
Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190650991

Vítima: MARCOS ANDRE DE MENEZES

Data do Acidente: 10/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS ANDRE DE MENEZES

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

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190650991

Vítima: MARCOS ANDRE DE MENEZES

Data do Acidente: 10/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS ANDRE DE MENEZES

Informamos que o pagamento da indenização do 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 joelho 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: **MARCOS ANDRE DE MENEZES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000729**

Conta: **0000024872-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 090.988.009 24 4 - Nome completo da vítima: MARCOS ANDRÉ DE MENEZES

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

5 - Nome completo: MARCOS ANDRÉ DE MENEZES 6 - CPF: 090.988.009 24
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA MONACO 9 - Número: 10 - Complemento: AP. 103
11 - Bairro: MUMBABA 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: P.B. 14 - CEP: 58300 000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 991626443

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0729 CONTA: 00024872 5 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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 24/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Scanned with CamScanner



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13309.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13309.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:22 horas do dia 19 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu **Marcos Andre de Menezes**, CPF nº 090.988.004-24, nacionalidade brasileira, filho(a) de Ismeralda Andre dos Santos e Jose Marcos de Menezes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/10/1989 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Monaco, complemento AP. 103, RITA SARAIVA, MUMBABA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Depósito Bom Jesus, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99162-6443.

Dados do(s) Fatos:

Local: Senai, João Pessoa/PB, bairro Distrito Industrial; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/04/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO X MOTO) QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA FAN 125, COR PRETA, ANO 2010 E MODELO 2010, DE PLACA NPX-9078/PB, CHASSI 9C2JC4110AR683418, DE PROPRIEDADE DO SENHOR CASSIO ALISSON DO N. SOUZA; QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA SOFREU LESÕES, SENDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO, PELO SAMU (PROTOCOLO 2410869), AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; QUE ESTE HOSPITAL EMITIU LAUDO MÉDICO, ASSINADO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLEDO, CRM 1873/PB, QUE CONSTA NO LAUDO MÉDICO O CID 10 S82.0; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARECER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 19 de novembro de 2019


MARCOS ANDRE DE MENEZES
Noticiante



Procedimento Policial: 13309.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 090.988.009 24 4 - Nome completo da vítima: MARCOS ANDRÉ DE MENEZES

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

5 - Nome completo: MARCOS ANDRÉ DE MENEZES 6 - CPF: 090.988.009 24
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA MONACO 9 - Número: 10 - Complemento: AP. 103
11 - Bairro: MUMBABA 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: P.B. 14 - CEP: 58300 000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 991626443

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0729 CONTA: 00024872 5 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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 24/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Scanned with CamScanner



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 905/021, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2410869, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MARCOS ANDRE DE MENEZES** idade 29 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 10/04/2019, nas proximidades da entrada do SENAI, Bairro: Distrito Industrial - João Pessoa - aproximadamente às 18:07 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 14 de Maio de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região 10171

SAMU 192 JP
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANDRE DE MENEZES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000024872-5

Nr. da Autenticação 92E5388A5B959B57



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Sit: ZR-15 - Oito Sete de Maio - Jd. Petrópolis - PO - CEP 58071-000
 CNPJ: 09.086.182/0001-40 - Ins. Est. 4.015.823-4

Nota Fiscal de Venda de Energia Elet. nº 4032 216 967
Cód. para Reg. Automático: 1001700027

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2019	08/10/2019	08/11/2019	090.998.004-24

UC (Unidade Consumidora): 5/1780032-7

Canal de contato

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
01/01/19	241	02/01/19	258	1	11,7	21

