



10/04/2019

Número: **0814018-49.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **3º Juizado Especial Cível da Capital**

Última distribuição : **28/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	LIVIETO REGIS FILHO
AUTOR	JOSE MARQUES DO NASCIMENTO
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
20137770	28/03/2019 13:59	2.Procuração José Marques	Procuração
20137799	28/03/2019 13:59	3.Comprovante de residencia	Documento de Comprovação
20137802	28/03/2019 13:59	4.Protocolo recepção DPVAT	Documento de Comprovação
20137810	28/03/2019 13:59	5.Protocolo Correios recepção DPVAT Lito	Documento de Comprovação
20137815	28/03/2019 13:59	5.1.Extrato bancario recebimento apenas despesas medicas	Documento de Comprovação
20137824	28/03/2019 13:59	6.Fotos do pé na fase pós cirurgia	Documento de Identificação
20137835	28/03/2019 13:59	7.Fotos do pé após cicatrização	Documento de Comprovação
20137907	28/03/2019 13:59	8.Documento acidente	Documento de Comprovação
20137937	28/03/2019 13:59	9.Documento da delegacia DPVAT	Documento de Comprovação
20137947	28/03/2019 13:59	10.BOAT Bptran	Documento de Comprovação
20137956	28/03/2019 13:59	11.BOAT Bptran Fotos dos veiculos envolvidos no acidente	Documento de Comprovação
20137962	28/03/2019 13:59	12.BOAT Bptran classificação dos danos nos veiculos	Documento de Comprovação
20137972	28/03/2019 13:59	13.Certidão de Socorro Corpo de Bombeiro	Documento de Comprovação
20137978	28/03/2019 13:59	14.BO Jose Marques	Documento de Comprovação
20137994	28/03/2019 13:59	15.BOAT Bptran croqui do acidente	Documento de Comprovação
20137999	28/03/2019 13:59	16.Laudo lesão corporal Nucleo de medicina legal PB	Documento de Comprovação
20138007	28/03/2019 13:59	17.Relatório 1º Cirurgia	Documento de Comprovação

20138 028	28/03/2019 13:59	18.Relatório 2º Cirurgia	Documento de Comprovação
20138 035	28/03/2019 13:59	19.Ficha Admissão Médica	Documento de Comprovação
20138 046	28/03/2019 13:59	20.Documento- requisição fisioterapia	Documento de Comprovação
20138 058	28/03/2019 13:59	21.Certidão Medica	Documento de Comprovação
20138 069	28/03/2019 13:59	22.Atestado e Declaração medica recente	Documento de Comprovação
20140 968	28/03/2019 14:46	Mandado	Mandado

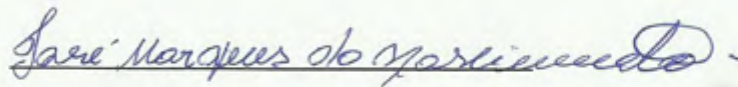
PROCURAÇÃO AD- JUDICIA

OUTORGANTE: José Marques do Nascimento, Brasileiro, Solteiro, Guarda Civil Municipal, portador do CPF nº 395.818.614-91, residente e domiciliado à Rua Industrial João Ursulo, 206, Cristo Redentor, João Pessoa-PB.

OUTORGADO: Livieto Regis Filho, Brasileiro, Casado, Advogado, inscrito na OAB/PB, sob o número 7.799, com escritório profissional na, Avenida Vasco da Gama, nº 350, Sala 203, 1º Andar, Jaguaribe - CEP - 58.015-000, João Pessoa - PB - Fones (83) 99926-7669; 99301-9407 e 98857-7759. E-mail: livietoadvogado@bol.com.br

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

João Pessoa, 19 de Março de 2019.



