



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
20137 770	28/03/2019 13:59	2. Procuração José Marques	Procuração
20137 799	28/03/2019 13:59	3. Comprovante de residencia	Documento de Comprovação
20137 802	28/03/2019 13:59	4. Protocolo recepção DPVAT	Documento de Comprovação
20137 810	28/03/2019 13:59	5. Protocolo Correios recepção DPVAT Lito	Documento de Comprovação
20137 815	28/03/2019 13:59	5.1. Extrato bancario recebimento apenas despesas medicas	Documento de Comprovação
20137 824	28/03/2019 13:59	6. Fotos do pé na fase pós cirurgia	Documento de Identificação
20137 835	28/03/2019 13:59	7. Fotos do pé após cicatrização	Documento de Comprovação
20137 907	28/03/2019 13:59	8. Documento acidente	Documento de Comprovação
20137 937	28/03/2019 13:59	9. Documento da delegacia DPVAT	Documento de Comprovação
20137 947	28/03/2019 13:59	10. BOAT Bptran	Documento de Comprovação
20137 956	28/03/2019 13:59	11. BOAT Bptran Fotos dos veiculos envolvidos no acidente	Documento de Comprovação
20137 962	28/03/2019 13:59	12. BOAT Bptran classificação dos danos nos veiculos	Documento de Comprovação
20137 972	28/03/2019 13:59	13. Certidão de Socorro Corpo de Bombeiro	Documento de Comprovação
20137 978	28/03/2019 13:59	14. BO Jose Marques	Documento de Comprovação
20137 994	28/03/2019 13:59	15. BOAT Bptran croqui do acidente	Documento de Comprovação
20137 999	28/03/2019 13:59	16. Laudo lesão corporal Nucleo de medicina legal PB	Documento de Comprovação
20138 007	28/03/2019 13:59	17. Relatório 1º Cirurgia	Documento de Comprovação

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

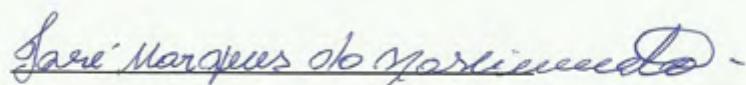
PROCURAÇÃO AD- JUDICIA

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: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

374474

REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

NOV/2017

NEUZA MARQUES DO NASCIMENTO
RUA IND JOAO URSULO 206

58070- 600

CRISTO REDENTOR
JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Pessoal	Comercial	Industrial	Última	
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	4	32	06/12/2017	
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-N.						
MAI/2017	5	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMIS
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: 13:04:55
DESCRICAÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m 10 36,34 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:	Total a Pagar:
21/11/2017	R\$68,18

v.16.13 R. 1.0

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA *José Mendes do Rosário*
 DATA DO ACIDENTE *13-12-2017* CPF DA VITIMA *395818624-91*
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR *17-Industria José Mendes*
 N° *206* COMPLEMENTO *Bairro Bento Bento*
 CIDADE *Jataí* UF *PR* CEP *53.070-600*
 E-MAIL *-* TELEFONE *083 88244839*

MARQUE PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA NA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) / TÍTULO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) / CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- TEP DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- TAUO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- TUA (IMPOSSIBILIDADE DE APROVIMENTO) E TUE (EXCEÇÃO) DA DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE AVALIAÇÃO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E/OU TÍTULO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPRIREI O TUA TUE DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA HORA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM ENSINAMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - TEP DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MAIOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) / TÍTULO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- TEP DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES (QUITADAS)
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECIBUÍDO ATÉ O DIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - TEP DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MAIOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 12.500,00
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.514/74.
 DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 50 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LIDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1264

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA *10-01-2018*IDENTIDADE *40304589*CARTEIRA *José Mendes do Rosário*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA *19-09-18* MATR. CORREIOS

