



Número: **0810191-30.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.218,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A. (REU)	
BRADESCO-SEGUROS-S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38517 043	19/01/2021 12:33	<u>2778394_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE**

Nº Sinistro: **3180543270**

Vítima: **JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE**

Data do Acidente: **19/12/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180543270**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13617556



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE

Sinistro: 3180543270
Vítima: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE
Data do Acidente: 19/12/2015
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180543270** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

072 441 594 71

Nome completo da vítima

José Milton José da Silva Freire

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	José Milton José da S. Freire	CPF titular da conta	07244159471	Profissão	Receuso
Endereço	Rua Joaquim Francisco Pontes	Número	5N	Complemento	
Bairro	Jovia Alhandra	Cidade	Alhandra	Estado	PB
Email				CPF	58320-000
				Telefone (DDD)	(83) 98663-4900

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
0220		01460	3

(Informar dígito se existir)

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	COMPREV	
BANCO	Nº:	
Nome		
AGÊNCIA	Nº:	
D/V	15	CONTA
		2018
		D/V

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

(Informar dígito se existir)

AG. 0220 D/V 15 CONTA 2018 D/V

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Milton José da Silva Freire

Local e Data

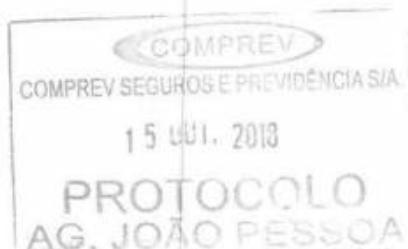
José Milton José da Silva Freire

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:33:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912330424700000036727806>
Número do documento: 21011912330424700000036727806

Num. 38517043 - Pág. 4

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00415.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00415.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 04 dia(s) do mês de Março do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, ESCRIVÃO DE POLÍCIA, às 08:51 horas, compareceu **JOSENILTON JOSÉ DA SILVA FREIRE**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Motorista Carreteiro, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 22 de Abril de 1986, idade 29, filiação Maria do Socorro da Silva e José Ivan Freire, Documento - CPF: 072.441.594-71, residente Rua João FRancisco da Silva, 135, [NÃO INFORMADO], na cidade de Alhandra/PB, telefone (83) 99313-8506

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 19/12/15, por volta das 14:30h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/NXR 150 BROS ESD, cor preta, ano 2014, de placa QFD-3926/PB, chassi nº 9C2KD0540ER059799, de sua propriedade, por uma via que fica localizada em Nova Alhandra, na cidade de Alhandra/PB, após ser atingido por outra motocicleta, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do rádio distal esquerdo, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 04 de Março de 2016

Francisco Leitão
JOSENILTON JOSÉ DA SILVA FREIRE

Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Ass. 115.000-1





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Josénilton José da S. Freire | CPF da Vítima: 07244159471 | Data do Acidente: 19/12/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

REV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

15 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e Data

João Pessoa 15 de Outubro de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





SAMU
192



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALHANDRA

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 42

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário	HORA:	
19-12-15	1086788	José Antônio José da Silva	Idade	29
Local da Ocorrência		Bairro	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
H. de Alhandra		Alhandra	Médico Regulador	J. B. L. R.
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro:				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:				

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

TRAUMA CLÍNICO GINECO-OBSTÉTRICO

TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE:

OUTRO:

INEMÁTICA:

ANTECEDENTES

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIA (S):

ULTIMA ALIMENTAÇÃO:

VACINAS:

EXAME FÍSICO:

PÁLIDO / CIANÓTICO / ICTÉRICO / SUDOREICO / PELE FRIA

PELE ÚMIDA / ISOCÓRICO / ANISOCÓRICO / MIÓTICO

DOR: 1/5 LOCAL

DISPNEIA / TAQUIPNÉIA / HEMATÊMESE / HEMOPTISE /

TCB / TRM / FRATURA / CONTUSÃO / ENTORSE /
 LUXAÇÃO / FACE / PCR / FAB / FAF / AFOGAMENTO /
 ATROPELAMENTO / QUEIMADURA / ELETROCUSSÃO /
 DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO / QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA / QUEDA MOTO / QUEDA ALTURA metros

TIPO DE FERIMENTO E LOCAL

DESTINO:

Local: H. de Alhandra

Responsável:

Função:

DADOS VITAIS:

VVA: Livre Obstruída RESPIRAÇÃO: > 30 ipm < 30 ipm PERFUSÃO CAPILAR: Retardada Normal PAS: > 90 mm Hg < 90 mm Hg

PA: 100/70 FC: 40 FR: 20 GLICEMIA: E. Coma: SpO2 s/O2: SpO2 c/O2: T:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

acesso venoso e intubado de 175cm

- INTERVENÇÕES:

Vitima de acidente 175cm, intubado, acesso venoso e intubado de 175cm, transferido do Hospital Local para o H. de Alhandra.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: J. B. L. R. COREN: 61919 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: J. M. T. COREN: 699371

CONDUTOR: J. B. L. R. SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): MÉDICO (VISTO):



RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____
ASSINATURA: _____ TESTEMUNHAS: _____

RELAÇÃO DE PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS: RG / CPF / TÍTULO DE ELEITOR / HABILITAÇÃO / PASSAPORTE / OUTRO:
CELULAR: QUANTIDADE: _____ MARCA: _____ MARCA: _____
CARTÕES DE CRÉDITO: MASTER CARD / VISA / AMERICAN EXPRESS / HIPER / OUTRO: _____
CARTÃO DE BANCO: 1 / 2 / 3 NOMES: _____
TALÃO DE CHEQUE E NOME DO BANCO: _____
DINHEIRO EM ESPÉCIE / VALOR: R\$ _____ ()
CALÇADO (NOME): _____ /RELÓGIO (MARCA): _____ /ANÉIS (QUANTIDADE): _____
BRINCOS (QUANTIDADE): _____ / PULSEIRAS (QUANTIDADE): _____ OUTROS: _____

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENCES: _____ SETOR: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR: _____

