



Número: **0802649-18.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **24/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48863780	21/09/2021 15:12	Petição	Petição
48863783	21/09/2021 15:12	2732410_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
48863786	21/09/2021 15:12	2732410_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros desta delegacia, encontrei o registro da ocorrência policial nº **140/2018**

cujo teor passo a transcrever na íntegra. Aos Sete dias do mês de DEZEMBRO do ano de dois mil e dezoito, na Cidade de **João Pessoa**, nesta **11ª DELEGACIA DISTRITAL**, onde presente encontrava o Bel. NELIO CARNEIRO DOS SANTOS. Delegado de Polícia Civil, comigo escrevã(o) de seu cargo, aí, por volta das 08h44min, compareceu:

SENHOR(A) LINDEMBERG ARANHA DE MELO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA/PB

FILIAÇÃO: ROBERVAL CORREIA DE MELO E DE MARIA DE FATIMA ARANHA

DATA DE NASCIMENTO: 02/11/1963. COM 55 ANOS.

RG Nº 950.467 - SEDS/PB, CPF Nº 424.152.174-68

ESCOLARIDADE: FUNDAMENTAL COMPLETO

Ocupação: APOSENTADO

ESTADO CIVIL: DIVORCIADO

ENDEREÇO: RUA- HELENO FRANCISCO PEREIRA- RESIDENCIAL CABRAL BATISTA 82- APARTAMENTO 201- PARATIBE.

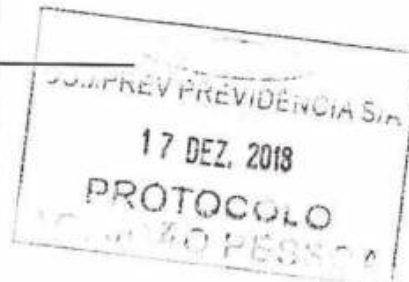
TELEFONE PARA CONTATO: 83-9.98350540

O QUAL VEIO NOTIFICAR QUE: NA DATA DE 13 DE OUTUBRO DO ANO EM CURSO AS 08:30 HORAS, O DECLARANTE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL ATINGINDO O SEU BRAÇO DIREITO QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO DE MARCA MOTOCICLETA YAMAHA XTZ-250, ANO 2011, PLACAS- OFX- 2550/PB, CHASSI- 9C6K60450B0011000, FATO OCORRIDO PRÓXIMO AO HOSPITAL TRAUMINHA EM MANGABEIRA, NESTA CIDADE, QUANDO FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O MESMO HOSPITAL ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS MÉDICOS TENDO QUE SER SUBMETIDO A UMA CIRURGIA EM SEU BRAÇO A ALTURA DO PULSO: QUE, O VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE FOI UM CHEVETTE DE PLACAS- MMR- 3216-PB CONDUZIDO PELO MOTIVO QUE NÃO SE IDENTIFICOU NO MOMENTO DO ACIDENTE E NEM PRESTOU SOCORRO AO DECLARANTE. NADA MAIS HAVENDO A LAVRAR, ENCERRO O PRESENTE FEITO QUE VAI DEVIDAMENTE ASINADO, PELO (A) NOTIFICANTE E POR MIM ESCRIVÃ(O) QUE O DIGITEI. O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.

ATENÇÃO: ART. 299 DO CPB: "OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVIA CONSTAR, OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVIA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE: PENA - RECLUSÃO, DE 01 (UM) A 05 (CINCO) ANOS, MULTA, SE O DOCUMENTO É PÚBLICO, E RECLUSÃO DE UM A TRÊS ANOS, E MULTA, SE O DOCUMENTO É PARTICULAR."

NOTIFICANTE: *Lindemberg Aranha de Melo*

ESCRIVÃO: *[Assinatura]*





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
424.592.574-68	424.592.574-68	Brindemburg Aranha de Melo Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Brindemburg Aranha de Melo Silva	424.592.574-68	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recluso	Rua Heleno Francisco Pereira	82
Bairro:	Cidade:	Estado:
Portaleira	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58062-552	(83) 98708-8728