NOME

ASSINATURA *[Assinatura]*

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 30301955 - AC AGUA FRIA
JOAO PESSOA - PB
CNPJ: 34028316274823 Ins Est: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CONQUER SEGU
CNPJ/CPF: 09248608000104
Doc. Post: 294425333
Contrato: 9912280636 Cod. Adm: 11205709
Cartao: 62267655

Movimento: 12/09/2018 Hora: 11:59:36
Caixa: 88213006 Matricula: 89134737
Lancamento: 024 Atendimento: 00014
Modalidade: A Faturar ID Riquete: 1526200847

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATÉ 30	1	23,26*
Valor do Porte(R\$)		23,26
Peso real (G)		79
CNPJ/CPF Remet: 39581861491		
Nome Remetente: JOSE MARQUES DO NASCIMENTO		
Endereço Remet.: RUA Rue Industrial João Ún		
Cópia Endereço: s/nº, 206 - Cristo Redento		
Cep Remetente: 58070-600		
Cidade Remet: JOAO 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:		090130630218R

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 FATAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) passarei 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 6538/76

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

versão 7.9.01



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

AGÊNCIA: 1033 - CRUZ DAS ARMAS
CONTA: 013.10042699-1
CLIENTE: JOSE MARQUES DO NASCIMENTO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

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

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

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

Novembro

08/11	081130	SAQUE LOT	200,00
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	2.916,96C
SALDO	

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

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

CONHECA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://caixa.gov.br/voce)





















PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1980 CNPJ: 11.111.111/0001-11

Ficha Nr: 86202 Atd: Nao Regulad.
Data: 13/12/2017
Hora: 13:55:30
Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SAN
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.12.001846

Nome: JOSE MARQUES DO NASCIMENTO
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: PARD A 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

Principa lencia: 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

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: ER:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemica: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Qua ria Principal

COLISAO MOTONIBUS.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem Grave

Politraumatizado Convulsao

Hemorragia Dispneia

Diarreia Agitado

Regular Chocado

Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de colisão entre ônibus e capacete queixando-se de dor em
primeiro e segundo degrau da escada e dor no dorso. Gengiva t

Diagnostico

Alergia: n/a

Calendario vacinal atualizado: sim

Prescricao:

Terapêutica: OFA, IN, gout

Colchão: sim, IN, agora

Conduta

Atendimento Inicial

Rx: Avaliação da Ortopedia

Horario da medicacao:

Alta da Dr. Gout

RC

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

19. 10. 19. Grado 6. Continente Grado 6. -

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ordem Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Guilherme Ferreira da Silva
Psicólogo Clínico e Hospitalar
CRP13 4385

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO: COMPAGNIE

Mr. J. B. S. Reddick

1.1. Transferido

1. Desistencia (el UTI)

3.1. Enformasi

Obito: [] Atestado [] SVO: [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

REQUISIÇÃO DE EXAME N° 282.2018

Exame Requisitado: Exame Corporal de Acidente de Trânsito - Dpvat

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

Local: João Pessoa/PB

Data: 17/04/2018

Ref.: BO N° 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 - Dpvat** 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:

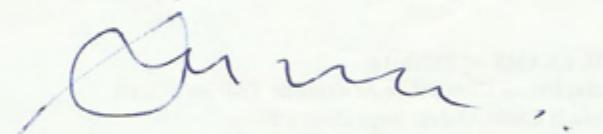
- 1º) Houve Ofensa À Integridade Corporal Ou À Saúde Do(a) Examinando(a)?
- 2º) Qual Instrumento Ou Meio Que Produziu a Ofensa?
- 3º) da Ofensa Resultou Perigo de Vida?
- 4º) da Ofensa Resultou Incapacidade Para As Ocupações Habituais Por Mais de 30 (trinta) Dias?
- 5º) da Ofensa Resultou Debilidade 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 A(o) 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 N° 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

1/2

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



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

Procedimento Policial: 00716.01.2018.1.00.420

2/2



POLICIA 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		Horário 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 Abalroamento	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 Habilidação 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
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							
<p>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.</p>							
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 Habilidação 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	
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							
<p>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.</p>							