José Marques do Nascimento

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

374474

REFERENCIAL

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

NOV/2017

NEUZA MARQUES DO NASCIMENTO
RUA IND JOAO URSULO 206

CRISTO REDENTOR

58070- 600

JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.20.175.0310	0	1	0	0	0	374474
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A97S180664	31/07/1997	5	LIGADO	FACTIVEL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
2696	2700	4	32	06/12/2017		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.			QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-M.			
MAI/2017	5	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORME	
JUN/2017	6	0	COL.TOTAIS	265	278	278
JUL/2017	8	0	COL.TERMOT	0	0	0
AGO/2017	3	0	COR	72	91	91
SET/2017	5	0	CLORO	265	278	278
OUT/2017	3	0	TURBIDEZ	265	277	277
MEDIA(M)	5		DADOS REFERENTES A: SET/2017			

DATA DA LEITURA: 08/11/2017	HORA DA LEITURA: 13:04:50		
DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10	36,84	29,47 R\$66,31
047-JUROS DE MORA			R\$0.55
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.			R\$1.32

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$6.13 PIS E COFINS. LEI 12.741/1

VENCIMENTO:

21/11/2017

Total a Pagar:

R\$68,18

v.16.13 R. 1.0

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 30301955 - AC AGUA FRIA
JDAO PESSOA - PB
CNPJ.... 34028315274823 Ins Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente..... SEGURADORA LIDER CONCOR SEGU
CNPJ/CPF..... 03248608000104
Doc. Post..... 294425333
Contrato.... 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao... 62267655

Movimento... 12/09/2018 Hora 11:59:36
Caixa..... 88213808 Matrícula 89134737
Lancamento: 024 Atendimento 00014
Modalidade: A Faturar ID Fiquete: 1526200847

DESCRICAO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)...	23,26	
Peso real (G).....	79	
CNPJ/CPF Remet.: 39581861491		
Nome Remetente: JOSE MARGUES DO NASCIMENTO		
Endereco Remet.: RUA Rua Industrial João Or		
Cont. Endereco... suito, 206 - Cristo Redento		
Cep Remetente... 58070-600		
Cidade Remet.... JDAO PESSOA		
UF Remet..... PB		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)...	29,00	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G).....	79	
OBJETO.....	0Y013063021BR	

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!
Baixe o APP de Pre-Atendimento dos Correios



AUTO-ATENDIMENTO - AG CRUZ DAS ARMAS
DATA: 20/11/2018 HORA: 18:12:04
TERMINAL: 10331755 CONTROLE: 103317550640

AGENCIA: 1033 - CRUZ DAS ARMAS
CONTA: 013.00042699-1
CLIENTE: JOSE MARQUES DO NASCIMENTO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
13/11	2.700,00
16/11	216,96

MOVIMENTAÇÃO			VALOR
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	

SALDO ANTERIOR			416,16C
----------------	--	--	---------

Novembro

08/11	081130	SAQUE LOT	200,000
13/11	000001	CRED TED	2.700,00C
16/11	000000	REM BASICA	0,00C
16/11	000000	CRED JUROS	0,80C

RESUMO EM 19/11	
SALDO	2.916,96C

RESUMO DO DIA	0,00
SALDO BLOQUEADO	2.916,96C
SALDO DISPONIVEL	2.916,96C
SALDO TOTAL	

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





















PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 86202

Atd: Nao Regulado

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 13/12/2017

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 13:55:30

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SANTOS

FAX: () - CNPJ:

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE MARQUES DO NASCIMENTO

Num. Prontuario: 2017.12.001846

CNS: SEM CNS Sexo: M CNH: 1039589 Fone: 988852695

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/09/1964 Id: 53 ano(s)

End.: RUA INDUSTRIAL JOAO URSULO, 206

Bairro: CRISTO REDENTOR Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: NEUSA MARQUES DO NASCIMENTO

Pai:

Raca: PARDAS Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: FUNCIONARIO PUBLICO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: IRMA- NADJA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Prontuario: RESIDENCIA

Transporte utilizado: BOMBEIRO

Vitima de acidente por: COLISAO ONIBUS COM MOTO EM FRENTE

Vitima de violencia por: AO POSTO DE POLICIA NO CRISTO AS 12:30HRS CONDUTOR

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

PC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glicemia: IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Circ. Abd: O2%:

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Que Principal

Observacao

COLISAO MOTOXONIBUS.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de colisão moto-onibus e capote, queixando-se de dor em
perna e no esterno. Deixa perda da consciência de 05 minutos. Grupo B

Diagnostico

Conduta

Atendimento Inicial

Alergia: nua

Rx

Atendimento inicial atualizado (R)

Avaliação da ortopedia

Prescrição

Horario de medicacao

Alto da Ar. Geral

Traumatismo OIFA, IM, grau

Colisão moto-onibus, IM, grau

MANOEL VIEIRA
CURSADA GERAL
CURSO 08/90
CRM-SP 5000

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

13.10.13 Prescrita Atentamente Psiquiatra e

Dr. [assinatura]

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

Guimar Ferreira da Silva
Psicologa Clinica e Hospitalar
CRP 13 4395

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☒ Residência ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº 282.2018

Exame Requisitado: Exame Corporal de Acidente de Trânsito - Dpvt

Delegado(a) de Polícia Civil: Alberto Jorge Diniz e Silva

Local: João Pessoa/PB

Data: 17/04/2018

Ref.: BO Nº 00716.01.2018.1.00.420

Ilmo(a). Sr(a).