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
SOLUÇÃO FISIOLOGICO		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO N.º)	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		ATADURA DE CREPON 15 cm	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO		GAZE ESTERIL (PACOTE)	
GLICOSE 50%		GAZE NÃO ESTERIL (PACOTE COM 100 unid.)	
AGUA DESTILADA 10 ml		ALGODÃO (PACOTE)	
DIPIRONA 1 g		ALCOOL (PINCETA 250 ml)	
ESCOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP.)		SONDA DE ASPIRAÇÃO N.º	
ESCOLAMINA (HIOSCINA)		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P	
PARACETAMOL GOTAS		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M	
DICLOFENACO 75 mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G	
FUROSEMIDA		JELCO N.º 14	
CAPTOPRIL 25 mg		JELCO N.º 16	
AAS 100 mg		JELCO N.º 18	
ISORDIL 5 mg		JELCO N.º 20	
METOCLOPRAMIDA		JELCO N.º 22	
HIDROCORTISONA 100 mg		JELCO N.º 24	
HIDROCORTISONA 500 mg		SCALP N.º 23	
IPRATROPICO GOTAS		SCALP N.º 25	
FENOTEROL GOTAS		GARROTE	
ADRENALINA		EQUIPO MACROGOTAS	
ATROPINA		EQUIPO MICROGOTAS	
AMIODARONA		ESPARADRAPO	
TERBUTALINA		MASCARA DESCARTÁVEL	
OUTROS:		CATETER TIPO ÓCULOS	
		LUVA ESTÉRIL N.º 7,5	
		LUVA ESTÉRIL N.º 8,0	
		LENÇOL DESCARTÁVEL	
		OUTROS:	



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 815494 Atd: Nao Regulado
Data: 19/12/2015
Hora: 16:42:36
Repcionista: JUSSARA DOS SANTOS ERMANC
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE
CNS: 698004045196155 Sexo: M IDENTIDADE: 3303147 Fone: 991896162
Natural: ALHANDRA/PB Data Nasc.: 22/04/1986 Id: 29 ano(s)
End.: RUA ABILIO PAULINO, 145
Bairro: NOVA ALHANDRA Cidade: ALHANDRA UF :PB
Pai: JOSE IVAN FREIRE
Mae: MARIA DO SOCORRO DA SILVA
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: ESPOSA/ MARLI CRUZ DA SILVA
Proc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2015.12.001540

Transporte utilizado: SAMU/ COLISAO MOTO X MOTO EM NOVA ALHANDRA/
Vitima de acidente por: ALHANDRA PROX AO HOSPITAL AS 14:00HS/ CONDUTOR
Vitima de violência por: ENS. MEDIO COMP. PARDA
[] Caso Policial

RE-CONSULTA

tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
so:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
icemia:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
rc. Abd:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
O2%:	<input type="checkbox"/> Vomito Observacao

Principial

PAC VITIMA COLISAO MOTO X MOTO APRES TRAUMA EM
PUNHO E E TORNOZELO D

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

TG, desmaio ou vomitos. ADCD, cervical, prox
abdomen e baço sem alterações. Apresenta dor
e deformidade em punho e o dor em
tornozelo direito

Conduta RX

Libero dg Cr. Geral
Ortopedia

Prescrição

Horário da medicamentação



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: 06/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00220

CONTA: 000000001460-3

Nr. da Autenticação 769FC3C25D3B5DB2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:33:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912330424700000036727806>
Número do documento: 21011912330424700000036727806

Num. 38517043 - Pág. 10



ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

(5)

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nasrala
CRM 10582

Dr^a. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Dr^a. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Dr^a. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

15/02/2018

COAPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.766/0001-04
Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax: (83) 3244-5218
Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: cis.ortoclinica@uol.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:33:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912330424700000036727806>
Número do documento: 21011912330424700000036727806

Num. 38517043 - Pág. 12



ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

1

ATREV PREVIDENCIA S.
Renato Queiroz
CRM 596
19 NOV 2018
Dr. Gouveia Filho
CRM 4343
PROTÓCOLO
JOÃO P.
Dr. Jose Gutemberg de Lima
CRM 4738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nasrala
CRM 10582

Drª. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Drª. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Drª. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04

Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax: (83) 3244-5218

Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: cis.ortoclinica@uol.com.br

S F C S S R



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:33:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912330424700000036727806>
Número do documento: 21011912330424700000036727806

Num. 38517043 - Pág. 13



ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

②

CV PREVIDÊNCIA S:

Dr. Renato Queiroz
CRM 1596

19 NOV. 2018
ROTONDO
SANTOS FILHO
CRM 3993

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nasrala
CRM 10582

Dr.ª. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Dr.ª. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Dr.ª. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia T
Joelho e Quadril

R. Wандick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04

Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0055 - Fax: (83) 3244-5218

Site: www.ortoclinicpb.com.br - Email: ds.ortoclinica@uol.com.br

*varos fracionados
(100% inserção).
em 19/12/2015
e a opção é
20/12/2015. Abro
se ocorrer desfecho
junto d. flexão e
extensão e
junto e/ou flexão
em 50% e 50%
de prua - 6*



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:33:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912330424700000036727806>
Número do documento: 21011912330424700000036727806

Num. 38517043 - Pág. 14



noventa dias após a
data da PL o paciente
deste ato. 110552.