Demonstrativo

Demonstrativo									
Cód.	Descrição	Quantidade (Unid.)	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)	Alíq. ICMS (%)	Valor Base ICMS (R\$)	Valor ICMS (R\$)	Valor IPI (R\$)	Valor PIS/COFINS (R\$)
		Total (Unid.)	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)	Alíq. ICMS (%)	Valor Base ICMS (R\$)	Valor ICMS (R\$)	Valor IPI (R\$)	Valor PIS/COFINS (R\$)
0001	Consumo de Energia Elétrica	20.000	0,250000	5.000,00	7,00	4.650,00	329,50	0,00	0,00
0002	Consumo de Água Potável	10.000	0,400000	4.000,00	31,32	3.162,00	938,00	0,00	0,00
0003	Consumo de Gás Natural	50.000	0,350000	17.500,00	15,65	14.937,50	2.562,50	0,00	0,00
0004	Aluguel de Imóvel	12	4,500000	54,00,00	4,50	54,00,00	0,00	0,00	0,00
0005	Aluguel de Veículo	12	0,500000	6,00,00	0,50	6,00,00	0,00	0,00	0,00
0006	Subsídio	42.750	42,750000	1.828.125,00	11,55	1.625.250,00	182.812,50	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	Contribuição de Imposto de Renda	10,00	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Aluguel de Máquina	0,01	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	Multa por atraso	0,01	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0010	Taxa de Serviço de Crédito	0,01	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0011	Rest. Banc. Anual Residência	0,01	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0012	Desconto	12,15	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Coeficiente de Classificação do Item	TOTAL	100,00	100,00	77,77	100,00	1,00	47%
Fator 1: Tolerância: 0,121312	Ata 18000h	0,931903	Ata 22000h	0,931903			

VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
15/10/2019	R\$ 196,56

Histórico de Consumo (kWh)

161	170	184	190	193	194	197	199	199	2	111	130
Oct'14	Nov'15	Dec'15	Jan'16	Feb'16	Mar'16	Apr'16	May'16	Jun'16	Jul'16	Aug'16	Sep'16

RESERVADO AO FISCO

8773.ee39.6a8e.abd4.24d7.326a.a641.756d

Indicadores de Qualidade 110012-0000

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
CONTRATADA	5,00	0,00	NORMAL
CONTRATADA	0,00		220
CONTRATADA	20,77		
CONTRATADA	2,00	0,00	CONTRATADA
CONTRATADA	0,00		UNITE INFERIOR
CONTRATADA	2,00		220
CONTRATADA	2,00	0,00	UNITE SUPERIOR
CONTRATADA	2,00		
CONTRATADA	2,00		

Composição do Consórcio

Discriminazione	Valore (RS)	%
Persepolis (Iran) e Borussia Dortmund (Germania)	10,00	10,00
Atletico Madrid (Spagna)	10,00	10,00
Bayern di Monaco (Germania)	10,00	10,00
Manchester City (Inghilterra)	10,00	10,00
Manchester United (Inghilterra)	10,00	10,00
Real Madrid (Spagna)	10,00	10,00
Valencia (Spagna)	10,00	10,00
Altre Squadre	87,00	87,00
Totale	100,00	100,00

1986年12月25日 第12155号

ATENÇÃO

5401 Indagado foi 130-922 com o Emissor Freq. tendo um desvio de 1802, 16

Faturas em atraso

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
Avenida Tucuruá, 421 - Tamboré
06460-020 - Barueri - SP - Brasil

PARA USO DOS CORREIOS	
<input type="checkbox"/> 01 - MUDOU - SE	<input type="checkbox"/> 07 - AUTENTIC.
<input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INCORRETO	<input type="checkbox"/> 08 - NÃO PERCEBEM
<input type="checkbox"/> 03 - NÃO EXISTE ENDEREÇO	<input type="checkbox"/> 09 - NÃO RECEBEU
<input type="checkbox"/> 04 - FALSO	<input type="checkbox"/> 10 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
<input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> 11 - FALTA DOCUMENTO COLETIVO (FIM)
<input type="checkbox"/> 06 - RECIUSADO	<input type="checkbox"/> 12 - CARTA POSTAL CANCELADA

Resgatando ao Serviço Postal em:

Ruínas Responsável: _____

Matrícula: _____



Por que esperar a sua fatura chegar em casa? Baixe, agora, o app Way para acompanhar suas compras em tempo real e cadastre o recebimento da fatura por email.



CTC RECIFE PE PL7

ARMANDO DE ARAUJO PAIVA FILHO
R COMERCIANTE EDILSON PAIVA 642
AP202 JARDIM CIDADE
58052-750 JOAO PESSOA PB



AD: 20406078



7208288528 27800 11850176078 30 260819



Quer fazer compras online com mais segurança? Gere o seu cartão de compras online no app Way.