Dr(a). Fábio Almeida Gomes

Núcleo de Medicina e Odontologia Legal - João Pessoa/NUMOL-JP

João Pessoa/PB

Senhor(a) Gerente,

Requisitamos de Vossa Senhoria as providências para que no prazo legal (art. 160, parágrafo único do CPP, alterado pela lei 8.862/94) seja procedido o **Exame Corporal de Acidente de Trânsito - Dpvt** na pessoa abaixo qualificada, devendo responder os quesitos abaixo formulados e remeter o laudo para **Delegacia de Polícia Civil – Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital/PB**.

Periciando(a):

JOSE MARQUES DO NASCIMENTO, CPF nº 395.818.614-91, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário Público Municipal - Guarda Municipal, filho(a) de Neuza Marques Nascimento e Não Declarado, natural de Timbauba/PE, nascido(a) em 08/09/1964 (53 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Industrial João Ursulo, nº 206, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Rua Paralela a Rua José Tavares Que Liga Os Bairros de Cruz das Armas e Cristo Redentor, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato: (83) 98826-4839.

Quesitos:

- 1º) Houve Ofensa À Integridade Corporal Ou À Saúde Do(a) Examinando(a)?
- 2º) Qual Instrumento Ou Meio Que Produziu a Ofensa?
- 3º) da Ofensa Resultou Perigo de Vida?
- 4º) da Ofensa Resultou Incapacidade Para As Ocupações Habituais Por Mais de 30 (trinta) Dias?
- 5º) da Ofensa Resultou Debilidade Permanente de Membro, Sentido Ou Função, Incapacidade Permanente Para o Trabalho, Enfermidade Incurável, Perda Ou Inutilização de Membro, Sentido Ou Função, Deformidade Permanente? (resposta Justificada)
- 6º) Se, Prestado Socorro Imediato Ao Ofendido(a), Haveria Possibilidade de Diminuir As Consequências das Lesões?

Histórico: Que Conduzia a Moto Honda/cg 160 Start, Preta, 2016/2016, Placa Qfy4218/pb, Chassi 9c2kc2500gr009823, Registrada Em Nome do Noticiante, Pela Rua Fernando da Cunha Lima Quando Um Ônibus da Empresa Transnacional, Placa Npx9869/pb, Que Trafegava Pela Rua Travessa Murilo, Não Respeitou a Placa de Pare e Ao Manobrar Para a Rua Fernando da Cunha Lima, Por Ser Veículo Longo, Invadiu a Contramão de Direção, Onde o Noticiante Mesmo Freando e Tentando Desviar Não Conseguiu Evitar a Colisão, Sendo Atingido Pelo Ônibus e Lesionando-se Conforme Certidão Nº 0356/2018, Expedido Pela Drª Christine Maria Batista de Brito Lyra, Crm/pb 3137, Datado de 02.03.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, Para Onde Foi Socorrido Pelos Bombeiros; Que Não Deseja Representar Criminalmente; Que No Momento Não Tem Testemunhas a Indicar.

Procedimento Policial: 00716.01.2018.1.00.420

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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA
Delegado(a) de Polícia Civil

