



Número: **0850141-46.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARINESIO FRANCISCO ALVES (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36411 949	09/11/2020 12:27	2763707_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARINESIO FRANCISCO ALVES**

Nº Sinistro: **3180575293**

Vítima: **MARINESIO FRANCISCO ALVES**

Data do Acidente: **13/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180575293**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13692757

Pag. 00715/00716 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180575293

MARINESIO FRANCISCO ALVES

Data do Acidente: 13/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARINESIO FRANCISCO ALVES

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

Documentação médico-hospitalar

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. 00335/00336 - carta_03 - INVALIDEZ

00050168



Carta nº 13707065





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, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180575293

Vítima: MARINESIO FRANCISCO ALVES

Data do Acidente: 13/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01605/01606 - carta_02 - INVALIDEZ

00040803



Carta nº 13786156





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, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180575293

Vítima: MARINESIO FRANCISCO ALVES

Data do Acidente: 13/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARINESIO FRANCISCO ALVES

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **MARINESIO FRANCISCO ALVES**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000000435-9**

Conta: **000000131253-7**

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





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:

788 386 814 49

Marcelino Francisco Alves

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel.(DDD):

E-mail:

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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: 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, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da assinatura do beneficiário não obrigatório

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

(*) 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.

FPS.001 V001/2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02244.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02244.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:35 horas do dia 21 de novembro 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Marinesio Francisco Alves**, CPF nº 788.386.814-49, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Celina Alves da Silva e Francisco Alves da Silva, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 10/02/1969 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Marluce B.cavalcante, Nº 350, complemento BL 2B APT 403, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Terminal de Ônibus do Colinas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98735-6301.

Dados do(s) Fatos:


Local: Av Princesa Isabel, Bom Preço da Lagoa, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/07/18 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

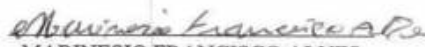
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

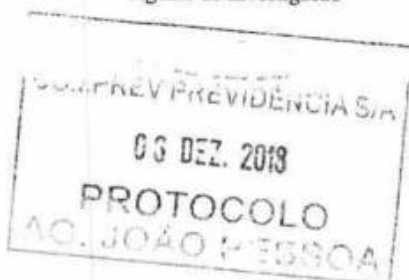
QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA/YBR 125 FACTOR K1, ano e modelo: 2013/2014 de cor: preta, placa: OFA2063/PB, chassi nº 9C6KE1950E0028505, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo seguia normalmente em sua mão, e que ao chegar em um cruzamento um outro veículo pas/automóvel NISSAN FRONTIER, não sabendo especificar a placa do mesmo nem a cor, como também não sabe o nome do condutor do mesmo; QUE segundo o notificante este veículo não respeitando a placa "PARE" acabou colidindo com o veículo do notificante, que devido ao impacto veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO, EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 10.10.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S52,9 + S02,2

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, 21 de novembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


MARINESIO FRANCISCO ALVES
Notificante



Procedimento Policial: 02244.01.2018.1.00.420

1/1





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:

7883868149 Marunésio Francisco Alves

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel.(DDD):

E-mail:

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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: 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, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da assinatura do beneficiário não obrigatório

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

(*) 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.

FPS.001 V001/2018



29/08



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1094327



Identificação do paciente			
ID 1305991	Nome MARINESIO FRANCISCO ALVES		Sexo Masculino
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49 anos 5 meses 3 dias	Estado civil	Religião
Mãe CELINA ALVES DA SILVA	Pai FRANCISCO ALVES DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JULIANA - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996643269	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1474944	Nº Cns	
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58078100	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA
Número 140	Complemento	Bairro FUNCIONÁRIOS	
Admissão			
Data e Hora 13/07/2018 12:09:22	Número da pulseira 100005133177	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA 140	x	ABO mmHg	Pulso 81 Temperatura 95%
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos Reteteve, consciente, orientado para p/ - 002X			
Diagnóstico			CD
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA			Tempo 01min 23seg

Imprimir

GOV. PREVIDENCIA S/A
03 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

13/07/2018 13:03



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: 18/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINESIO FRANCISCO ALVES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00435-9

CONTA: 000000131253-7

Nr. Autenticação

BRADESCO1801201905000000000023700435000000131253472500 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 12:27:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110912272202700000034762495>

Número do documento: 20110912272202700000034762495



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CONTRATO: 1.7100.2563.763-8

Prestação do Mês N° 012
Prazo do Financiamento 120
Taxa de Juros Contratual 00,0000
Índice de Reajuste Prestação no Mês 1,00000
Categoria Profissional Complemento MF 116
SG RGE 313 / 044
L.Financ/Or.Recursos TP 310
UNO - Agência do Contrato 0735-8
Extrato de Evolução
Saldo Devedor Teórico em 01/11/2018
R\$ 54.900,04
Juros do Mês (R\$) 0,00
Amortização do Mês (R\$) 508,33
Extrato de Evolução FGTS na Prestação
Saldo anterior 0,00
Correção Mês 0,00
Utilização Mês 0,00
Saldo Atual 0,00

DECLARAMOS QUE AS PRESTAÇÕES DO SEU CONTRATO HABITACIONAL DE 2017 ESTÃO QUITADAS, EXCETO SE HOUVER QUESTÕES JUDICIAIS OU DE EVOLUÇÃO DO CONTRATO. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI AS QUITAÇÕES DOS CARNÊS MENSIS DE 2017 E ANOS ANTERIORES. (LEI 12.007/09)