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

RENDA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	Nome do BANCO: Bradesco
☐ Itaú (341)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☐ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA:	AGÊNCIA: 3429
CONTA:	CONTA: 0202579
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
		☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, concordando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, João Pessoa, 17/12/2018
	Nome:
	CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Brindemburg Aranha de Melo Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: SUELIO MOREIRA TORRES
CPF: 17 DEZ. 2018
Assinatura: PROTOCOLO
2ª Nome: JOÃO PEREIRA
CPF: 0040 PEREIRA
Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180591705

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003425-8

Conta: 000000202549-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01185/01186 - carta_15R - INVALIDEZ

00020593





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180591705

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01923/01924 - carta_03 - INVALIDEZ

00040962



Carta nº 13805545





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180591705

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00353/00354 - carta_03 - INVALIDEZ

00050177



Carta nº 13756638





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180591705

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

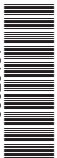
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13728712

Pag. 00313/00314 - carta_01 - INVALIDEZ

00020157



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03425-8

CONTA: 000000202549-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1104201905000000000023703425000000202549168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2021 15:12:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092115124614300000046376485>

Número do documento: 21092115124614300000046376485

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453663/18

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

CPF: 424.152.174-68

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 13/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA : 424.152.174-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/12/2018
Nome: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA
CPF: 424.152.174-68

LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Ortopedia:

Tumor no pé
 com dor e deformidade
 Barão Veloso.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos

Dose

Horário

Evolução

CN:

Intensas p/

anexos ortopedi

10:09 # em sala de espera

Realizar o exame de imagem em meio digital

Realizar o exame de imagem em meio digital
 1. Exatidão
 2. por unidade de ortopedia
 3. por unidade de ortopedia
 Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

Raquel Pereira Esteves
 Médica
 CRM - PB 7373

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência

☐ Transferido

☐ Desistência

☐ Alta a pedido

☒ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado

☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Odilon R. Filho
 Ortopedia / Cir. Joelho
 CRM 6688 - RBO 1288





JUSTIFICATIVA PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

BLOCO CIRÚRGICO

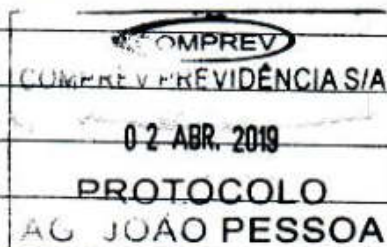
DATA:	29/01/18	HORA:	16:45
PACIENTE:	LINDENBERG ARANHA		
FOI JUSTIFICADO AO PACIENTE?	SIM (X)	NÃO ()	
ENFERMARIA:		LEITO:	

RELATÓRIO DO (A) MÉDICO (A) RESPONSÁVEL PELA SUSPENSÃO (assinar e carimbar)

Paciente em estado de choque hipovolêmico por sangramento de parede distal, porém, o extensor do membro superior não está apresentando claudicação, o paciente está se sentindo bem, porém, não apresenta nenhum sintoma.

Dr. Fabiano V. Soares
Anestesiologista
CRM/PB - 8999

RELATÓRIO DO (A) ENFERMEIRO (A) (assinar e carimbar)



1ª VIA PRONTUÁRIO

2ª VIA DIREÇÃO TÉCNICA

3ª VIA COORD. SUPORTE À VIDA

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





Nome: <i>lindenbergue aranha de melo silva</i>				Registro:	
Idade: <i>49a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatol.</i>	EMP:	LR:
Data: <i>31/10/2018</i>			Cirurgião: <i>Jorge augusto</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente: <i>dr Carlos tiago</i>		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura de Rádio Distal esquerdo</i>				<i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Redução Incruenta + Fixação Percutânea</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) 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:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

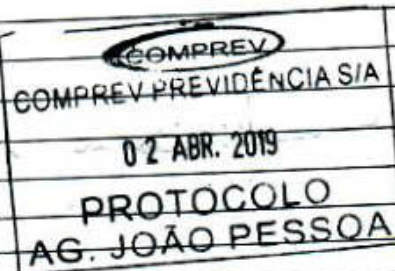
Visualização de fratura em punho com uso de intensificador de imagem

Conduta:

Realizada manobra de redução da fratura do punho

Redução de fragmentos ósseo do punho direito

Aposição de 02 fio(s) de kirschner em rádio distal sob uso de intensificador de imagem



Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

Curativo

Tala luva

OBS:

Data:

31/10/19

Dr. Carlos Augusto das Neves
Otorrinolaringologista
CRM 15816
15816-1031-15816-1031

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2021 15:12:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092115124614300000046376485>

Número do documento: 21092115124614300000046376485



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Lindenberg Trilha de Melo Silva Data da Admissão: 20/10/2019
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M (X) Cor: F Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento 02/11/1963

QPD: Acidente de moto trauma pulso (Dir)

HDA: Fratura articular do rádio distal
do tipo Barton Volz

Indicado frnt. Cirurgias

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

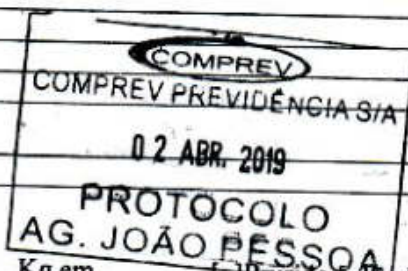
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

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

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

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

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



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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

[] 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: Fração do nervo dorsal (D)Braço do 12ºConduta: InternoTratado fixação internaDr. Rodrigo Castro de Azevedo
Ortopedista/Traumatologista
CRM-PR 145807/8331

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>lindenbergue aranha de melo silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>55a</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR <i>Parda</i>	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>20/10/2018</i>		DATA DE ALTA <i>31/10/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>11 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Distal esquerdo</i>				CID <i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal</i>	
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	
ANATOMIA PATOLÓGICA	
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO	COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA	
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()	
ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação de fratura com material de síntese. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REPOUSO: Relativo em casa por **15 dias**.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30 dias**.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **60 dias** e com esforço maior em **90 dias**.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: *Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.*

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Vimovo ou Deocil*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21 dias**.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21 dias** para revisão.

<i>31/10/18</i>	<i>Dr. Carlos Tiago da Silva</i> Ortopedia e Traumatologia Rm 9233 / Tel. 3101
DATA	ASS. MÉDICO / C.R.M.
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO	
COMPREV	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	

02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JO7
ESOTA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180591705 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA **Data do acidente:** 13/10/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. (PAG 5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K.). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014082382174

69070254596

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 201800000431045-8

GOV. DE PERNAMBUCO

RNTRC

VIA

1

0037622090-2

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA

R HELENO F PEREIRA 82 CS

PARATIBE

58062157 JOAO PESSOA-PB

OPT/CNPJ

04962029444

PLACA

OEX2550/PB

NOME ANTERIOR

LUIZ DIAS DO NASCIMENTO

-PLACA ANT./UF

NOVO

PB

CHASSI

9C6KG0450B0011000

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

YAMAHA/XTZ250 TENERE

ANO FAB

2011

ANO MOD

2011

CAP/POT/CIL

2 P/249 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

VALIDO SOMENTE

N.Motor : G395E-011000

PROT. PREVIDENCIA S/m
17 DEZ. 2013
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

JOAO PESSOA

DVICAL

DATA

25/09/2018

19267

[Assinatura]