19/12/2015

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

COMPRA PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Matriz: Ceará Fortaleza (85) 3255.9090 Central de Atendimento 24h: 0300.7893630 www.hapvida.com.br
Filiais: Alagoas (82) 3215.2500 Amazonas (92) 3627.0300 Bahia (71) 3203.8700
Ceará (85) 3121.1515 Espírito Santo (62) 3613.1242 Maranhão (98) 3217.3400
Pará (91) 3289.6500 Pernambuco (81) 3108.2100 Ceará (85) 3321.9200
Piauí (86) 3216.7100 Rio Grande do Norte (84) 3220.5050 Rio Grande do Sul (91) 3316.1170





ORNO
FATURADO
05/02/2016
VISTO Weslley

Complexo Hospitalar **MANOEL DA CUNHA**

GOVERNADOR TARCISIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2025.12.001540

SISREG
INTERNADO EM
39/12/2015
ESTO. Rodriguez

COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

15/02/2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOME DO PACIENTE:

Josénilton Jaser da Silva Ferreira

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Orthopedics 19/02/18 21:20h

Paciente vítima de acidente de moto, sentiu
dor nas costas e joelhos. Foi levado ao hospital
e realizada tomografia do joelho direito.
Diagnóstico: Fratura exposta do joelho direito.
Indicação: Cirurgia.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 4847 / TEOT 8331

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106002-9

030309022-7

030101004-8

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
15 JUL. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOSÉ PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

Residencia

Transferido

Desistencia

UTI

Alta a pedido

Enfermaria

Obito: Atestado SVO IML

A

S

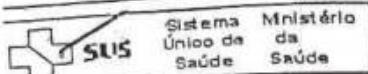
N

X Mary Cruz da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do Estabelecimento
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. FARCÍSIO BURITILAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

815494

2 - ONEN
2 3 9 9 6 2 83 - N° DO LAUDO
73228153
4 - N° DO PRONTUÁRIO
2015.12.3540

N° DE AH

N° DO LAUDO

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Luiz Jardim das Silvas Freire

DOCUMENTO (RG / CPP / REGISTRO)