RECIBO DE PAGAMENTO

Dados do Mutuário

MARINEZIO FRANCISCO ALVES

R MARLUCE B CAVALCANTE

350 BL-2B AP403

GRANAME

JOAO PESSOA

PB

58069-417

788.386.814-49

Descrição dos 12 Últimos Pagamentos

Prest.	Data Venc.	Data Pagt	Valor Devido (R\$)	Valor Pago (R\$)
001	1/12/2017	01/12/2017	185,50	185,50
002	1/ 1/2018	02/01/2018	185,50	185,50
003	1/ 2/2018	31/01/2018	185,50	185,50
004	1/ 3/2018	01/03/2018	185,50	185,50
005	1/ 4/2018	02/04/2018	185,50	185,50
006	1/ 5/2018	02/05/2018	185,50	185,50
007	1/ 6/2018	30/05/2018	185,50	185,50
008	1/ 7/2018	02/07/2018	185,50	185,50
009	1/ 8/2018	01/08/2018	185,50	185,50
010	1/ 9/2018	05/09/2018	185,50	185,50
011	1/10/2018	09/10/2018	185,50	185,50

TOTAL DA DIFERENÇA ATUALIZADA (R\$)

0,00

Demonstrativo do Encargo do Mês (R\$)

Demonstrativo	Valor
PRESTAÇÃO SEGURO FCVS	508,33
TAXA ADM.	
TAXA OPER. MENSAL	
DIFERENÇA PRESTAÇÃO BONUS	322,83
FGHAB	

VENCIMENTO
01/11/2018VALOR A PAGAR
R\$ 185,50

Via do Mutuário - Autenticação Mecânica

- **Débito Automático em Conta:** Utilize o serviço de débito automático em conta para pagamento das prestações. É cómodo e gratuito. Procure a sua agência.
- **Mudança de endereço e telefone:** Mantenha seu endereço e telefones atualizados junto à CAIXA. Assim, podemos atendê-lo mais prontamente sempre que você precisar.
- **Canais alternativos para pagamento:** Agência bancária, Rede de Casas Lotéricas, Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI", Terminais de Auto-atendimento CAIXA e Internet "Banking" CAIXA.
- **2ª via do carnê:** Aproveite mais esta facilidade. Obtenha a 2ª via do seu carnê pela internet, no endereço caixa.gov.br.
- **Pontualidade no Pagamento:** Pague em dia suas prestações habitacionais. Evite transformos e pagamento de juros por atraso.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (Informações, reclamações, sugestões e elogios)
Ouvidoria: 0800 725 7474

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492.
caixa.gov.br



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

|104-0|

10497.31548

30024.117142

00256.376351

7

76950000018550

Local de Pagamento:

Pagável em qualquer agência bancária até o vencimento, preferencialmente na CAIXA ou Casas Lotéricas.

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço:

AQUISICAO PAR

03190167/0001-50 AV SENADOR RUY CARNEIRO, 241

TANBAU - JOAO PESSOA-PB - 58039-181

Data Documento:

17/10/2018

Nº Documento:

31018114024

Espécie Doc.:

Aceite:

Data Processamento:

Vencimento

01/11/2018

Agência/Código Beneficiário

0647/731543-0

Nosso Número

14024171002563763-9

(-) Valor do Documento

185,50

Uso do Banco:

Carteira:

Espécie Moeda:

Quantidade:

Valor:

(-) Descontos/Abatimentos

Informações de Responsabilidade do Beneficiário:

- Até o vencimento pagável nos Terminais de Auto Atendimento CAIXA, "Internet banking CAIXA", na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI" e em qualquer Agência Bancária.

- Após o vencimento, somente pode ser pago nas Agências da Caixa, Terminais de Auto Atendimento CAIXA, "internet banking CAIXA", na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI".

(-) Outras Deduções

(+/-) Mora/Multa

(+/-) Outras Acréscimos

(-) Valor Pago

185,50

Nomes do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço:

MARINEZIO FRANCISCO ALVES

788.386.814-49

R MARLUCE B CAVALCANTE

350 BL-2B AP403

GRANAME

JOAO PESSOA

PB

58069-417

Sacador/Avalista

Autenticação no verso

Ficha de Documentação



03 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 12:27:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011091227202700000034762495>

Número do documento: 2011091227202700000034762495

Num. 36411949 - Pág. 10



Call us at 1-800-4-A-AMERICA (426-7234)
or visit us at www.4aamerica.com

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	310 842 234-45
UC (Unidade Consumidora):			5/1698358-7
Canal de contato			

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
2008/01	2150	2008/01	2074		76	31
Demonstrativo						
CD - Geração		Gerador Tarif	Topo-Rede	Ad. Imposto (Imp. 14%)		Consumo
			Transmissão (Transm) 0,00	Imposto (Imp. 14%) 0,00		
CD - Consumo		CD - Consumo	17,79	15,72 25	64,34	119,73
CD - Ad. S. Energia			17,79	15,72 25	64,34	119,73
LACONREDE S.A. - SERVIÇOS						
CD - CONTRA-SERVIÇO PÚBLICA			17,79	15,72 25	64,34	119,73

28/10/2018 RS 207.23

[illegible]

acb7.d360.4152.6dfc.e508.1855.4f76.7143

[illegible]