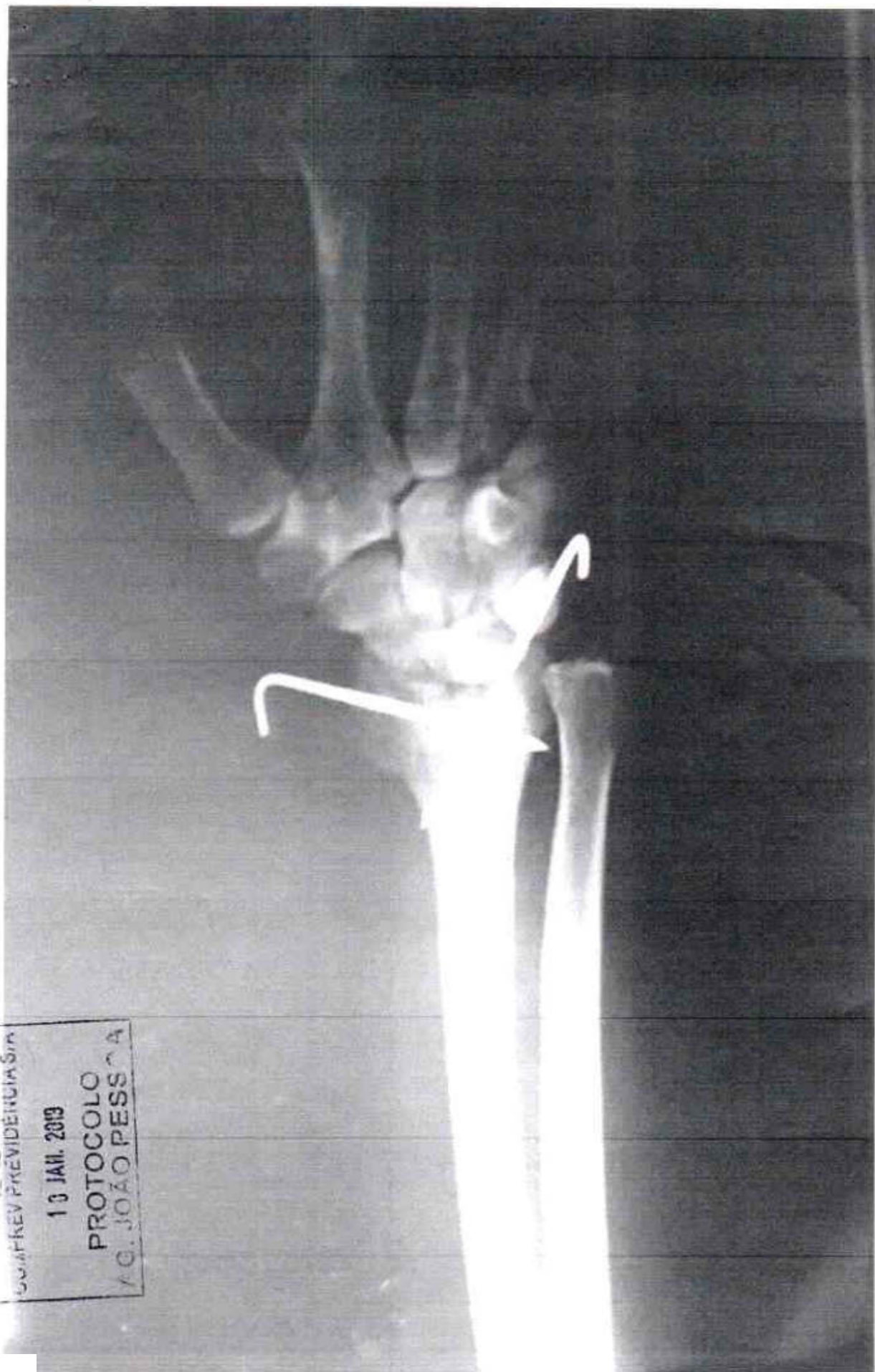
19721





13 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA





COMITÊ PREVIDENCIÁRIO
13 JAN. 2013
PROTOCOLO
V.G. JOÃO PESSOA





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
13 JAN 2013
PROTOCOLO
D. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

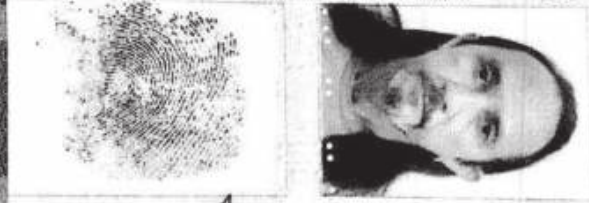
ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 950.467 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 31/01/2018

NOME LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

FILIAÇÃO ROBERVAL CORREIA DE MELO SILVA MARIA DE FÁTIMA ARANHA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 02/11/1963

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº56632 - LIV.78 A - FLS.89 - CARTORIO 3º JOÃO PESSOA PB

CNPJ 424.152.174-68

2005 Pessoa - PB

30/01/2018

8+

COMPREV PREVIDENCIA S/A

17 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AC. 0040 PESSOA



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: () - CNPJ:

Ficha Nr: 174304 Atd: Nao Regula
Data: 20/10/2018
Hora: 08:42:12
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 950467 Fone: 986599559 Num. Prontuario: 2018.10.002949
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/03/1983 Id: 55 anc(s)
End.: RUA HELENO FRANCISCO PEREIRA APT 201, 82SEM CARTAO DO SUS
Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: MARIA DE FATIMA ARANHA Pai: ROBERVAL CORREIA DE MELO SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: POLICIA MILITAR Estado Civil: CASADO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
R.: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 986599559 / IDENTIDADE: 950467
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO DE MOTO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO EM MANGABEIRA PROX

Vitima de violencia por: DA FARMACIA HJ AS 8/20 CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Tirc. Abd: O2%:

Queixa Principal

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 vitima de colisao moto x carro ha ± 15 minutos apresenta corte em pe
ligar direito e deformidade em punho direito. Nega vomitos e diarreias. Nega
alteracoes visuais. Vacinado contra tétano ha mais de 10 anos.