RAÇA

NACIONALIDADE

NACIONALIDADE

José Luiz

6 - N.º DO

M

7 - N.º DO

8 - N.º DO

9 - N.º DO

10 - N.º DO

11 - N.º DO

12 - N.º DO

13 - N.º DO

14 - N.º DO

15 - N.º DO

16 - N.º DO

17 - N.º DO

18 - N.º DO

19 - N.º DO

20 - N.º DO

21 - N.º DO

22 - N.º DO

23 - N.º DO

24 - N.º DO

25 - N.º DO

26 - N.º DO

27 - N.º DO

28 - N.º DO

29 - N.º DO

30 - N.º DO

31 - N.º DO

32 - N.º DO

33 - N.º DO

34 - N.º DO

35 - N.º DO

36 - N.º DO

37 - N.º DO

38 - N.º DO

39 - N.º DO

40 - N.º DO

41 - N.º DO

42 - N.º DO

43 - N.º DO

44 - N.º DO

45 - N.º DO

46 - N.º DO

47 - N.º DO

48 - N.º DO

49 - N.º DO

50 - N.º DO

51 - N.º DO

52 - N.º DO

53 - N.º DO

54 - N.º DO

55 - N.º DO

56 - N.º DO

57 - N.º DO

58 - N.º DO

59 - N.º DO

60 - N.º DO

61 - N.º DO

62 - N.º DO

63 - N.º DO

64 - N.º DO

65 - N.º DO

66 - N.º DO

67 - N.º DO

68 - N.º DO

69 - N.º DO

70 - N.º DO

71 - N.º DO

72 - N.º DO

73 - N.º DO

74 - N.º DO

75 - N.º DO

76 - N.º DO

77 - N.º DO

78 - N.º DO

79 - N.º DO

80 - N.º DO

81 - N.º DO

82 - N.º DO

83 - N.º DO

84 - N.º DO

85 - N.º DO

86 - N.º DO

87 - N.º DO

88 - N.º DO

89 - N.º DO

90 - N.º DO

91 - N.º DO

92 - N.º DO

93 - N.º DO

94 - N.º DO

95 - N.º DO

96 - N.º DO

97 - N.º DO

98 - N.º DO

99 - N.º DO

100 - N.º DO

101 - N.º DO

102 - N.º DO

103 - N.º DO

104 - N.º DO

105 - N.º DO

106 - N.º DO

107 - N.º DO

108 - N.º DO

109 - N.º DO

110 - N.º DO

111 - N.º DO

112 - N.º DO

113 - N.º DO

114 - N.º DO

115 - N.º DO

116 - N.º DO

117 - N.º DO

118 - N.º DO

119 - N.º DO

120 - N.º DO

121 - N.º DO

122 - N.º DO

123 - N.º DO

124 - N.º DO

125 - N.º DO

126 - N.º DO

127 - N.º DO

128 - N.º DO

129 - N.º DO

130 - N.º DO

131 - N.º DO

132 - N.º DO

133 - N.º DO

134 - N.º DO

135 - N.º DO

136 - N.º DO

137 - N.º DO

138 - N.º DO

139 - N.º DO

140 - N.º DO

141 - N.º DO

142 - N.º DO

143 - N.º DO

144 - N.º DO

145 - N.º DO

146 - N.º DO

147 - N.º DO

148 - N.º DO

149 - N.º DO

150 - N.º DO

151 - N.º DO

152 - N.º DO

153 - N.º DO

154 - N.º DO

155 - N.º DO

156 - N.º DO

157 - N.º DO

158 - N.º DO

159 - N.º DO

160 - N.º DO

161 - N.º DO

162 - N.º DO

163 - N.º DO

164 - N.º DO

165 - N.º DO

166 - N.º DO

167 - N.º DO

168 - N.º DO

169 - N.º DO

170 - N.º DO

171 - N.º DO

172 - N.º DO

173 - N.º DO

174 - N.º DO

175 - N.º DO

176 - N.º DO

177 - N.º DO

178 - N.º DO

179 - N.º DO

180 - N.º DO

181 - N.º DO

182 - N.º DO

183 - N.º DO

184 - N.º DO

185 - N.º DO

186 - N.º DO

187 - N.º DO

188 - N.º DO

189 - N.º DO

190 - N.º DO

191 - N.º DO

192 - N.º DO

193 - N.º DO

194 - N.º DO

195 - N.º DO

196 - N.º DO

197 - N.º DO

198 - N.º DO

199 - N.º DO

200 - N.º DO

201 - N.º DO

202 - N.º DO

203 - N.º DO

204 - N.º DO

205 - N.º DO

206 - N.º DO

207 - N.º DO

208 - N.º DO

209 - N.º DO

210 - N.º DO

211 - N.º DO

212 - N.º DO

213 - N.º DO

214 - N.º DO

215 - N.º DO

216 - N.º DO

217 - N.º DO

218 - N.º DO

219 - N.º DO

220 - N.º DO

221 - N.º DO

222 - N.º DO

223 - N.º DO

224 - N.º DO

225 - N.º DO

226 - N.º DO

227 - N.º DO

228 - N.º DO

229 - N.º DO

230 - N.º DO

231 - N.º DO

232 - N.º DO

233 - N.º DO

234 - N.º DO

235 - N.º DO

236 - N.º DO

237 - N.º DO

238 - N.º DO

239 - N.º DO

240 - N.º DO

241 - N.º DO

242 - N.º DO

243 - N.º DO

244 - N.º DO

245 - N.º DO

246 - N.º DO

247 - N.º DO

248 - N.º DO

249 - N.º DO

250 - N.º DO

251 - N.º DO

252 - N.º DO

253 - N.º DO

254 - N.º DO

255 - N.º DO

256 - N.º DO

257 - N.º DO

258 - N.º DO

259 - N.º DO

260 - N.º DO

261 - N.º DO

262 - N.º DO

263 - N.º DO

264 - N.º DO

265 - N.º DO

266 - N.º DO

267 - N.º DO

268 - N.º DO

269 - N.º DO

270 - N.º DO

271 - N.º DO

272 - N.º DO

273 - N.º DO

274 - N.º DO

275 - N.º DO

276 - N.º DO

277 - N.º DO

278 - N.º DO

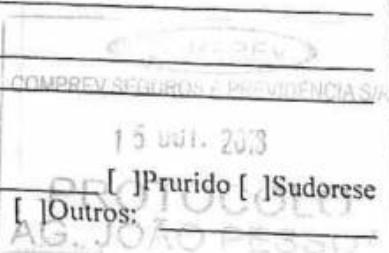
279 - N.º DO



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Jacemilton Ferreira da S. Freire Data da Admissão: 19/12/15
Prontuário: _____ Wade: 29 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____
Sexo: F M Cor: P Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Estado Civil: Casado Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 20/01/86
QPD: Queda de moto frens no pingo E
HDA: Fechou veículo no rádio destruiu E
Vítima de queda de moto, sofreu
F-t. de rádio destruiu veículo e
consciente
Indicado para cirurgia.

Medicações em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudorese
 Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
 Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

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

ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematuria
 Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-reposo Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
 Amnésia Libido Humor _____

**HOSPITAL GERAL
DA PARAI BA**

Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

D E C L A R A C Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que o paciente JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE, esteve internado neste Hospital durante o período de 20.12.2015 a 21.12.2015, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme cópia do prontuário e atendimento nº 33433552.

João Pessoa, 23 de março de 2016.

Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor do Faturamento

Clinica Ortopédica e Traumat. de João Pessoa Ltda

Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto

Supervisor de Faturamento

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS
13 JUL. 2018

PROTÓCOLO
H.G. JOÃO PESSOA



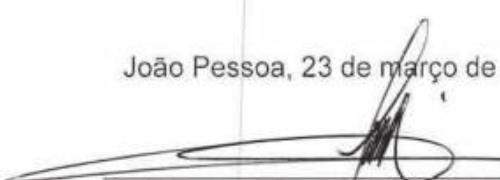


Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expeditórios – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o paciente **JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE**, esteve internado neste Hospital durante o período de 20.12.2015 a 21.12.2015, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme cópia do prontuário e atendimento nº **33433552**.

João Pessoa, 23 de março de 2016.


Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor do Faturamento

Clinica Ortopédica e Traumat. de João Pessoa Ltda

Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto

Supervisor de Faturamento


OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 JUL. 2018

PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
33433552



09/03/2016 15:44:04

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13638277	JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE	M	22/04/1986	29
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
3303147 SSP PB	7244159471		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R ABILIO PAULINO 145 CENTRO ALHANDRA-PB CEP:58000000				
Telefone Residencial 991896162	Telefone Trabalho	Nome da Mãe MARIA DO SOCORRO DA SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP

Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
20/12/2015	12:19		
Médico Atendente 29449405 JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA			Clinica 4-CIRURGICA
Médico Acompanhante 29449405 JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA			Tipo Atendimento 0 INTERNACAO

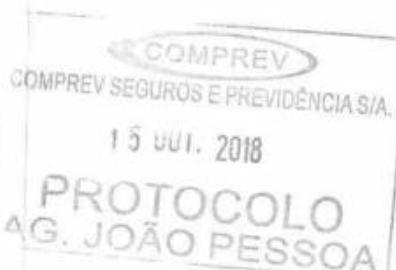
Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio 1898-UNIPAR JOAO PESSOA	Plano 2-PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira:	Validade	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia 33433552 33433552	Procedimento 99996666 30721199	Senha 11111111 11111111	Descrição INTERNACAO FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO



R4310RI - LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA NETO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:33:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912330424700000036727806>
 Número do documento: 21011912330424700000036727806

Num. 38517043 - Pág. 22

HOSP GERAL JOAO PESS
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
CONTA HOSPITALAR

PAGINA - 001 / 003
DATA - 11:17:35
HORA - 11:17:35

Atendimento.: 33433552 Prontuario.: 13638277 JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE
Data Admissao: 20/12/2015 Data Alta.: 21/12/2015
Convenio.....: 1898 - UNIPAR JOAO PESSOA

- PABX
Ramal Setor Qt Duracao Unidade Vi Ligacao

Total PABX.....

- RESTAURANTE		Codigo Descricao	Qtd	Vi Unitario	Vi Total
---------------	--	------------------	-----	-------------	----------

Total Restaurante.:

No Guia	Exame	Descricao	Qtd	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
---------	-------	-----------	-----	----------------	-------------	----------------	---------------

33433552	99996666 INTERNACAO	1	0,00
----------	---------------------	---	------

Total Exames....