ATENÇÃO

Resolute Transport Limited, 2007-08 Reg. A2007-02-430-0000, 2008-09 Reg. A2008-09-430-0000, 2009-10 Reg. A2009-10-430-0000, 2010-11 Reg. A2010-11-430-0000, 2011-12 Reg. A2011-12-430-0000, 2012-13 Reg. A2012-13-430-0000, 2013-14 Reg. A2013-14-430-0000, 2014-15 Reg. A2014-15-430-0000, 2015-16 Reg. A2015-16-430-0000, 2016-17 Reg. A2016-17-430-0000, 2017-18 Reg. A2017-18-430-0000, 2018-19 Reg. A2018-19-430-0000, 2019-20 Reg. A2019-20-430-0000, 2020-21 Reg. A2020-21-430-0000, 2021-22 Reg. A2021-22-430-0000, 2022-23 Reg. A2022-23-430-0000, 2023-24 Reg. A2023-24-430-0000, 2024-25 Reg. A2024-25-430-0000, 2025-26 Reg. A2025-26-430-0000, 2026-27 Reg. A2026-27-430-0000, 2027-28 Reg. A2027-28-430-0000, 2028-29 Reg. A2028-29-430-0000, 2029-30 Reg. A2029-30-430-0000, 2030-31 Reg. A2030-31-430-0000, 2031-32 Reg. A2031-32-430-0000, 2032-33 Reg. A2032-33-430-0000, 2033-34 Reg. A2033-34-430-0000, 2034-35 Reg. A2034-35-430-0000, 2035-36 Reg. A2035-36-430-0000, 2036-37 Reg. A2036-37-430-0000, 2037-38 Reg. A2037-38-430-0000, 2038-39 Reg. A2038-39-430-0000, 2039-40 Reg. A2039-40-430-0000, 2040-41 Reg. A2040-41-430-0000, 2041-42 Reg. A2041-42-430-0000, 2042-43 Reg. A2042-43-430-0000, 2043-44 Reg. A2043-44-430-0000, 2044-45 Reg. A2044-45-430-0000, 2045-46 Reg. A2045-46-430-0000, 2046-47 Reg. A2046-47-430-0000, 2047-48 Reg. A2047-48-430-0000, 2048-49 Reg. A2048-49-430-0000, 2049-50 Reg. A2049-50-430-0000, 2050-51 Reg. A2050-51-430-0000, 2051-52 Reg. A2051-52-430-0000, 2052-53 Reg. A2052-53-430-0000, 2053-54 Reg. A2053-54-430-0000, 2054-55 Reg. A2054-55-430-0000, 2055-56 Reg. A2055-56-430-0000, 2056-57 Reg. A2056-57-430-0000, 2057-58 Reg. A2057-58-430-0000, 2058-59 Reg. A2058-59-430-0000, 2059-60 Reg. A2059-60-430-0000, 2060-61 Reg. A2060-61-430-0000, 2061-62 Reg. A2061-62-430-0000, 2062-63 Reg. A2062-63-430-0000, 2063-64 Reg. A2063-64-430-0000, 2064-65 Reg. A2064-65-430-0000, 2065-66 Reg. A2065-66-430-0000, 2066-67 Reg. A2066-67-430-0000, 2067-68 Reg. A2067-68-430-0000, 2068-69 Reg. A2068-69-430-0000, 2069-70 Reg. A2069-70-430-0000, 2070-71 Reg. A2070-71-430-0000, 2071-72 Reg. A2071-72-430-0000, 2072-73 Reg. A2072-73-430-0000, 2073-74 Reg. A2073-74-430-0000, 2074-75 Reg. A2074-75-430-0000, 2075-76 Reg. A2075-76-430-0000, 2076-77 Reg. A2076-77-430-0000, 2077-78 Reg. A2077-78-430-0000, 2078-79 Reg. A2078-79-430-0000, 2079-80 Reg. A2079-80-430-0000, 2080-81 Reg. A2080-81-430-0000, 2081-82 Reg. A2081-82-430-0000, 2082-83 Reg. A2082-83-430-0000, 2083-84 Reg. A2083-84-430-0000, 2084-85 Reg. A2084-85-430-0000, 2085-86 Reg. A2085-86-430-0000, 2086-87 Reg. A2086-87-430-0000, 2087-88 Reg. A2087-88-430-0000, 2088-89 Reg. A2088-89-430-0000, 2089-90 Reg. A2089-90-430-0000, 2090-91 Reg. A2090-91-430-0000, 2091-92 Reg. A2091-92-430-0000, 2092-93 Reg. A2092-93-430-0000, 2093-94 Reg. A2093-94-430-0000, 2094-95 Reg. A2094-95-430-0000, 2095-96 Reg. A2095-96-430-0000, 2096-97 Reg. A2096-97-430-0000, 2097-98 Reg. A2097-98-430-0000, 2098-99 Reg. A2098-99-430-0000, 2099-00 Reg. A2099-00-430-0000, 2100-01 Reg. A2100-01-430-0000, 2101-02 Reg. A2101-02-430-0000, 2102-03 Reg. A2102-03-430-0000, 2103-04 Reg. A2103-04-430-0000, 2104-05 Reg. A2104-05-430-0000, 2105-06 Reg. A2105-06-430-0000, 2106-07 Reg. A2106-07-430-0000, 2107-08 Reg. A2107-08-430-0000, 2108-09 Reg. A2108-09-430-0000, 2109-10 Reg. A2109-10-430-0000, 2110-11 Reg. A2110-11-430-0000, 2111-12 Reg. A2111-12-430-0000, 2112-13 Reg. A2112-13-430-0000, 2113-14 Reg. A2113-14-430-0000, 2114-15 Reg. A2114-15-430-0000, 2115-16 Reg. A2115-16-430-0000, 2116-17 Reg. A2116-17-430-0000, 2117-18 Reg. A2117-18-430-0000, 2118-19 Reg. A2118-19-430-0000, 2119-20 Reg. A2119-20-430-0000, 2120-21 Reg. A2120-21-430-0000, 2121-22 Reg. A2121-22-430-0000, 2122-23 Reg. A2122-23-430-0000, 2123-24 Reg. A2123-24-430-0000, 2124-25 Reg. A2124-25-430-0000, 2125-26 Reg. A2125-26-430-0000, 2126-27 Reg. A2126-27-430-0000, 2127-28 Reg. A2127-28-430-0000, 2128-29 Reg. A2128-29-430-0000, 2129-30 Reg. A2129-30-430-0000, 2130-31 Reg. A2130-31-430-0000, 2131-32 Reg. A2131-32-430-0000, 2132-33 Reg. A2132-33-430-0000, 2133-34 Reg. A2133-34-430-0000, 2134-35 Reg. A2134-35-430-0000, 2135-36 Reg. A2135-36-430-0000, 2136-37 Reg. A2136-37-430-0000, 2137-38 Reg. A2137-38-430-0000, 2138-39 Reg. A2138-39-430-0000, 2139-40 Reg. A2139-40-430-0000, 2140-41 Reg. A2140-41-430-0000, 2141-42 Reg. A2141-42-430-0000, 2142-43 Reg. A2142-43-430-0000, 2143-44 Reg. A2143-44-430-0000, 2144-45 Reg. A2144-45-430-0000, 2145-46 Reg. A2145-46-430-0000, 2146-47 Reg. A2146-47-430-0000, 2147-48 Reg. A2147-48-430-0000, 2148-49 Reg. A2148-49-430-0000, 2149-50 Reg. A2149-50-430-0000, 2150-51 Reg. A2150-51-430-0000, 2151-52 Reg. A2151-52-430-0000, 2152-53 Reg. A2152-53-430-0000,