Diagnostico

Fratura

Conduta

1. Analise de lesões 17 DEZ. 2018

2. Rax X para PROTOCOLO

3. Tratamento de acordo com o protocolo

Prescrição

Horario da medicacao

1. SAT 3000 U. IM →
observar por 2 horas

11:25

Raquel Bezerra Estreli
Médica
CRM - PB 7373



17 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

Orthopedic:

Tema: Princípios
com do e definidos
Baron Velan.

CM=

ATACOS DA ENFERMAGEM

Interiores p1

Evolução

Dose

Horario

Evolucac

Anger oder

10:09

010 1000 11 20.10.98

Realize the nature of spirit to see me distinct

Radiofreq. de Kru
aan de de

10. $\frac{1}{2}$

1. *Quinta con*

1. por unidades de entropía
2. índices de homogeneidad

Reservado p/ liberaçao

Assinatura da Enfermagem

Raquel Gedeira Esteves
Medica
CRM - PB 7373

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia

[] Transferido

☐ Desistencia

☐ Alta a pedido

Enfermaria

Obito: ☐ Atestado *R. A. Bell*

Obito: ☐ Atestado ☒ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

~~Assinatura e Carimbo do Medico~~





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Lindenberg Araújo de Melo Silva</u>		Data da Admissão: <u>20/10/2012</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M (X) Cor: <u>P</u>	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>02/11/1963</u>	
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>02/11/1963</u>	
QPD: <u>Acidente de moto torção pulso Dir</u>			
HDA: <u>Fratura articular de rádio distal</u> <u>direito tipo Barton Volz</u> <u>Indicados para cirurgia</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor			

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

PROTÓCOLO
17 DEZ. 2013
AC. JOÃO PESSOA



JUSTIFICATIVA PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

BLOCO CIRÚRGICO

DATA: 29/10/18	HORA: 16:45
PACIENTE: LINDENBERG ARNRYA	
FOI JUSTIFICADO AO PACIENTE? SIM (X) NÃO ()	LEITO:
ENFERMARIA:	

RELATÓRIO DO (A) MÉDICO (A) RESPONSÁVEL PELA SUSPENSÃO (assinar e carimbar)

Paciente deu entrada no pronto socorro para avaliação de dor abdominal, porém, o exame físico de rotina não revelou nada de particular. Clinicamente, o paciente apresenta dor abdominal difusa, porém, não apresenta nenhum sintoma específico.

Dr. Fabiano V. Soares
Anestesiologista
CRM/PB - 5599

RELATÓRIO DO (A) ENFERMEIRO (A) (assinar e carimbar)

17 DEZ. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

1ª VIA PRONTUÁRIO

2ª VIA DIREÇÃO TÉCNICA

3ª VIA COORD. SUPORTE À VIDA

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>lindenbergue aranha de melo silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>55a</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR <i>Parda</i>	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>20/10/2018</i>		DATA DE ALTA <i>31/10/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>11 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Distal esquerdo</i>				CID <i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO [HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES]

Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação de fratura com material de síntese. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Vimovo ou Deocil*

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

DATA

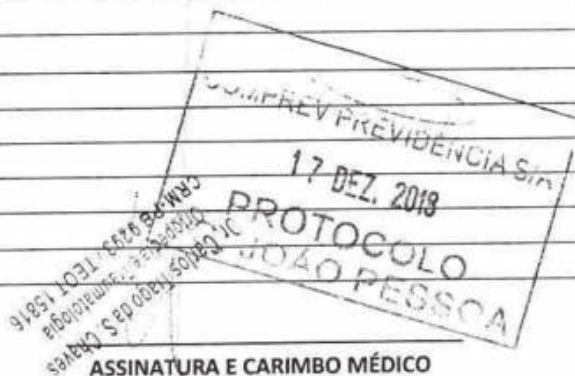
ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
Incisão:
Achados:
<i>Visualização de fratura em punho com uso de intensificador de imagem</i>
Conduta:
<i>Realizada manobra de redução da fratura do punho</i>
<i>Redução de fragmentos ósseo do punho direito</i>
<i>Aposição de 02 fio(s) de kirschner em rádio distal sob uso de intensificador de imagem</i>
Fechamento:
<i>Limpeza com SF a 0,9% de punho</i>
<i>Curativo</i>
<i>Tala luva</i>
OBS:

Data: 3/10/19



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: _____

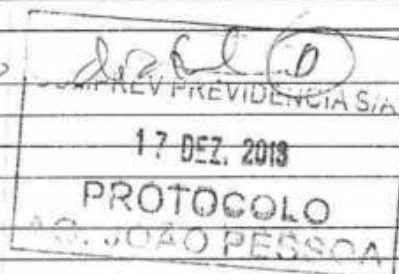
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura do rádioBrachioradialConduta: InternoRedução fixação interna

Dr. Rodrigo Castro de Azevedo
Ortopedista/Traumatologista
CRM-PR 44468

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



COMPREV PREVIDENCIA S/A
17 DEZ. 2018
PROTOCOLO
ADJUNTO PESSOA







Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BUENY

P/ Laudo Médico ANAMN do Melo Silva

Laudo Médico

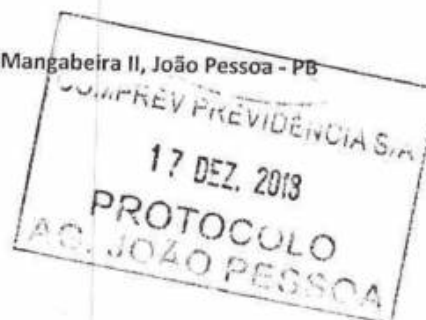
Paciente vítima de trauma em punho resultando em fratura do rádio distal, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.5

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293, TEOT 15816

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBOT 9.603

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





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO QUATTRO

P/ Laudo Médico Agente de Saúde Siron

Laudo Médico

Paciente vítima de trauma em punho resultando em fratura do rádio distal, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.5

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293 - TEOT 15816

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBOT 9.603

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA,
RG nº 6752535, data de expedição 04/10/2010,
Órgão SPS/PE, portador do CPF nº 049.620.294-44, com
domicílio na cidade de IGARASSU, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PANELAS, nº 29.

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LINDENBERG ARAUJO DE M. SILVA cujo o condutor era
Lindemberg Araujo de Melo Silva.

Veículo: Moto CILETA
Modelo: YAMAHA XTZ 250 TENERE

Ano: 2011

Placa: 0EX 2550 1/B

Chassi: 9C6K6045060011000

Data do Acidente:

Local e Data: Igarassu 26/11/2018



JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA
Assinatura do Declarante

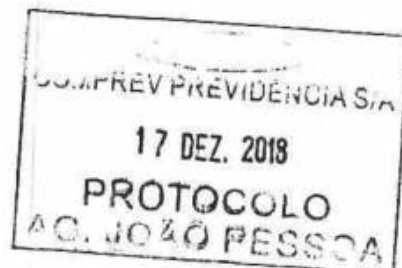
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DE IGARASSU/PE - OFÍCIO ÚNICO
TABELIONATO E REGISTROS PÚBLICOS
Rua: Ilha Galvão Costa Sant'Anna - Telefone: 3543.0075 (011)
Rua Joaquim Nabuco, nº 405 - Centro - Igarassu-PE - Fone/Fax: 3543.0075 (011)

Reconheço por autenticidade a firma de: JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA.
Igarassu/PE, 26/11/2018 14-13. Em testemunho da verdade Pedro de
Araujo (ESCRIVÃO AUTORIZADO). Emol.: R\$ 3,59 TSM, R\$ 0,60 FERC: R\$ 0,40
Total: R\$ 4,59. Selo Digital: 0130583.11S11201804.00277. Consulte autentici-
dade em <http://www.tjpe.jus.br/selodigital>

Pedro de Araujo



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.854/0001-97

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
7011(9)230
REFERÊNCIA
SET/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA
RUA HELENO FRANCISCO PEREIRA, 82 - APTO 201 -
PARATIBE, JOÃO PESSOA PB 58062-157