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conforme digitalizada
 Enviado em: 15/03/2018

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0892 - 2017
VÍTIMA 01

Nome José Marques do Nascimento	Sexo Masculino	Nascimento 08/09/1964
Endereço Rua Industrial João Úrsulo, N°206, Cristo, João Pessoa - PB – Tel.(083)98826-4839		
	Viajava no Veículo N° 02	Usava Cinto
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital Ortotrauma	

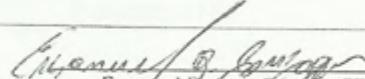
CONSTATADO

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 Origina
 EM: 15/03/2018

 ASSINATURA


 Emanoel Barbosa Gonçaga SD PM
 Responsável pelo Levantamento



POLICIA 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)



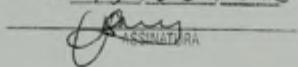
LATERAL DIREITA (V1)

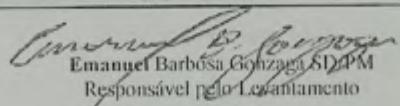


LATERAL ESQUERDA (V1)



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


ASSINATURA


Emanuel Barbosa Gonzaga SDPM
Responsável pelo Levantamento



POLICIA 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



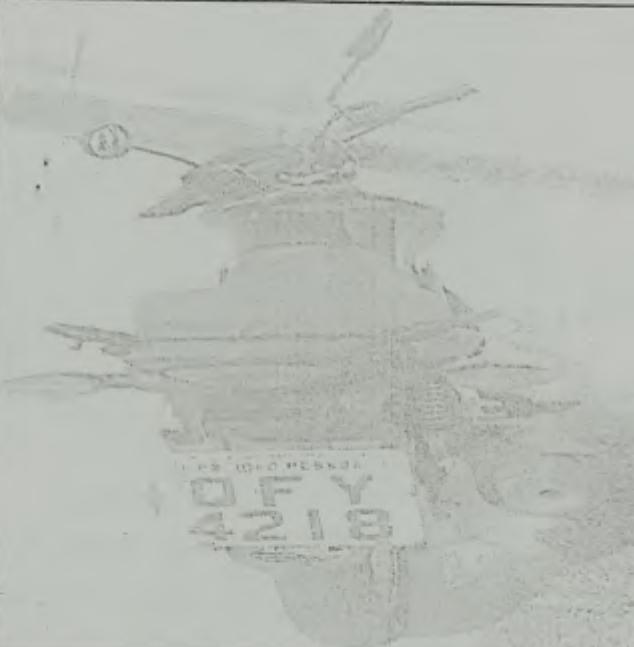
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0892/ 2017

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



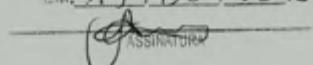
LATERAL DIREITA (V2)



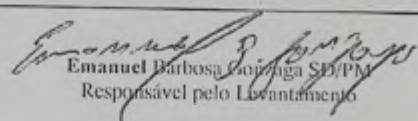
LATERAL ESQUERDA (V2)



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


ASSINATURA

2


Emanuel Barbosa Coimbra S2/PM
Responsável pelo Levantamento



POLICIA 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 N° 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	Avarias 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 elou 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 Monta.

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

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

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

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

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

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

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; NAO = 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

Item	Nome da Peça	Avaliação			Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA		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 MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 ➤ DANO DE PEQUENA MONTA.

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 ➤ DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 ➤ DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 01 de Março de 2018.

Emanuel Barbosa Gonzaga Sd PM
Responsável pelo levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Documento de Conformidade com o Código de Trânsito
Data: 15/03/2018



VISTO EM: 08/08/2018

P. Alfredo D. P. Costa
Comandante do BÁRH

H.D.P. 162
e do BARTH
Hugo Eugenio de Souza Bezerra - MAI
Mat. 522.848

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR 3^a 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 **Tarcisio Burity**.