29/10/2018 R\$ 207,23

0367100002-017250749000-0 15033302016- 15000000018-

PROTOCOLO
03 DEZ. 2013
SECRETARIA DE PREVIDENCIA SIA





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:

788 386 814 49 Marunésio Francisco Alves

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel.(DDD):

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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: 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, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da assinatura do beneficiário não obrigatório

Local e Data: João Pessoa PB 27/11/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO

Assinatura

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

29/08



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1094327



Identificação do paciente			
ID 1305991	Nome MARINESIO FRANCISCO ALVES		Sexo Masculino
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49 anos 5 meses 3 dias	Estado civil	Religião
Mãe CELINA ALVES DA SILVA	Pai FRANCISCO ALVES DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JULIANA - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996643269	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1474944	Nº Cns	
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58078100	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA
Número 140	Complemento	Bairro FUNCIONÁRIOS	
Admissão			
Data e Hora 13/07/2018 12:09:22	Número da pulseira 100005133177	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA 140	x	180 mmHg	Pulso 81 Temperatura 95%
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos Retorno consciente, orientado para p/ - 08/2018			
Diagnóstico			CD
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA			Tempo 01min 23seg

Imprimir

GOV. PREVIDENCIA S/A
03 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

13/07/2018 13:03



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARINESIO FRANCISCO ALVES
DATA DE NASCIMENTO	10/02/69
NOME DA MÃE	CELINA ALVES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.094.327
DATA DO ATENDIMENTO	13/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	12:09
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA DE OPN
CID 10	S52.9 + S02.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente automobilístico, consciente e orientado, referindo dor em antebraços. Ferimento corto-contuso em face. Presença de fratura de OPN. Presença de fratura exposta de rádio esquerdo. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira para tratamento da fratura do rádio.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de coluna cervical
RX de torax
RX de bacia
RX de antebraço direito
RX de antebraço esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura exposta de rádio esquerdo.
Fratura de OPN

TRATAMENTO:

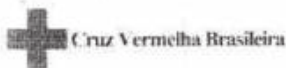
Atendimento. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	13/07/18
DATA DA EMISSÃO:	10/10/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARINESIO FRANCISCO ALVES	BAE 1094327	Data/Hora Entrada 13/07/2018 12:09:22	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo Masculino	CNS
Mãe CELINA ALVES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 996643269
Endereço DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 140	Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cons. Regional 3777/PB
Data/Hora Classificação 13/07/2018 12:09:22		Data/Hora Prescrição 13/07/2018 15:08:09	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, AFIRMA USO DE CAPACETE, NEGA VÔMITO E DESMAIO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO EM BEG. AO EXAME FÍSICO DE FACE OBSERVA-SE MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL MANTIDA, BOA ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO ESTÁVEL, MOBILIDADE EM OPN, OBSTRUÇÃO NASAL, COM SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DE FRATURA DE OPN. AO EXAME TC OBSERVA-SE SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DE OPN.