Data Postagem:

26/04/2019

Data Vencimento:

09/09/2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)****Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04****SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35****INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Matheus Witor de Lima Paiva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 091.015.204/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Marcos André de Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.988.004/24
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcos André de Menezes
inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.988.004/24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R- Comerciante Edilson Paiva</u>	Número: <u>642</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Jardim Cidade</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____		CEP: <u>58052-750</u>
		Tel. (DDD): <u>(83) 99816-8965</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 21/11/19Matheus Witor

Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARCOS ANDRÉ DE MENEZES
DATA DE NASCIMENTO	21/10/89
NOME DA MÃE	ISMERALDA ANDRÉ DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º	115104
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1155256
DATA DO ATENDIMENTO	10/04/19
HORA DO ATENDIMENTO	18:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE RÓTULA ESQ.
CID 10	S82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NO QUADRIL DIR. , E JOELHO ESQUERDO. FERIMENTO EM JOELHO ESQ. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL E ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX JOELHO ESQ. , RX BACIA , TC DE QUADRIL, RX TORAX, COXA ESQ. , PERNA ESQ. , TORNOZELO ESQ.

USG(FAST)

EXAMES HEMATOLOGICOS

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX JOELHO ESQ. - FRATURA DE PATELA ESQ., RX QUADRIL - FRATURA DE ACETABULO

TRATAMENTO:

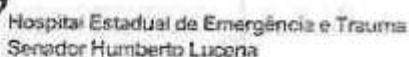
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PATELA ESQ.

ALTA HOSPITALAR: 18/04/19

DATA DA EMISSÃO: 19/06/19

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB



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

Boletim de Atendimento: 1155256



Identificação do paciente

ID 1392648	Nome MARCOS ANDRE DE MENEZES		Sexo Masculino
Data de nascimento 21/10/1989	Idade 29 anos 5 meses 20 dias	Estado civil	Religião
Mãe ISMERALDA ANDRE DOS SANTOS		Pai JOSE MARCOS DE MENEZES	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) KATIA CRISTINA NASCIMENTO - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988595203	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3201855	Nº Cns	
Local de procedência DISTRITO INDUSTRIAL		Tipo BAIRRO	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	

Endereço

CEP 58083604	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MÓNACO
Número 1000	Complemento		Bairro INDÚSTRIAS

Admissão

Data e Hora 10/04/2019 18:43:12	Número da pulseira 10007128850	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Veio de transporte AMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	x	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

paciente consentiente, tras haberse
revisado el expediente. Se es
de acuerdo.

25
2005
2005

Diagnóstico

C10

Atendido por

ANNE WALESKA PEREIRA LIMA

Tetrag

01min 28seg

Imprimer



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 30/03/19	ID da Ocorrência: 0450869	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº/Equipe: 07	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 18:00 Hs	Hora de Chegada no Local: 18:15 Hs
Paciente / Usuário: MARCOS ANTONIO DE MENEZES			Idade: 39	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: Rua Sena / 150m de casa			Bairro: Desimido Velho	Município Regular: M. de João Pessoa		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input checked="" type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadido-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): MEETSHH				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

Motivo:

Colisão moto x moto

CAUSAS EXTERNAS

Acidente de Trânsito

- ☐ Colisão carro x moto
☐ Queda de moto
☐ Atropelamento por:
☐ Colisão carro x carro
☐ Capotamento
☐ Outro:

☐ F.A.F.

☐ F.A.B.

☐ Agressão Física

☐ Afogamento

☐ Queda - Altura aproximada:

☐ soterramento / Desabamento

☐ Choque Elétrico

☐ Outro:

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

ANTECEDENTES

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ AVC

☐ Convulsões

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença Infecto-contagiosa

Quais?

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal

☐ Droga

☐ Hipertensão Arterial

☐ Internamentos Anteriores

☐ Problemas Respiratórios

☐ Medicamentos de uso Contínuo

1. DADOS VITAIS

P.A.