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

N/I: Thays Guedes Deden - Asp QPBH
Chefe da 3^a Seção Matr.: 527.461-3



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

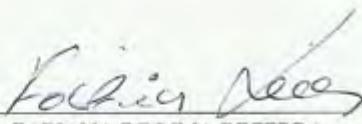
Local: Rua Fernando da Cunha Lima, Próximo a Secretaria de Desenvolvimento Social, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/12/17 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

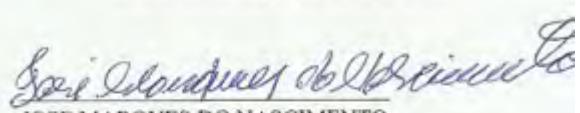
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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

1/1



POLICIA 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

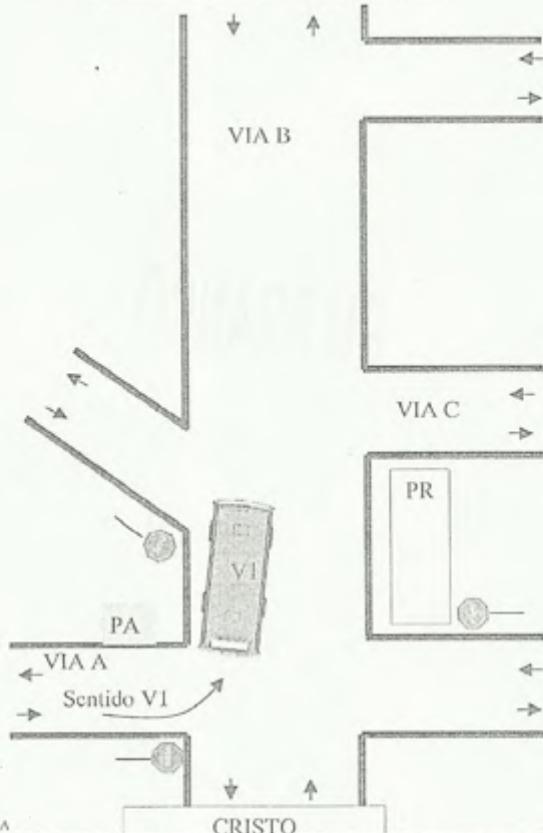
VIA "B" - Rua Travessa Murilo 08,00metros

PR (Ponto de Referência) Secretaria 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

CRUZ DAS ARMAS



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

ASSINATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIÊCE ESCALA

AVARIAS



V1

V2

Emanuel Barbosa Gonzaga, SD/PM
Responsável pelo levantamento



LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo 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

- Recolhido em 22-09-2018.
- José Marques do Nascimento.
- E.P.F - 395 818 654-91.



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: <i>Jose Marques</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>13/12/11</i>	Cirurgião: <i>Dra. Hersony</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Existe lesão de D. Período inflamatório. As 3º e 5º costelas direitas máis 1 lesão extensiva em região plantar.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>D. Marques</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Ressecção de 3º e 5º costelas mais 1 lesão extensiva na região plantar.</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- DDA sob nogueira
- Anestesia: 2 Antebraços
- Abraçade de couro

Incisão:

Achados:

- LME exoftínia com SF 0,9/

Conduta: - Exploramento de tecido ósseo

Perda

- Descolamento de couro de entubação bron-
quial das 4 vias do 1^o e 5^o metr.