Procedimento Policial: 00716.01.2018.1.00.420

2/2



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0892 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: EMANUEL BARBOSA GONZAGA	Posto/Graduação: SD /PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua Fernando da Cunha Lima	Hora 12:30	Bairro Cristo
Município: João Pessoa	UF PB	
Data/Ocorrência 13/12/2017	Dia da Semana Quarta-Feira	C/S Vítima (QT) Com
Natureza do Acidente Abaloamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca
Tempo Bom		
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Controle do tráfego no local Placa de Pare	
CONDUTOR 01		
Nome Severino Gomes Bezerra	Sexo Masculino	Nascimento 16/05/1966
RG 274850908 DICRJ		
Endereço Rua Napoleão Duré, Nº644, Cristo, João Pessoa - PB - Tel.(083) 98695-1266		
1ª Habilitação 22/03/2000	Categoria D	Registro CNH N.º 01184466960
U.F. RJ	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 08/06/2019
Usava cinto Sim	Usava Capacete Sim	
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00mg/l)	Destino do Condutor Permaneceu no local	
VEÍCULO 01		
Marca/Modelo M.Benz/ M. Polo	Espécie Ônibus	Placa NPX-9869
Categoria Aluguel	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Transnacional T. N de passageiros		
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013748771702	Renavan Nº 0019120008-5
Data da Emissão 08/11/2017		
Defeitos Nada constatado		

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na Via A, no sentido Unidade de Saúde/ Centro comunitário, quando ao chegar no cruzamento com a Via B, parou devido a uma Placa de PARE, e para observar a via, na qual no momento não trafegava veículo algum, neste momento iniciou a manobra para a Via B, foi quando observou o V2 saindo da Via C em velocidade não compatível com a via. O C1 afirmou que o C2 estava distraído no momento e que buzinou para o mesmo olhar para a frente, pois estava na contra-mão, e que o C1 mesmo freando e jogando o carro para a esquerda, não foi possível evitar o sinistro.

CONDUTOR 02

Nome José Marques do Nascimento	Sexo Masculino	Nascimento 08/09/1964	RG 1039589
Endereço Rua Industrial João Úrsulo, Nº206, Cristo, João Pessoa - PB - Tel.(083)98826-4839			
1ª Habilitação 26/10/1994	Categoria A	Registro CNH N.º 00376726625	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 30/12/2018	Usava cinto Sim	Usava Capacete Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Socorrido ao hospital		
VEÍCULO 02			
Marca/Modelo Honda CG	Espécie Motocicleta	Placa QFY-4218	Categoria Particular
Município João Pessoa	U.F. PB		
Nome do Proprietário José Marques do Nascimento			
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013748598431	Renavan Nº 0109612824-9	Data da Emissão 30/10/2017
Defeitos Nada constatado			

VERSÃO DO CONDUTOR 02

O Condutor foi ouvido no Complexo Hospitalar de Mangabeira (Trauminha) no dia 18/01/2018 às 14h30 onde declarou que: trafegava na Via A, quando o V1 que trafegava na Via B, não respeitou a placa de PARE e ao manobrar para a Via A, por ser um veículo longo, invadiu a contra-mão de direção e como o V2 trafegava em sentido contrário do V1, mesmo freando e tentando desviar, não foi possível evitar a colisão, sendo assim o sinistro.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT
Cópia de Cópia autêntica com o Original
Em: 15/10/2018
Assinado eletronicamente

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0892 - 2017

VÍTIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento
José Marques do Nascimento	Masculino	08/09/1964
Endereço	Viajava no Veículo Nº	
Rua Industrial João Úrsulo, Nº206, Cristo, João Pessoa - PB - Tel.(083)98826-4839	02	
Condição da Vítima	Usava Cinto	
Condutor	Conduzida Para	
	Hospital Ortotrauma	

CONSTATADO

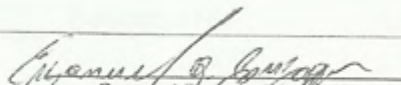
Constatado quando do levantamento que: o V1 foi liberado no local do sinistro para o seu condutor, após os esclarecimentos do mesmo sobre o sinistro e a realização do teste do etilômetro. O V2 foi conduzido ao pátio do Bptran para complemento de laudo e seu condutor socorrido para o Hospital Ortotrauma, pela VTR dos Bombeiros. O V2 não foi registrado no croqui pois foi retirado do local do acidente.