CD AVALIAÇÃO BMF, ORIENTAÇÕES, PACIENTE POSSUI FRATURA EXPOSTA DE RADIO. DESSE MODO, SERÁ ATENDIDO NO TRAUMINHA. DEVIDO A PACTUAÇÃO, A FRATURA DE OPN PODE SER TRATADA PELO SERVIÇO DE CIRURGIA BUCO MAXILO DO TRAUMINHA. LIBERO O PACIENTE.

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

S02.2 Fratura dos ossos nasais

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

MARINESIO FRANCISCO ALVES

RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU
(: 3777/PB)



Boletim registrado por: ALEXANDRA DUARTE SANTOS em 13/07/2018 12:10:45



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARINESIO FRANCISCO ALVES		BAE 1094327	Data/Hora Entrada 13/07/2018 12:09:22	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 996643269
Mãe CELINA ALVES DA SILVA				Prontuário
Endereço DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 140		Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVELO	Profissional FLAVIO JOSE TEIXEIRA ROCHA ATAIDE DA MOTTA	Nº Cons. Regional 11542/PB	
Data/Hora Classificação 13/07/2018 12:09:22		Data/Hora Prescrição 13/07/2018 12:17:57		

Anamnese

- CIRURGIA GERAL

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO-CARRO. AFIRMA USO DE CAPACETE. ASSOCIA A DOR EM ANTEBRAÇOS. NEGA CEFALÉIA, CERVICALGIA, ALERGIAS OU COMORBIDADES.

AO EXAME:

A: EM USO DE COLAR CERVICAL E DE PRANCHA RÍGIDA, COLUNA ESTÁVEL E SEM LESÕES APARENTES. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.
B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES. MV+ AHT SEM RA.
C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME PLANO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL.
D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA.
E: FERIMENTO CORTOCONTUSO EM FACE, SINAIS DE FRATURA EM ANTEBRAÇOS.

CONDUTA

- ANALGESIA + SUPORTE CLÍNICO
- RADIOGRAFIA CERVICAL, TORÁCICA, PÉLVICA E DE ANTEBRAÇOS + TOMOGRAFIA DE CRÂNIO
- PARECER DA CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL, NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

CID10

Código Descrição
T14.9 Traumatismo não especificado

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
09 DEZ. 2018
PROTOCOLO
C. JOAO PESSOA

Flavio Motta
Médico
CRM/PB 11542

13/07/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=335713&pesquisa=S&pe...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

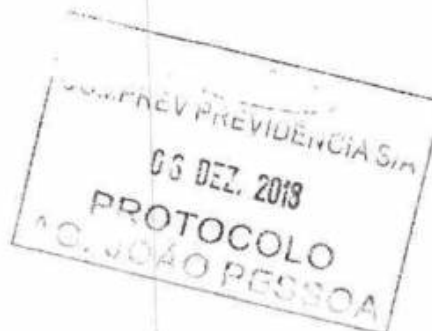
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente MARINESIO FRANCISCO ALVES		BAE 1094327	Data/Hora Entrada 13/07/2018 12:09:22	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 996643269
Mãe CELINA ALVES DA SILVA		Prontuário		
Endereço DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 140		Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO	Nº Cons. Regional 7650/PB	
Data/Hora Classificação 13/07/2018 12:09:22		Data/Hora Prescrição 13/07/2018 14:13:57		
Anamnese #NCR #ACIDENTE MOTOCICLISTICO #GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS #TCC SEM ALTERAÇÕES INTRACRANIANAS RELACIONADAS AO TCE #CD: ALTA NCR - RETIRAR PRANCHA				
Conduta Em observação				

MARINESIO FRANCISCO ALVES

Gustavo V. Neves Porto
GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
Neurologista (7650/PB)


Boletim registrado por: ALEXANDRA DUARTE SANTOS em 13/07/2018 12:10:45

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=335713&pesquisa=S&perform=im... 1/1





Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 13/07/18 12:18
Usuário: FLAVIO JOSE
Boleim 1094327

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
MARINESIO FRANCISCO ALVES	10/02/1969	49a 5m 3d	MASCULINO	1094327		13/07/2018 12:17:57
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição					
	13/07/2018 12:17:00 - 14/07/2018 12:17:00					
Convenio	Matricula		Senha			
SUS						

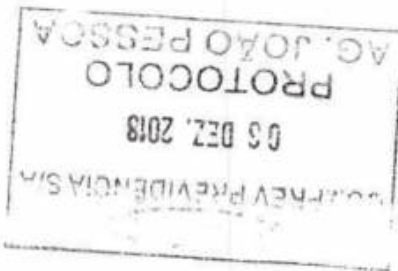
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO /FRASCO	1500.0	ML					AGORA
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						
3 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						
4 PARECER ORTO	0.0						

13 de Julho de 2018

FLAVIO JOSE TEIXEIRA ROCHA ATAIDE DA
CRM: 11542

Flávio Motta
MÉDICO
CRM/PB 11542

Assinatura e Carimbo do Profissional



Receituário

Paciente: MARINESIO FRANCISCO ALVES Idade: 49
Data: 13/07/2018 13:59:46 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1094327