Numero Guia	Procedimento	Ato Descricao	Valor Cobrado
-------------	--------------	---------------	---------------

Comanda: 17568484 (REQUISICAO) em 20/12/2015 Setor Destino: POSTO 1 ANDAR - HGJP
--

Taxa	Descricao	Qtd	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
------	-----------	-----	----------------	-------------	----------------	---------------

Total Taxas....

Medicam	Descricao	Qtd Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
---------	-----------	-----------	----------------	-------------	----------------	---------------

42099 KEFLIN 1 GR FRAP 1 UD	2 FRAP	5,01	10,02	0,00	10,02
143303 SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 10	2 TUBO	2,13	4,26	0,00	4,26

Total Medicamento.: 14,28

Material	Descricao	Qtd Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
----------	-----------	-----------	----------------	-------------	----------------	---------------

30872 SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 M	2 SERI	3,63	7,26	0,00	7,26
31739 ALCOOL FRAS 1 UD	20 FRAS	0,05	1,00	0,00	1,00
51063 ALGODAO HIDROFILO PCT 1 GR	8 PCT	0,04	0,32	0,00	0,32
139206 LUVA PROCEDIMENTO P CX 1 PA	4 CX	0,65	2,60	0,00	2,60

Total Material.: 11,18

Comanda	Setor Destino	Valor Cobrado
---------	---------------	---------------

Comanda: 17566981 (REQUISICAO) em 20/12/2015 Setor Destino: POSTO 1 ANDAR - HGJP	11,18
--	-------

Taxa	Descricao	Qtd	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
------	-----------	-----	----------------	-------------	----------------	---------------

01001002 DIARIA DE ENFERMARIA	1,00	154,69	154,69	0,00	154,69
-------------------------------	------	--------	--------	------	--------

Total Taxas.... 154,69

Medicam	Descricao	Qtd Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
---------	-----------	-----------	----------------	-------------	----------------	---------------

38008 DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	3 AMPL	1,30	3,90	0,00	3,90
39586 TRAMAL 100MG AMPL 2 ML	3 AMPL	8,42	25,26	0,00	25,26
44415 TILATIL 20MG FRAP 1 UD	2 FRAP	6,82	13,64	0,00	13,64
48844 SORO GLICOSADO 5% 500ML TUBO 500	4 TUBO	2,50	10,00	0,00	10,00

R4930PD

Atendimento.: 33433552 Prontuario.: 13638277 JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE
Data Admissao: 20/12/2015 Data Alta.: 21/12/2015
Convenio.....: 1898 - UNIPAR JOAO PESSOA

- PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Numero Guia:	33433552	Procedimento:	99996666 - INTERNACAO	Setor Destino:	POSTO 1 ANDAR - HGJP			
Comanda:	17566981 (REQUISICAO)	em	20/12/2015	Qtd Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
133985	AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML		3 AMPL	0,72	2,16	0,00	0,00	2,16
143303	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 10		3 TUBO	2,13	6,39	0,00	0,00	6,39
Total Medicamento.:								61,35
Material	Descricao		Qtd Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado	
27138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD		1 UD	7,40	7,40	0,00	0,00	7,40
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML		3 SERI	0,89	2,67	0,00	0,00	2,67
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 M		2 SERI	1,37	2,74	0,00	0,00	2,74
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 M		3 SERI	3,63	10,89	0,00	0,00	10,89
31739	ALCOOL FRAS 1 UD		70 FRAS	0,05	3,50	0,00	0,00	3,50
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD		8 UD	0,56	4,48	0,00	0,00	4,48
51063	ALGODAO HIDROFILO PCT 1 GR		22 PCT	0,04	0,88	0,00	0,00	0,88
139206	LUVA PROCEDIMENTO P CX 1 PA		11 CX	0,65	7,15	0,00	0,00	7,15
159050	TAMPA CONE LUER - 1 UD		1 UD	0,80	0,80	0,00	0,00	0,80
Total Material.:								40,51

Numero Guia: 33433552 Procedimento: 30721199 - FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO

Honorario	Nome Medico	Ato Descricao	Valor Cobrado			
Total Honorario.:						
Comanda:	17614678 (REQUISICAO)	em 20/12/2015 Setor Destino:	CENTRO CIRURGICO - HOSP JOAO PESSOA			
Taxa	Descricao	Qtd	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
05005051	MONITOR NA SALA DE CIRURGIA - SESSAO	1,00	79,45	79,45	0,00	79,45
05005129	OXIMETRO - HORA	1,00	5,27	5,27	0,00	5,27
61450044	OXIGENIO CATETER NASAL	1,00	19,09	19,09	0,00	19,09
02002001	CIRURGIA EM AMBULATORIO	1,00	83,41	83,41	0,00	83,41

Medicam	Descricao	Qtd Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
34290	AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	2 AMPL	0,44	0,88	0,00	0,88
38008	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	2 AMPL	1,30	2,60	0,00	2,60
40045	DORMOND 5 MG AMPL 5 ML	1 AMPL	7,19	7,19	0,00	7,19
42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2 FRAP	18,77	37,54	0,00	37,54
44415	TILATIL 20MG FRAP 1 UD	1 FRAP	6,82	6,82	0,00	6,82
49581	PLASIL AMPL 2 ML	1 AMPL	1,42	1,42	0,00	1,42
118240	SOLUCAO DE RINGER SIMPLES TUBO 500	1 TUBO	2,17	2,17	0,00	2,17
134165	NOVABUPI SAD 0,5% FRAP 1 UD	1 FRAP	28,89	28,89	0,00	28,89
145419	FENTANIL 5ML AMPL 5 ML	1 AMPL	4,94	4,94	0,00	4,94
Total Medicamento.:						

Material	Descricao	Qtd Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
25534	FAIXA DE SMARCH 10CM - 1 UD	2 UD	8,44	16,88	0,00	16,88
26182	COMPRESSA OPERATORIA 25X23 - 1 UD	10 UD	2,54	25,40	0,00	25,40
27081	EQUIPO FOTO SENSIVEL GOTA - 1 UD	1 UD	38,18	38,18	0,00	38,18