João Pessoa – PB, 01 de Março de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original

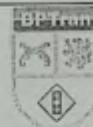
EM: 15/03/2018


ASSINATURA


Emanuel Barbosa Gonçalves SD PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0892/ 2017

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 15/03/2018

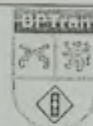
[Signature]
ASSINATURA

3

[Signature]
Emanuel Barbosa Gonzaga SLP
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



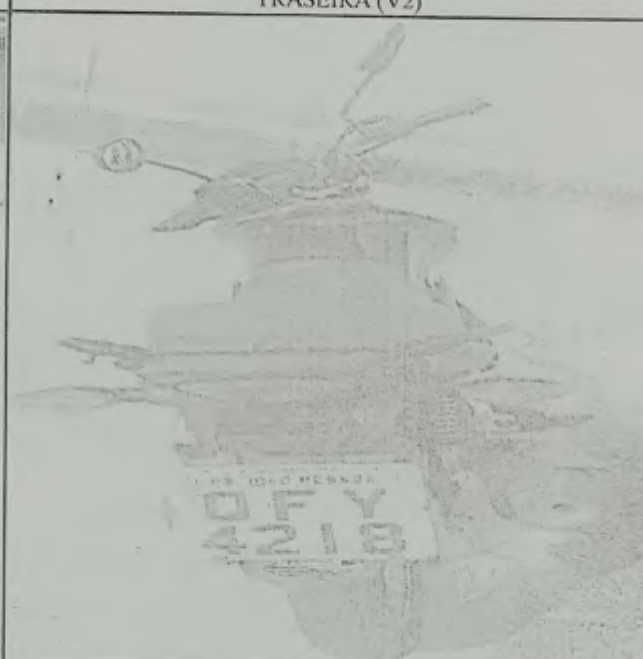
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0892/ 2017

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



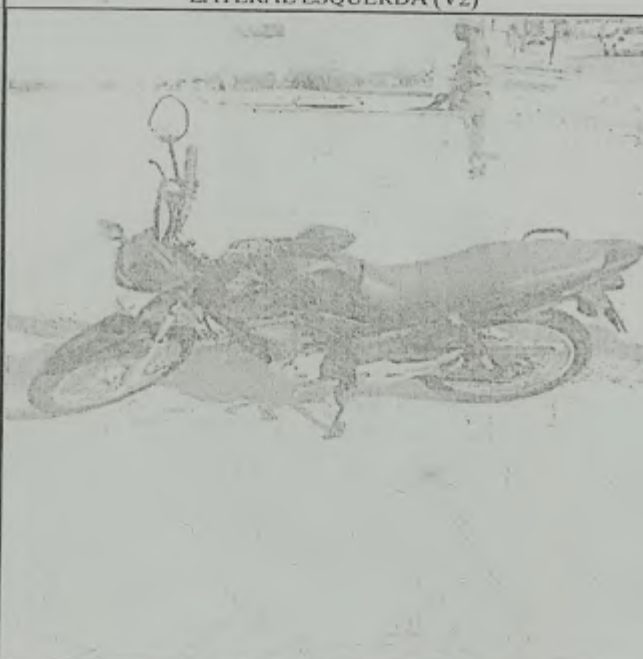
TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 15/03/2018

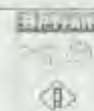
ASSINATURA

2

Emanuel Barbosa Souza SD/PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0892 - 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo: M. Benz/ M. Polo Torino	Placa: NPX-9869	Responsável pelo Preenchimento: Sd Emanuel	Data: 13/12/2017
-------------------------------------------------	---------------------------	------------------------------------------------------	----------------------------

ÔNIBUS E MICROÔNIBUS
AVARIAS NO ACIDENTE

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
01	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M		X	
02	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroceria.	M		X	
03	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		X	
04	Avárias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M		X	
05	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
06	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
07	Região da carroceria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
08	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
09	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
10	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		X	
11	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
13	Chassi com deformação lateral maior que a altura da longarina.	G		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M		X	
15	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
16	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
17	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
18	Região do Chassi termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Montagem.

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Montagem.

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

Dano de Pequena Montagem: quando não houver nenhum item assinalado nas colunas "SIM" ou "NA"

Dano de Média Montagem: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M

Dano de Grande Montagem: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

Observações: DANO DE PEQUENA MONTAGEM

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi danificado ou não no acidente, assinalar com um X a coluna NA

SIM = Item danificado no acidente; NÃO = Item não danificado no acidente; NA = Impossibilidade de avaliar o dano (Não avaliado)

DANOS NO V2

Marca/Modelo: Honda CG	Placa: QFY-4218	Responsável pelo Preenchimento: Sd Emanuel	Data: 13/12/2017
----------------------------------	---------------------------	------------------------------------------------------	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Ficha de Inspeção de Veículos em Manutenção no Residente									
		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclos)		X	
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA)			00	

Observações: DANO DE PEQUENA MONTAGEM

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTAGEM

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTAGEM

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTAGEM

João Pessoa-PB, 01 de Março de 2018.