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Telex: 15943

Dr. RAIFF LEITE SOARES
9350/PB

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

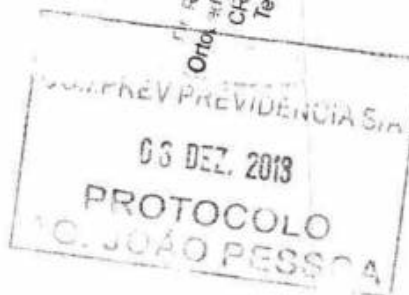
Receituário

Paciente: MARINESIO FRANCISCO ALVES Idade: 49
Data: 13/07/2018 13:59:46 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1094327

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Telex: 15943

Dr. RAIFF LEITE SOARES
9350/PB



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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome MARINESIO FRANCISCO ALVES		Prontuário
Data de 10/02/1969	Nº Boletim Emergência 1094327	
Material a examinar		
<div>EXAME DE IMAGEM</div> <div>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO</div> <div>RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)</div> <div>RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)</div> <div>RADIOGRAFIA DE BACIA</div> <div>RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO</div> <div>RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO</div> <div>Flávia Motta</div> <div>MILITICO</div> <div>CRM/PB 11542</div> <div>COMPREV PREVIDENCIA S/A</div> <div>06 DEZ. 2018</div> <div>PROTOCOLO</div> <div>AG. JOÃO PESSOA</div>		

13 de Julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) apresentar cópias separadas para imagem e laboratório análises clínicas

TOMOGRAFIA

RAIOS-X	
TIPO ...	13/07/18
DATA ...	13.18
HORA ...	09:00
NOME TEC. RAD.:	RUN
ASS.:	



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831432823

Data Nasc: 10/02/1969 - 49 anos

Paciente: MARINESIO FRANCISCO ALVES

Data Exame: 13/07/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

*** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.

Imagens obtidas em aparelho de múltiplos detectores, sem a injeção endovenosa do meio de contraste iodado.

Análise:

Sinais de fratura do osso nasal.

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.

Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.

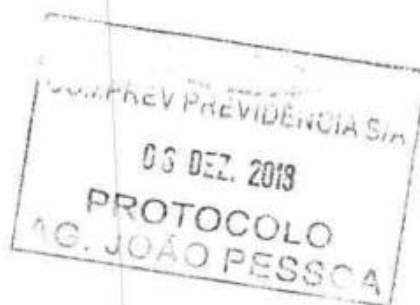
Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.

Não há desvio de estruturas da linha média.

Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda/subaguda.

Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 13/07/2018 22:04.

Dra. Danielle C .S . Pereira
CRM: 6088 - PB



29/08



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1094327



Identificação do paciente			
ID 1305991	Nome MARINESIO FRANCISCO ALVES		Sexo Masculino
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49 anos 5 meses 3 dias	Estado civil	Religião
Mãe CELINA ALVES DA SILVA	Pai FRANCISCO ALVES DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JULIANA - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996643269	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1474944	Nº Cns	
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58078100	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA
Número 140	Complemento	Bairro FUNCIONÁRIOS	
Admissão			
Data e Hora 13/07/2018 12:09:22	Número da pulseira 100005133177	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA 140	x	ABO mmHg	Pulso 81 Temperatura 95%
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos Retorno consciente, orientado para p/ exames - 082X			
Diagnóstico			CD
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA			Tempo 01min 23seg

Imprimir

GOV. PREVIDENCIA S/A
03 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

13/07/2018 13:03





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARINESIO FRANCISCO ALVES
DATA DE NASCIMENTO	10/02/69
NOME DA MÃE	CELINA ALVES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.094.327
DATA DO ATENDIMENTO	13/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	12:09
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA DE OPN
CID 10	S52.9 + S02.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente automobilístico, consciente e orientado, referindo dor em antebraços. Ferimento corto-contuso em face. Presença de fratura de OPN. Presença de fratura exposta de rádio esquerdo. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira para tratamento da fratura do rádio.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de coluna cervical
RX de torax
RX de bacia
RX de antebraço direito
RX de antebraço esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura exposta de rádio esquerdo.
Fratura de OPN

TRATAMENTO:

Atendimento. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	13/07/18
DATA DA EMISSÃO:	10/10/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARINESIO FRANCISCO ALVES	BAE 1094327	Data/Hora Entrada 13/07/2018 12:09:22	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo Masculino	CNS
Mãe CELINA ALVES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 996643269
Endereço DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 140	Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cons. Regional 3777/PB
Data/Hora Classificação 13/07/2018 12:09:22		Data/Hora Prescrição 13/07/2018 15:08:09	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, AFIRMA USO DE CAPACETE, NEGA VÔMITO E DESMAIO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO EM BEG. AO EXAME FÍSICO DE FACE OBSERVA-SE MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL MANTIDA, BOA ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO ESTÁVEL, MOBILIDADE EM OPN, OBSTRUÇÃO NASAL, COM SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DE FRATURA DE OPN. AO EXAME TC OBSERVA-SE SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DE OPN.

CD AVALIAÇÃO BMF, ORIENTAÇÕES, PACIENTE POSSUI FRATURA EXPOSTA DE RADIO. DESSE MODO, SERÁ ATENDIDO NO TRAUMINHA. DEVIDO A PACTUAÇÃO, A FRATURA DE OPN PODE SER TRATADA PELO SERVIÇO DE CIRURGIA BUCO MAXILO DO TRAUMINHA. LIBERO O PACIENTE.