- Lesão extensa em região plantar

- Suturas da ferida

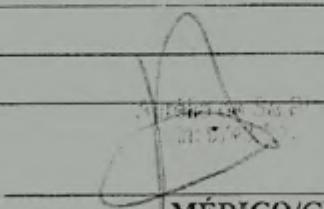
- Curativo com gaze vaselina

- Radiografia de tórax

Fechamento:

OBS:

Data: 13/12/11



MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Marques de Noronha</i>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Rebelo</i>		1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo Anestesia: <i>Alveolar</i>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID

Meuox eufáse
Pé direito

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<p><i>de la dureza</i> <i>Cirúrgico</i></p>	

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:

Asente

Incisão:

January 06

Achados:

Conduita:

Franklin's second

De uitdagingen

~~Geocarya~~
Geocarya

Fechamento:

OBS:

Data: 0901 18

MÉDICO/CRM

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

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: LIVIETO REGIS FILHO
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19032813535388100000019590468>
Número do documento: 19032813535388100000019590468

Num. 20138028 - Pág. 2



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>TIAGO ANTÔNIO</u>				Data da Admissão: <u>13/07/11</u>
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:	
Nome da Mãe:				
Endereço:	Bairro:			
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:	
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:	
Escolaridade:				
Data de Nascimento <u>1/1/11</u>				
QPD: <u>Presente com febre</u>				
HDA: <u>Historia de 31 dias dentro de 12</u> <u>Hoje febre com treco direto e febre</u> <u>Alimentação de acordo com a necessidade</u> <u>Exames: sangue regular febre</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: _____				
Cabeca 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"/> Dispnéia <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"/> Soluço <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-reposo <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: _____ JHTF

[] 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: _____

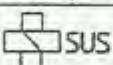
AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *HT + esforço do feijão**displasia das fricimílias das falanges**do tipo III (múltiplas); + dor extensa lumbosacral**negativa (Mitsler)*Conduta: *Apertar o cal, digo roteirizada a de**cal + sistema de roteiro plenário*



Sistema
Único da
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

Centro de Saúde

2 - CNES

00000000000000000000

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

José Regis de Souza

4 - N° DO PRONTUÁRIO

00000000000000000000

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)

00000000000000000000

6 - DATA DE NASCIMENTO

00/00/00

7 - SEXO

Feme.

8 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

Angela de Souza

9 - FONE DE CONTATO

(031) 3015-2005

10 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 100, nº 100, Centro

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Brumadinho

12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

00000000000000000000

13 - UF

MG

14 - CEP

31800-000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

00000000000000000000

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

00000000000000000000

17 - QTDE.

10

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

20 - QTDE.

00

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

23 - QTDE.

00

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

26 - QTDE.

00

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

29 - QTDE.

00

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

32 - QTDE.

00

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Infecção urinária

34 - CID10 PRINCIPAL 35 - CID10 SECUNDÁRIO 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

Frigidez urinária e/ou fadiga

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Flávia Souza

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/03/11

40 - ASSINATURA E CARMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO

CNS CPF

41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

00000000000000000000

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Flávia Souza

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

00000000000000000000

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

00000000000000000000

45 - DOCUMENTO

CNS CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

00000000000000000000

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

21/03/11

48 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

00000000000000000000

49 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

00/00/0000

50 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Centro de Saúde

51 - CNES

00000000000000000000

CERTIDÃO

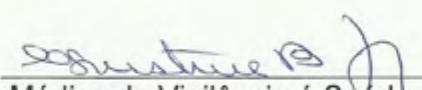
Nº0356/2018

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 Tarcísio Burity, 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, data 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 MENESES DO NASCIMENTO

O paciente apresenta náuseas
às 32 e 42 (operário) e febre com
coriza e constipação. Foi admitido.

01.8.18

Dr. Jairson Dantas
Cirurgião Plástico
CRM: 6206

Assinatura e Carimbo



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) JOSE MENESES 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 J97, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 reduzido dias, a partir desta data.

João Pessoa, 07/08/18
Dr. Heisenberg Almeida
CRM-PB: 6229
CNPJ: 43001627724148

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

1^º VIA-PACIENTE 2^º VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ap. Fiscal José Correia Oliveira, 311, CEP 58050-304, Mangabeira II, João Pessoa - PB

ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DA CAPITAL
3º JUIZADO ESPECIAL CIVEL
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