Emanuel Barbosa Gonzaga
Emanuel Barbosa Gonzaga Sd PM
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Coordenador de Comunicação com o Cidadão
UM: 1510312013
[Assinatura]



VISTO EM: 08/08/2018

P. *[Assinatura]*
Comandante do BAPH

Hugo Eduardo dos Santos - MAL 201
Mat. 522.846-8

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 27 de abril de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0189/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 13/12/2017, conforme requerimento nº 194/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 12h49min o/a Sr.(a) **JOSE MARQUES DO NASCIMENTO**, CPF: Nº 395.818.614-91 vítima de acidente de trânsito (*colisão (ônibus x moto)*), ocorrido na Rua Fernando Cunha Lima, Cristo – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47, tendo como chefe o **CABO BM MARCIO BELO DOS SANTOS** Matrícula: 522.178-1. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com fratura exposta no membro inferior e escoriações no membro superior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**- CB BM, Mat. 523.518-9, (*[Assinatura]*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

N/I: Prays Guedes Dedeco - Asp QPBH
Chefe da 3ª Seção Matr.: 527.461-3



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) – E-mail: craphbs@bombeiros.pb.gov.br



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00716.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00716.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:30 horas do dia 17 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jose Marques do Nascimento**, CPF nº 395.818.614-91, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário Público Municipal - Guarda Municipal, filho(a) de Neuza Marques Nascimento e Não Declarado, natural de Timbauba/PE, nascido(a) em 08/09/1964 (53 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Industrial João Ursulo, Nº 206, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Rua Paralela a Rua José Tavares Que Liga Os Bairros de Cruz das Armas e Cristo Redentor, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98826-4839.

Dados do(s) Fatos:

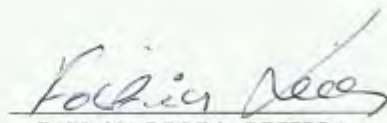
Local: Rua Fernando da Cunha Lima, Próximo a Secretaria de Desenvolvimento Social, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/12/17 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTO HONDA/CG 160 START, PRETA, 2016/2016, PLACA QFY4218/PB, CHASSI 9C2KC2500GR009823, registrada em nome do noticiante, pela Rua Fernando da Cunha Lima quando um ÔNIBUS DA EMPRESA TRANSNACIONAL, PLACA NPX9869/PB, que trafegava pela Rua Travessa Murilo, não respeitou a placa de PARE e ao manobrar para a Rua Fernando da Cunha Lima, por ser veículo longo, invadiu a contramão de direção, onde o noticiante mesmo freando e tentando desviar não conseguiu evitar a colisão, sendo atingido pelo ÔNIBUS e lesionando-se conforme CERTIDÃO Nº 0356/2018, EXPEDIDO PELA DRª CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137, DATADO DE 02.03.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 17 de abril de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JOSE MARQUES DO NASCIMENTO
Noticiante

Procedimento Policial: 00716.01.2018.1.00.420



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0892/ 2017

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Fernando da Cunha Lima 09,10metros

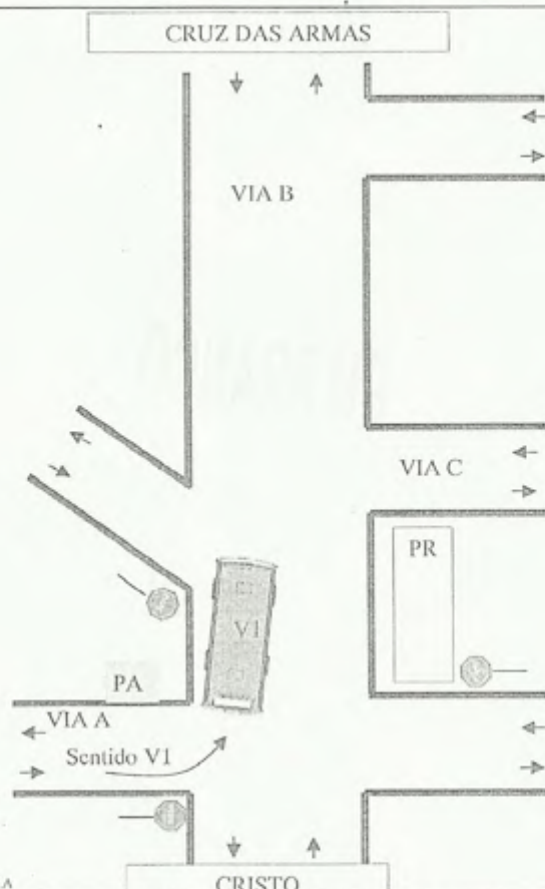
VIA "B" - Rua Travessa Murilo 08,00metros