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

S02.2 Fratura dos ossos nasais

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

MARINESIO FRANCISCO ALVES

RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU
(: 3777/PB)

Boletim registrado por: ALEXANDRA DUARTE SANTOS em 13/07/2018 12:10:45

13/07/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=335636&pesquisa=S&pe...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARINESIO FRANCISCO ALVES		BAE 1094327	Data/Hora Entrada 13/07/2018 12:09:22	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 996643269
Mãe CELINA ALVES DA SILVA				Prontuário
Endereço DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 140		Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVELO	Profissional FLAVIO JOSE TEIXEIRA ROCHA ATAIDE DA MOTTA	Nº Cons. Regional 11542/PB	
Data/Hora Classificação 13/07/2018 12:09:22			Data/Hora Prescrição 13/07/2018 12:17:57	

Anamnese

- CIRURGIA GERAL

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO-CARRO. AFIRMA USO DE CAPACETE. ASSOCIA A DOR EM ANTEBRAÇOS. NEGA CEFALÉIA, CERVICALGIA, ALERGIAS OU COMORBIDADES.

AO EXAME:

A: EM USO DE COLAR CERVICAL E DE PRANCHA RÍGIDA, COLUNA ESTÁVEL E SEM LESÕES APARENTES. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.
 B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES. MV+ AHT SEM RA.
 C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME PLANO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL.
 D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA.
 E: FERIMENTO CORTOCONTUSO EM FACE, SINAIS DE FRATURA EM ANTEBRAÇOS.

CONDUTA

- ANALGESIA + SUPORTE CLÍNICO
 - RADIOGRAFIA CERVICAL, TORÁCICA, PÉLVICA E DE ANTEBRAÇOS + TOMOGRAFIA DE CRÂNIO
 - PARECER DA CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL, NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
 09 DEZ. 2018
 PROTOCOLO
 00. JOAO PESSOA

Flavio Motta
 Médico
 CRM/PB 11542

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=335636&pesquisa=S&perform=im... 1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 12:27:22

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110912272202700000034762495

Número do documento: 20110912272202700000034762495

Num. 36411949 - Pág. 25

13/07/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=335713&pesquisa=S&pe...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

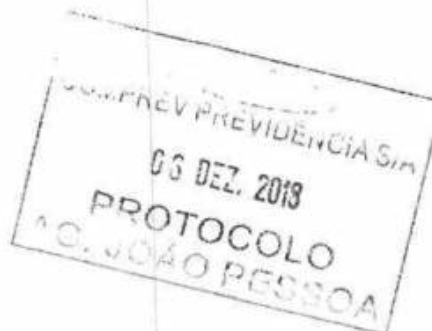
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente MARINESIO FRANCISCO ALVES		BAE 1094327	Data/Hora Entrada 13/07/2018 12:09:22	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 996643269
Mãe CELINA ALVES DA SILVA		Prontuário		
Endereço DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 140		Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO	Nº Cons. Regional 7650/PB	
Data/Hora Classificação 13/07/2018 12:09:22		Data/Hora Prescrição 13/07/2018 14:13:57		
Anamnese #NCR #ACIDENTE MOTOCICLISTICO #GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS #TCC SEM ALTERAÇÕES INTRACRANIANAS RELACIONADAS AO TCE #CD: ALTA NCR - RETIRAR PRANCHA				
Conduta Em observação				

MARINESIO FRANCISCO ALVES

Gustavo V. Neves Porto
GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
Neurologista (7650/PB)


Boletim registrado por: ALEXANDRA DUARTE SANTOS em 13/07/2018 12:10:45

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=335713&pesquisa=S&perform=im... 1/1





Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 13/07/18 12:18		Usuário: FLAVIO JOSE		Boleim 1094327			
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição	
MARINESIO FRANCISCO ALVES	10/02/1969	49a 5m 3d	MASCULINO	1094327		13/07/2018 12:17:57	
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição			
				13/07/2018 12:17:00 - 14/07/2018 12:17:00			
Convenio	Matricula		Senha				
SUS							

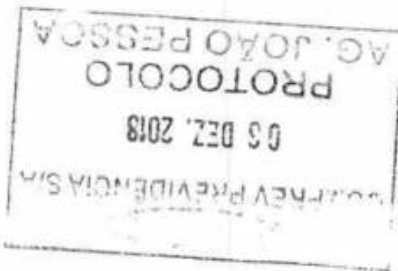
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500.0	ML					AGORA
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						
3 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						
4 PARECER ORTO	0.0						

13 de Julho de 2018

FLAVIO JOSE TEIXEIRA ROCHA ATAIDE DA
CRM: 11542

Flávio Motta
MÉDICO
CRM/PB 11542

Assinatura e Carimbo do Profissional

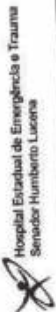


[Handwritten signature]





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

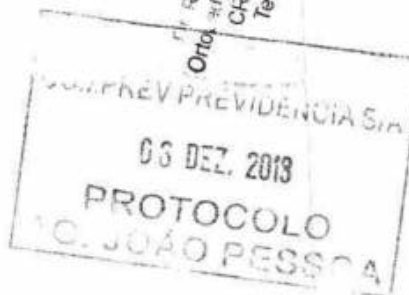


GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: MARINESIO FRANCISCO ALVES
Data: 13/07/2018 13:59:46 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1094327
Idade 49

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO.