R4930PD

Atendimento.: 33433552 Prontuario.: 13638277 JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE
Data Admissao: 20/12/2015 Data Alta.: 21/12/2015
Convenio....: 1898 - UNIPAR JOAO PESSOA

- PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Numero Guia:	33433552	Procedimento:	30721199 - FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO	Setor Destino:	CENTRO CIRURGICO - HOSP JOAO PESSOA		
Comanda:	17614678 (REQUISICAO)	em	20/12/2015				
Material	Descrição	Qtd	Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
27847	AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	2	UD	0,56	1,12	0,00	1,12
27910	ARRUELA P/IMONITOR DESCARTAVEL C/3	2	UD	12,66	25,32	0,00	25,32
27936	ATADURA CREPOM 10 CM - 1 UD	3	UD	4,36	13,08	0,00	13,08
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	UD	2,48	2,48	0,00	2,48
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 - 1 UD	1	UD	8,59	8,59	0,00	8,59
30660	LUVA DESCARTAVEL N-7,5 - 1 PA	1	PA	5,85	5,85	0,00	5,85
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1	SERI	0,89	0,89	0,00	0,89
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1	SERI	0,89	0,89	0,00	0,89
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 M	1	SERI	1,37	1,37	0,00	1,37
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 M	2	SERI	3,63	7,26	0,00	7,26
31739	ALCOOL FRAS 1 UD	100	FRAS	0,05	5,00	0,00	5,00
31992	FIO MONONYLON 4-0 - 1 UD	1	UD	31,23	31,23	0,00	31,23
32360	POVIDINE TOPICO - 1 ML	100	ML	0,11	11,00	0,00	11,00
32379	POVIDINE DEGERMANTE - 1 ML	100	ML	0,11	11,00	0,00	11,00
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	UD	0,56	1,12	0,00	1,12
50822	MASCARA DESCARTAVEL PCT 1 UD	3	PCT	0,66	1,98	0,00	1,98
50849	PROPEZ DESCARTAVEL - 1 UD	3	UD	1,58	4,74	0,00	4,74
50857	GORRO DESCARTAVEL - 1 UD	3	UD	1,04	3,12	0,00	3,12
50997	ESPARADRAPO TUBO 1 UD	50	TUBO	0,03	1,50	0,00	1,50
51063	ALGODAO HIDROFILO PCT 1 GR	50	PCT	0,04	2,00	0,00	2,00
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	1	MT	0,05	0,06	0,00	0,06
110979	LAMINA DE BISTURI N.24 - 1 UD	1	UD	0,76	0,76	0,00	0,76
120191	ALGODAO ORTOP.(ATADURA 15CM) RC	1	ROLO	14,00	14,00	0,00	14,00
133505	GAZE 10X10 PRONTA PCT 1 UD	3	PCT	2,00	6,00	0,00	6,00
139206	LUVA PROCEDIMENTO P CX 1 PA	5	CX	0,65	3,25	0,00	3,25
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1	UD	1,84	1,84	0,00	1,84
Total Material.:							245,91

Total Ligacoes Telefonicas.....	0,00
Total Restaurante/Frigobar.....	0,00
Total por servicos de Restaurante/Frigobar (10%).....	0,00
Total Honorarios Medicos.....	0,00
Total Matenais Usados.....	297,60
Total Medicamentos Usados.....	168,08
Total Taxas Usadas.....	341,91
Total Exames Realizados.....	0,00
Total da Conta	807,59



R4930PD



HOSPITAL GERAL DA PARAIBA
DESCRIÇÃO CIRURGICA

PACIENTE: JOSENILTON JOSÉ DA SILVA FREIRE	DATA: 20/12/2015
CIRURGIÃO: JOSÉ GUTEMBERG CRUZ DE LIMA	ANESTESISTA: GLAUCO
1 AUXILIAR: ROMULO SOARES	2 AUXILIAR:
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: FRATURA DA EPIFISE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO COMINUIDA	DIAGNOSTICO POS OPERATORIO IDEM
CIRURGIA PROPOSTA: RESDUÇÃO CIRURGICA COM FIXAÇÃO COM QUATRO DIOS DE KIRSCHNER	CIRURGIA REALIZADA: IDEM
INSRUMENTADOR	AUX CIRC:

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

1. PACIENTE PACIENTE EM MESA CIRURGICA COM ANESTESIA DE FEIXE
VAASCULO NERVOSO E SEDAÇÃO
2. ASSEPSIA E COLOCAÇÃO DOSCAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS AO
NIVEL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
3. REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO E FIXAÇÃO COM 04
FIOS DE KIRSCHNER
4. CURATIVO E ENFAIXAMENTO E GESSO AXILO PALMAR

J. José Gutemberg C. de Lima
especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738



CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLÓGICA DE JOÃO PESSOA LTDA
MEDICAMENTOS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS USADOS NA SALA DE CIRURGIA

OK

Name: Wenzel, f. da Silve

Registro: 35133553 CONVÉNIO: 4110/03

CONVÉNIO:

Nome: Guilherme - p.
Tipo de Cirurgia: Flx. Pecten

CIRURGIÃO: Dr. Guterres

1996-1997

Anestesista: Dr. Glauco.

Tipo de Anestesia: _____

ГАУХИНА:

1030

Information

Dimensions

Data: 20, 12, 15

ENFERMEIRO(A)
Assinatura e Carimbo

CIRCULANTE
Assinatura e Carimbo



FICHA DE ANESTESIA

Nome: Jognalton J. da Silva Data: 20/12/15
Idade: 12 Peso: _____ Sexo: F () M X
Prontuário: _____ Convenio: _____
Diagnóstico: Exstirpa de pênis
Cirurgia: TO - Câncer pectoral Anestesiologista: _____
Cirurgião: Dr. Entenberg ASA: II

A HORA
IG Ov
E NDO
N A

LIQUIDOS

Diamond
Festoni
Cycloline 2g
Dipetone
Silent
Benzocaine
Ketamine
ASD 2g

DROGAS

COMPRE
EV
COMPRE SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A
EV
15 LVI. 2018
ECOLO

Condição final op:

Intercorrências per. pp.