PR (Ponto de Referência) Secretária de Desenvolvimento Social

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa/ Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 11.80 e Traseiro Esquerdo 06.30 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Retirado do local



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 15/03/2018

ASSINATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

CRISTO
AVARIAS



V1



V2

Emanuel Barbosa Gonzaga
Emanuel Barbosa Gonzaga, SD/PM
Responsável pelo levantamento



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

LAUDO LESÃO CORPORAL

Lauda nº 03.01.06.082018.17826

JOSE MARQUES DO NASCIMENTO

Órgão requisitante: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

- Realizado em 11-09-2018.
- José Marques do Nascimento.
- CPF - 395 818 614-91.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

C: 406718 Laudo nº: 03.01.06.082018.17826

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 09/08/2018

Órgão Requisitante: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital. nº da Solicitação: 282/2018 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: JOSE MARQUES DO NASCIMENTO, 53anos, sexo: feminino Raça/cor: pardo filho(a) de: Pai não mencionado e de: Neuza Marques Nascimento, Estado civil: Solteiro(a). Nacionalidade: brasileira . Natural de: Timbauba/PE. Profissão: Guarda Municipal.

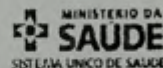
HISTÓRICO: refere que foi vítima de acidente de moto no dia 13/12/2017 por volta das 12:50h no bairro do Cristo Redentor.

DESCRIÇÃO: o examinado apresenta amputação do 4º e 5º pododáctilos direitos do pé desse lado. À inspeção dinâmica apresenta limitação de movimentos com o antepé direito. Em declaração médica consta atendimento com trauma com membro inferior com fratura exposta do pé direito e amputação traumática do 4º e 5º metatarsos e lesão em região plantar. Foi submetido a procedimento cirúrgico.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? NÃO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS COM O PÉ DIREITO (20%).
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, DEVIDO À AMPUTAÇÃO DE PODODÁCTILOS.
- 6) Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? SIM, AMPUTAÇÃO DE 4º E 5º PODODÁCTILOS DIREITOS.
- 10) Provocou aborto? PREJUDICADO.


Dr(a).Francisca Divina Silveira de Melo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:078.463-0 CRM 3272/PB



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Jose Marques</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>13/12/11</u>	Cirurgião: <u>Dr. Heitor</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>FT extensa do Pe (D)</u>					
<u>com amputação traumática</u>					
<u>da 4ª e 5ª falanges dos</u>					
<u>dedos + lesão extensa da</u>					
<u>região plantar.</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>D Menor</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>Regulagem de Costo</u>					
<u>de amputação traumática</u>					
<u>das falanges do 4º e 5º</u>					
<u>dedos.</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim					Descreva:
2 () Não					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim					
2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DVA sob Tóvo. Brasileira.
Anestesia: 2 Antineúria
Abordagem de couro

Incisão:

Achados:

Conduta:

- LME esportiva com SF 0,91
- Reparação de tecido conectivo

- Regulagem de coto de amputação
- Mortelet das falanges do 4º e 5º dedo.
- Lesão extensa em região plantar
- Suturas da lesão.
- Curativo com gaze vaselina
- Radiografia de controle

Fechamento:

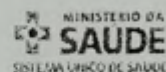
OBS:

Data:

13.12.11

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João Marques de Almeida</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Roberto Gomes</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia: <i>Rápidos</i>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Neuroma da base</i> <i>Pré Juncos F</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Polipose da base</i> <i>Cirúrgica</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Asepsia

Incisão:

Ceigo

Achados:

Conduta:

fratura feia lateral
de humerus
fechada
curativa

Fechamento:

OBS:

Data:

09/01/18

MÉDICO/CRM

Dr. Roberto Dias Latorraca
Cirurgião Plástico
CRM-PB 4996 RQE 1283

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Isaac Augusto</u>		Data da Admissão: <u>13/12/17</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1/</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1/</u>	
QPD: <u>Prontuário em branco</u>			
HDA: <u>Exatidão de 10 dentes de</u> <u>hipo com traço direto e de</u> <u>de apresentando desenvolvimento</u> <u>dentária, dentes regios e dentes</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor _____			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♥ _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