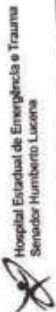
Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Telet: 15943

Dr. RAIFF LEITE SOARES
9350/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: MARINESIO FRANCISCO ALVES
Data: 13/07/2018 13:59:46 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1094327
Idade 49

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Telet: 15943

Dr. RAIFF LEITE SOARES
9350/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



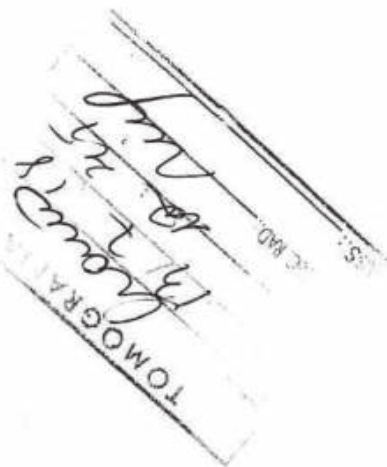
REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome MARINESIO FRANCISCO ALVES		Prontuário
Data de 10/02/1969	Nº Boletim Emergência 1094327	
Material a examinar		
<div>EXAME DE IMAGEM</div> <div>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO) RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) RADIOGRAFIA DE BACIA RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO</div> <div>Flávia Motta MÉDICO CRM/PB 11542</div> <div>COMPREV PREVIDENCIA S/A 06 DEZ. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</div>		

13 de Julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) apresentar cópias separadas para imagem e laboratório análises clínicas



RAIOS-X	
TIPO ...	13/07/18
DATA ...	13.18
HORA ...	09:00
NOME TEC. RAD.:	RUN
ASS.:	



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831432823

Data Nasc: 10/02/1969 - 49 anos

Paciente: MARINESIO FRANCISCO ALVES

Data Exame: 13/07/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

*** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.

Imagens obtidas em aparelho de múltiplos detectores, sem a injeção endovenosa do meio de contraste iodado.

Análise:

Sinais de fratura do osso nasal.

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.

Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.

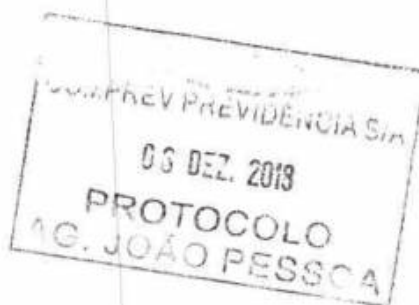
Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.

Não há desvio de estruturas da linha média.

Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda/subaguda.

Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 13/07/2018 22:04.

Dra. Danielle C .S . Pereira
CRM: 6088 - PB



COMPREV PREVIDENCIA Sim
06 DEZ. 2013
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



[illegible]

CONTINUED

03 DEZ. 2019
PROTOCOLLO



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575293 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINESIO FRANCISCO ALVES **Data do acidente:** 13/07/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de antebraço esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Paciente com extensas cicatrizes no antebraço esquerdo (vias de acesso cirúrgico ao rádio e a ulna), apresenta atrofia muscular braço e antebraço esquerdo, perda de força de membro superior esquerdo grau 4, movimentos, ombro e cotovelos normais, antebraço com bloqueio total da prono-supinação, flexo dorsal punho 0-20°, flexão volar 0-30°, desvio radial 0-5°, desvio ulnar 0-10°. Dificuldade de segurar objetos com mão esquerda. Parestesia de membro superior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Paciente sofreu fratura exposta de antebraço esquerdo sendo submetido à tratamento cirúrgico inicial (Limpeza mecânico-cirúrgica) e em segundo tempo em 19/07/2018 fez cirurgia definitiva com redução aberta e fixação interna de fraturas dos ossos do antebraço esquerdo. Evoluindo com cicatrização de feridas operatórias e perda parcial de função de membro superior esquerdo.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Marinezio Francisco Alves,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
motorista, CI RG nº 474944

CPF/MF nº 788.386.814-49, residente e domiciliado(a) à Rua
Marluce B. Cavalcante 350 Bl. 2B ⁴⁰³

Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58069-417, telefone

83-98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

João Pessoa, 21 de novembro de 2018.



Marinezio Francisco Alves

OUTORGANTE



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

RUA JISOMIRO KUBITSCHKE, S/Nº - ERNESTO GEBEL - CEP 58075-600 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TEL/FAX: (83) 3211-4078

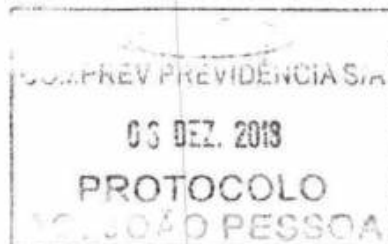
Reconheço Por Autenticidade a firma de MARINEZIO
FRANCISCO ALVES, [116180], J. Pessoa-PB, 21/11/2018

11:04:53 Emol R\$9,48 Farpem: R\$0,28 Fepj: R\$1,90.

ISS: R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO

MARINEZIO SILVA, Selo Digital APU89326-XS4S Consulte em

Notarial - T. 116180 - www.celeida.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 12:27:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110912272202700000034762495>

Número do documento: 20110912272202700000034762495

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442062/18

Número do Sinistro: 3180575293

Vítima: MARINESIO FRANCISCO ALVES

CPF: 788.386.814-49

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARINESIO FRANCISCO ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 02/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

