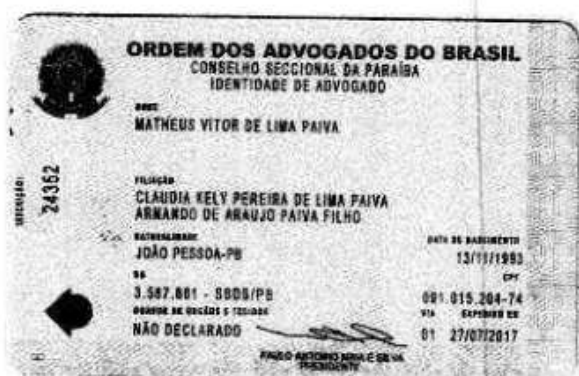
PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1665422175

Scanned with CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014202857743
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0022880318-7 00/00000000 2018

NOME
CASSIO ALISSON DO N SOUZA

CPF / CNPJ 05758504424 PLACA NPX9078/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB 9C2JC4110AP683418

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CMV POT. CV 2 9/124 /CI CATEGORIA PARTIC COF. PREDOMINANTE PRETA

DATA ÚNICA 00/00/0000 1º
P V A
PRAÇA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º
***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10% RE PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 27/12/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-PB DATA 27/12/2018
32280 35734

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014202857743 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 27/12/2018

VIA 1 05758504424 PLACA NPX9078/PB

RENDAVI 00228803187 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2010 CAL. TAR. 9 Nº CHASSI 9C2JC4110AR683418

PRÊMIO TARIFÁRIO

FBS (R\$) ***** DENAT/TRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL SEM RISCO PESSOAL (R\$) P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA PARCELADO 27/12/2018

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.346.808/0001-04

35734-1105545-20181227



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190650991 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANDRE DE MENEZES **Data do acidente:** 10/04/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO.
FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PATELA:FIOS DE KIRSCHNER) E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES. ALTA MÉDICA.
(P6,9,10,13,32)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Marcos André de Menezes
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Casado
PROFISSÃO: Carpinteiro **Nº DO RG:** 3201855
ORGÃO EMISSOR: **DATA DE EMISSÃO:** 1/1
Nº CPF: 090.988.004.24 **ENDEREÇO:** Rua Manoel
S/N AP 103 - Mumbaba SANTA RITA

OUTORGADO: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 3587861
ORGÃO EMISSOR: SSP - PB **DATA DE EMISSÃO:** 1/1
Nº CPF: 091.015.209.79 **ENDEREÇO:** RUA COMERCIANTE
EDILSON PAIVA DE ARAÚJO - 652 - SARD. CID. UNIVERSITARIA

PODERES:

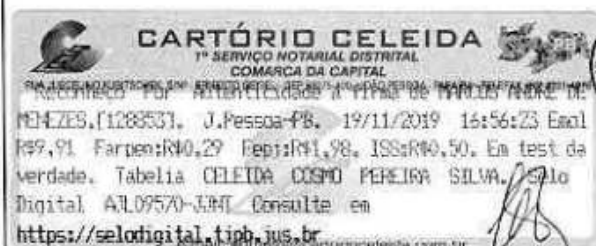
Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário MARCOS ANDRÉ DE MENEZES, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA 19 de NOVEMBRO de 20 19

Marcos André de Menezes

Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410344/19

Vítima: MARCOS ANDRE DE MENEZES

CPF: 090.988.004-24

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/04/2019

Titular do CPF: MARCOS ANDRE DE MENEZES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA : 091.015.204-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCOS ANDRE DE MENEZES : 090.988.004-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/11/2019
Nome: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA
CPF: 091.015.204-74

MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