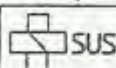
Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

*1. + Esporão do pé com
dor na região dos falanges
da 1ª e 5ª metáfala + dor intensa na
região plantar*

Conduta:

*1. Analgésico, de 1º regularização de
ciclo + Sulfato de glicose plantar*



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: *Unidade M. J. Nogueira* 2 - CRES: *00000000*

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: *JOSE MAGAO D. VASCO* 4 - Nº DO PRONTUÁRIO: *10*
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): *12345678901234567890* 6 - DATA DE NASCIMENTO: *1/1/1955* 7 - SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem.
8 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL: *JOSEFA D. VASCO* 9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: *000 12345678901234567890*
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): *Rua 123, nº 456, Bairro 789*
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: *12345* 12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: *12345* 13 - UF: *12* 14 - CEP: *12345678*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: *10* 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: *10* 17 - QTD: *10*

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: *10* 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: *10* 20 - QTD: *10*
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: *10* 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: *10* 23 - QTD: *10*
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: *10* 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: *10* 26 - QTD: *10*
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: *10* 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: *10* 29 - QTD: *10*
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: *10* 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: *10* 32 - QTD: *10*

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: *Doença de H. P. 10* 34 - CID10 PRINCIPAL: *10* 35 - CID10 SECUNDÁRIO: *10* 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: *10*
37 - OBSERVAÇÕES: *Fígado metastático em tumor de rim direito*

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: *JOSE MAGAO D. VASCO* 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: *10/3/10* 40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): *10312*
41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: *10312*

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *JOSE MAGAO D. VASCO* 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: *10* 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): *10*
45 - DOCUMENTO: *10* 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *10*
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *10* 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *10*
49 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: *10*

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: *10* 52 - CRES: *10*

CERTIDÃO


Nº0356/2018

Atendendo solicitação de **JOSE MARQUES DO NASCIMENTO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador TarcísioBurity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 86202 e Prontuário nº 2017.12.00184 pertencentes ao requerente que foi atendida dia 13/12/2017 às 13H55min, vítima de colisão ônibus x moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de pé direito com amputação traumática do 4º e 5º metatarso e lesão em região plantar. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/12/2017 com alta médica dia 25/01/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 02 de março de 2018



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: JOSE MATEUS DO NASCIMENTO

O PACIENTE APRESENTA SUPORTE
DO 3º e 4º LOPOXENHO ALTO COM
BOM DESEMPENHO DE EXERCÍCIO.

01.8.13

Dr. Jailson Dantas
Cirurgião Plástico
CRM 19.6206

Assinatura e Carimbo

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) JOSE MATEUS DO NASCIMENTO 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-10 397, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 60
dias dias, a partir desta data.

João Pessoa, 07/08/18

Dr. Heisenberg Almeida
MÉDICO 2221/1931 6229
CRM 19.6277284148

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 - ANEXO AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ap. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58950-344, Manguabeira 3, João Pessoa - PB

ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DA CAPITAL

3º JUIZADO ESPECIAL CÍVEL

Av. João Machado, s/n – 1º andar – Centro

3208-2579

Processo Nº 0814018-49.2019.8.15.2001

Nome: JOSE MARQUES DO NASCIMENTO

**Endereço: R INDUSTRIAL JOÃO ÚRSULO, 206, CRISTO REDENTOR, JOÃO PESSOA - PB
- CEP: 58070-600**

Advogado: LIVIETO REGIS FILHO OAB: PB7799 Endereço: desconhecido

MANDADO DE INTIMAÇÃO ADV AUTOR - AUDIÊNCIA UNA

Fica Vossa Senhoria devidamente intimada para fazer-se presente, acompanhado da(s) parte(s) autora(s), à audiência UNA de conciliação, instrução e julgamento designada para o dia Tipo: Una Automática Sala: 03-CONCILIAÇÃO/UNA-TARDE Data: 24/07/2019 Hora: 14:30 , neste Juizado Especial, sob pena de não comparecendo o (a) autor(a) ser extinto o processo sem resolução do mérito.

João Pessoa, 28 de março de 2019

ANILTON DE OLIVEIRA SILVA