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
001.091.073.0059.201	201	1 0 0 0	
Hidrómetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água
Y11X162347	26/10/2011	INT/LACR LIGADO	Situação Esgoto
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS
588	605	17	32
02/10/2018			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.			
AGO/2018	15	0	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
JUL/2018	20	0	TURBIDEZ 0 0 0
JUN/2018	14	0	COLOR 0 0 0
MAT/2018	19	0	COL. TERHOT 0 0 0
ABR/2018	12	0	COR 0 0 0
MAR/2018	12	0	COL. TOTAIS 0 0 0
MEDIA(M)	15		DADOS REFERENTES A: JUL/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 03/09/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 09:56:42

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	7 M3	34,23
ESGOTO		
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 04/18		51,83

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,67 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 16/09/2018
Total a Pagar: R\$ 123,97

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Delegacia Seccional
11ª Delegacia Distrital.



Ato DECLARATORIO.
**GOVERNO
DA PARAÍBA**



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº 035/2018 - 11ª DDC.

- **EXAME REQUISITADO : LESÃO CORPORAL**

AUTORIDADE REQUISITANTE: Dr. NELIO CARNEIRO DOS SANTOS

DIA: 07/12/2018

SENHOR (A) GERENTE,

SOLICITAMOS DE V. SA, AS PROVIDÊNCIAS, PARA QUE NO PRAZO LEGAL (ART 160, PARAGRAFO ÚNICO DO CPP ALTERADO PELA LEI 8.862/94) SEJA PROCEDIDO O **EXAME LESAO CORPORAL** NA PESSOA ABAIXO, E QUE SEJA O LAUDO REMETIDO PARA A **11ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL – VALENTINA DE FIGUEIREDO - JOÃO PESSOA-PB.**

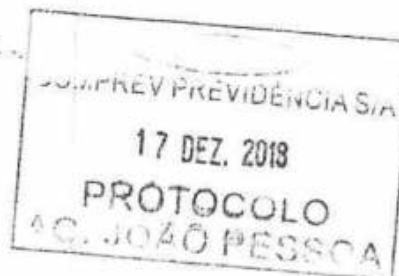
LINDEMBERG ARANHA DE MELO, brasileiro, divorciado, natural de João Pessoa – PB, aposentado, com 55 anos de idade, nascido em 02/11/1963, Ensino Fundamental completo, filho de Roberval Correia de Melo e de Maria de Fátima Aranha, residente a Rua- Heleno Francisco Pereira residencial Cabral Batista 82 apartamento 201- Paratibe, João Pessoa – PB.tel.998350540.

HISTORICO: Conta o periciando que foi vítima de um acidente de transito ocorrido em data de 13.10.2018 as 08:30 horas, próximo ao Hospital Trauminha em Mangabeira., nesta.

Atenciosamente,


Dr. NELIO CARNEIRO DOS SANTOS
Delegado de Polícia Civil

**AO SENHOR
GERENTE DA GECRIM/IPC. CRISTO REDENTOR.
NESTA.**





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08026491820208152003

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscrive, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, em especial OS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS NOS AUTOS E O LAUDO PERICIAL ADMINISTRATIVO, apontam no sentido da ausência de correspondência entre o dano suportado e um sinistro de trânsito.

Perceba Exa., que OS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS NOS AUTOS E O LAUDO PERICIAL ADMINISTRATIVO, apontam lesões no “PUNHO ESQUERDO”, VEJAMOS:



Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. (PAG 5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K.). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: **APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO**

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

JÁ O LAUDO PERICIAL JUDICIAL, foi apontado lesões no "ANTEBRAÇO DIREITO":

Segmento anatômico	Marque aqui o percentual
1ª Lesão	
<u>Antebraço Direito</u>	☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☒ 50% Média ☐ 75% Intensa
2ª Lesão	
_____	☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa
3ª Lesão	
_____	☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa
4ª Lesão	
_____	☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Caso não seja o entendimento de V.Exa., requer o acolhimento do laudo pericial administrativo, em anexo, realizado dentro dos parâmetros previstos em lei.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 17 de setembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2021 15:12:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092115124789000000046376488>
Número do documento: 21092115124789000000046376488