200 *Anastrepha* (IV) 1

Dr. Glauco P. Leite
Médico Anestesista
CRM 6.500





PREScrição MÉDICA - Aprazamento

Nº Prescrição: 0008301216 Atendimento: 33433552 Prontuário: 13638277 Data: 20/12/20
 Paciente: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE Convenio: UNIPAR JOAO PESSOA Posto: POSTO
 Peso: 75.00

PREScrição MÉDICA

1. Hidratação Venosa	4 Fases	VIG: 10.7	Vol. Total: 2000 ml	111.00 gts/min Acesso Periférico	13:00	; 19:00
SORO GLICOSADO 5%	76.92	ml/Kcal/dia	2000ml	***** gts/min Acesso Periférico	(14:00)	
2. Hidratação Venosa	Fase Única		Vol. Total: 2000 ml			
SORO GLICOSADO 5%	4min		2000ml			
3. KEFLIN (1.0g) (D1/2)		1g		1 FRAP (C/1GR)	6/6h	EV
	Soro Fisiológico 0,9%		100 ml			23:59 ; 21/12-05
4. DIPIRONA (500.0mg/ml)		1000mg	2ML	(AMPL C/500MG)	6/6h	EV
	Agua Destilada		18 ml			18:00 ; 21/12-00
5. TILATIL (20.0mg)		20 mg		1 FRAP (C/20MG)	12/12h	EV
6. DIPIRONA (500.0mg/ml)		1000mg	2ML	(AMPL C/500MG)	6/6h	EV
	Agua Destilada		18 ml			SN
7. TRAMAL (50.0mg/ml)		100 mg	2ML	(AMPL C/100MG)	8/8h	EV
	Soro Fisiológico 0,9%		100 ml			SN
8. TRAMAL (50.0mg/ml)		100 mg	2ML	(AMPL C/100MG)	8/8h	EV
	Soro Fisiológico 0,9%		100 ml			14:00 ; 22:00

Reservado para o SND

ENTEROFIX

Ass.

RP1531

ROBERTA GRAZIELLA PEREIRA DA COI 20/12/2015 19:57

192.85.4.101



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:33:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912330424700000036727806>
 Número do documento: 21011912330424700000036727806

Num. 38517043 - Pág. 29

Prescrição: 0008301216 Atendimento: 33433552
 paciente: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIREProntuário: 13638277
Convenio: UNIPAR JOAO PESSOAData: 20/11
Posto: POS
Peso: 75.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Iidratação /enosa	4 Fases	VIG: 10.7	Vol. Total: 2000 ml	111.00 gts/minAcesso Periférico	13:00	; 19:00
ORO GLICOSADO 5%	76.92	ml/Kcal/dia	2000ml			
Iidratação /enosa	Fase Única	Vol. Total:	2000 ml	***** gts/minAcesso Periférico	14:00	
	4min					
ORO GLICOSADO 5%	26.67		2000ml			
TILATIL (20.0mg)		20mg	1 FRAP (C/20MG)	12/12h	EV	
DIPIRONA (500.0mg/ml)		1000mg	2ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	
Agua Destilada		18 ml				
DIPIRONA (500.0mg/ml)		1000mg	2ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	SN
Agua Destilada		18 ml				
Suspenso às 13:26 hs de						
20/12/15						
FRAMAL (50.0mg/ml)		100mg	2ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV	SN
Soro Fisiologico 0,9%		100 ml				
Suspenso às 13:26 hs de						
20/12/15						
TRAMAL (50.0mg/ml)		100mg	2ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV	
Soro Fisiologico 0,9%		100 ml				

Ado para o SND

EROFIX

Ass.



PREScrição MÉDICA

Nº Prescrição: 8301216	Atendimento: 33433552	Prontuário: 13638277	Data: 7
Paciente: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE		Convenio: UNIPAR JOAO PESSOA	Posto: 1
			Peso:
1. Hidratação Venosa 4 Fases	VIG: 10.7	Vol. Total: 2000 ml	111.00 gts/min A
SORO GLICOSADO 5%	76.92	ml/Kcal/dia 2000 ml	
2. Hidratação Venosa Fase Única		Vol. Total: 2000 ml 4 min	***** gts/min A
SORO GLICOSADO 5%	26.67	2000 ml	
3. KEFLIN (1.0g) (D1/2)	1 g	1 FRAP(C/1GR)	6/6h EV
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml	
4. DIPIRONA (500.0mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG/6h	EV
Água Destilada		18 ml	
5. TILATIL (20.0mg)	20 mg	1 FRAP(C/20MG)	12/12h EV
6. DIPIRONA (500.0mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG/6h	EV SN
Água Destilada		18 ml	
7. TRAMAL (50.0mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG/8h	EV SN
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml	
8. TRAMAL (50.0mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG/8h	EV
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml	

Dr. José Guteemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

MSA
C





ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Arthroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raios-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

②

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nasrala
CRM 10582

Dr. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Dra. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Dr. Jannaina Henriques
CRM 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Arthroplastia Total
Joelho e Quadril

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04

Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax: (83) 3244-5218

Site: www.ortoclinicaph.com.br - Email: cls.ortoclinica@uol.com.br

19/12/2015

varos fracionados
(100% incisão).
em 19/12/2015
e a opção é
20/12/2015. Pode
se ocorrer fechamento
temporário de ferida
de flexão e
extensão e
fechamento parcial
em 50% e 50%
de fraturas - 6

COMPREV
COMPREV SEGUROS E BENEFÍCIOS S.A.
19/12/2013
PROTÓCOLO
AG. JNÃO PESSOA





ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raios-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

1

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Guteemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andressa Hattori Nasrala
CRM 10582

Dra. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Dra. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Dra. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Guteemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04

Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax: (83) 3244-5218

Site: www.ortoclinicaph.com.br - Email: cis.ortoclinica@uol.com.br

J. J. S. S. P. C.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:33:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912330424700000036727806>

Número do documento: 21011912330424700000036727806

Num. 38517043 - Pág. 33



ORTOCLÍNICA

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

25

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Mello
CRM 7883

Dra. Andreea Haffori Nasralla
CRM 10582

Dr.ª. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Dr.ª. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Dr.ª. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

R. Wandick Filgueiras, 195 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04
Fones: (83) 3224-7452 / 3224-0855 - Fax: (83) 3244-5218
Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: cie.ortoclinica@dol.com.br

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIASIA

15 VIII. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:33:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912330424700000036727806>
Número do documento: 21011912330424700000036727806

Num. 38517043 - Pág. 35

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012507727723

CERTIFICADO DE REGISTRO (15500000000000000000) VÉHICULO

VIA 1 0100269685-1 00/00000000 EX 2016

JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE

07244159477 CNPJ

QFD3926/PB

NOVO

PLAQUE/UF PB 9C2KD05405R059799

PAS / MOTOCICLETA / NÃO APPLC

ANIGO / GASOL

HONDA / NXR150 Motos ESD

2014 2014

CAP / P/149 / CTI PARENTE PRETA

PAUTA PREDOMINANTE

IPVA PAGO EM 08/07/2016 VENC / COTAS

IPVA * IPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS**

1º 2º 3º

PRÉMIO TANDEM / SEGURO PREMIO TANDEM 08/07/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ALHAND 369

08/07/2016 DATA

16080

EX-EDICION

TIPO DE GRAMPO

DETTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO AUTOMOTORES DE TRANS

PB Nº 01250

JOSENILTON

ESTE É O PARA MAIS CON

07244159799

www.dj

JOSENILTON

VIA

RENAVAM

07244159799

ANO FABRICANTE

0101289

2014 (RS) 9

CUSTO DO BILHETE (RS)

PA

COTA ÚNICA

SEC

16080



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

N.º 011119944613

DETAN - PB 81438475118

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
PRF 20140000444251-0

1 0101-37635-1 00/00000000

JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE
R JOAO FRANCISCO DA SILVA 135
NOVA ALHANDRA
58320000 ALHANDRA-PB

07246159471- 003926/PB

ELINALDO BRITO DA SILVA

NOVO PE 9G2KD0540E059799

FABRICANTE: ALCO/GASOL

FABRICANTE: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 EROS ESD

ANO FABR. 2014 ANO MOD. 2014

CAPACIDADE: 2 P/149 /CI CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: PRETA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N.º Motor: KD05E4E059799 0

ALHANDRA-PB LOCAL: 09/10/2014

36994 18460

DETAN - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:33:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912330424700000036727806>
 Número do documento: 21011912330424700000036727806

Num. 38517043 - Pág. 37

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180543270 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE **Data do acidente:** 19/12/2015 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do radio distal E

Descrição do exame: ACIDENTE EM 19-12-2015.

médico pericial: AO EXAME :PRESENÇA DE CICATRIZ DORSAL E LATERAL EM PUNHO ESQUERDO .
LIMITAÇÃO DE FLEXO EXTENSÃO DE 75% , COM FORÇA GRAU 4 EM PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COM CIRURGIA EM 20 -12-2015 E ALTA NO DIA SEGUINTE
FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do punho devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido conforme parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180543270**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOAQUIM FRANCISCO PONTES, SN - NOVA ALHANDRA - Alhandra - PB - CEP 58320-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3303147**

Data e local do acidente: [**19/12/2015**] **ALHANDRA-PB**

Data e local do exame: [**04/12/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fx do radio distal E

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 19-12-2015 AO EXAME :PRESENÇA DE CICATRIZ DORSAL E LATERAL EM PUNHO ESQUERDO .

LIMITAÇÃO DE FLEXO EXTENSÃO DE 75% +FORÇA GRAU 4 E PUNHO E

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

CIRURGIA EM 20 -12-2015 E ALTA NO DIA SEGUINTE FEZ FISIOTERAPIA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

"Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO ESQUERDO

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



PROCURAÇÃO

OOUTORGANTE: José Luiz da Silva Gomes
brasileiro(a), estado: Civil, profissão: solteiro
CPF/MF nº 042.441.596-41, residente e domiciliado(a) à Rua
José Gomes Gomes, 133 - Vila Industrial,
Cidade de Paraná, Estado Paraná, CEP: 58320-000, telefone: (41) 321-1111

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, Brasileira, casada, advogada, CPF sob o n.º 046502754-74 e RG sob o n.º 2627718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto à Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Alhornia sp. , 04 de Março de 2016.

Joseph Klemm, 200' down Silver Run.

OUTORGANTE

TARUANA SEGUROS

22 JUN 2016

DOCUMENTO 4 - 14%



Reconheço, com autoridade e verdadeira, a(s) Firma(s) e/ou Assinatura(s) que constam no(s) documento(s) que se segue(m) abaixo, serem de minha autoria, e que foram feitas em meu nome, e que constam de meu conhecimento e aprovação.



PROCURAÇÃO

Procedências

OITORGANTE:
José Milton José da Silva Freire, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão motociclista, CI RG nº 3303.147, CPF/MF nº 072.441.594-75, residente e domiciliado(a) à Rua Joaquim Francisco Pontes, 510 - Novo Horizonte, Cidade de Araraquara, Estado de São Paulo, CEP: 18830-000, telefone (18) 3512-8500, 993412-0140.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

APPENDIX, 09 de outubro de 2014.

~~osen/then pose~~ 17 5/16 of Fr. 10

OUTORGANTE

ARIJAN

26 OUT 2017



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418598/18

Vítima: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE

CPF: 072.441.594-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/12/2015

Titular do CPF: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE : 072.441.594-71

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: 19/11/2018
Nome: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE
CPF: 072.441.594-71

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE

RENATO LUNA DIAS