120/80

FC: 80

FR: 18

HGT: -

SpO2 - S/O2: 96%

SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos da Enfermagem:

Risco de lesão por imobilidade

Intervenções:

SSIV + mobilização + mudança de posição

Evolução do Enfermeiro:

Paciente vítima de colisão moto x moto, apresentando lesões múltiplas, com fraturas de membros inferiores, sendo encaminhado para tratamento cirúrgico. Apresenta sinais de desidratação e hipotensão arterial. Realizada a administração de soro fisiológico e oxigênio. Evolução satisfatória.

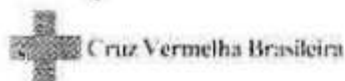
ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

SR. RA

Imobilizado

Encaminhado para tratamento cirúrgico, com fraturas de membros inferiores.

MEETSHH

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MARCOS ANDRE DE MENEZES	1155256	10/04/2019 18:43:12	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
21/10/1989	29a 5m 20d	Masculino	
Mãe			Telefone de Contato
SMERALDA ANDRE DOS SANTOS			(83) 988595203
			Prontuário
Endereço	Bairro	Município	UF
MÔNACO, 1000	INDÚSTRIAS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	8637/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/04/2019 18:43:12		10/04/2019 20:32:59	

Anamnese

TOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR NO QUADRIL DIREITO E JOELHO
RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA EXPOSTA DE PATELA E FRATURA DA PAREDE POSTERIOR DO
ACETABULO

CONDUTA:

SOLICITO TC DA QUADRIL DIREITO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

Conduta

Em observação

Dr. Luiz Juvenio
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 8637 - PB

MARCOS ANDRE DE MENEZES

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(CRM: 8637/PB)



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 MARCOS ANDRE DE MENEZES	BAE 1155256	Data/Hora Entrada 10/04/2019 18:43:12	Data Baixa
Data de nascimento 21/10/1989	Idade 29a 5m 20d	Sexo Masculino	CHS
Mãe ISMERALDA ANDRE DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 988595203
Endereço MÓNACO, 1000	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIOGO ARAUJO SIMOES	Nº Cons. Regional 8276/PB
Data/Hora Classificação 10/04/2019 18:43:12		Data/Hora Prescrição 10/04/2019 19:04:05	

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X MOTO, PACIENTE RELATA QUE ESTAVA DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA NAUSEAS E VOMITOS, NEGA CEFALIA. RELATA DOR EM REGIAO TORÁCICA E DOR EM REGIAO ABDOMINAL, ASSOCIADO RELATA DOR EM MIE. NEGA ALERGIAS, NEGA QUALQUER OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE.

AO EXAME:

A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. SEM QUEIXA DE CERVICALGIA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.
B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO, COM BOA SATURAÇÃO. TÓRAX DOLORO A PALPAÇÃO, COM PRESENÇA DE FERIMENTO ABRASIVO, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, SEM CREPITAÇÕES.
C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO. ABDOME GLOBOSO, FLÁCIDO, DOLOROSO A PALPAÇÃO, SEM SINAL DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PRESENÇA DE FERIMENTO ABRASIVO EM REGIAO DE HE.
D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA.
E: ESCORIAÇÕES EM MIE, FERIMENTO CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

CONDUTA:

- 1) SOLICITO RADIOGRAFIA TORAX/ MOE, USG FAST
- 2) PARECER DA ORTOPEDIA,
- 3) RETIRAR COLAR CERVICAL,
- 4) RETIRAR PRANCHA RÍGIDA,
- 5) ANALGESIA.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Sistema registrado por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 10/04/2019 18:54:40

Diogo Araújo - SAMU
Físico - CRM PB 8276
F 055 133 064-56

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
DE MACEDO
Em: 11/04/2019 12:43:59

Nome MARCOS ANDRE DE MENEZES		Boletim de Atendimento 1155256	Data/Hora Entrada 10/04/2019 18:43:12	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/10/1989	Idade 29	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 115104
Tempo de Internação 13h 48min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 10/04/2019 18:43:12	Data Internação 10/04/2019 22:55:18	Permanência na Unidade: 18h	Permanência no Leito: 13h 44min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO - 11/04/2019 12:43:39)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO

FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA

1o DPO DE LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA DE JOELHO ESQUERDO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

SEM QUEIXAS

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO

EXAMES OK

CD: AGUARDA TEMPO DE ANTIBIÓTICO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 003

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO

Número Conselho: 12265


Laiana Barreto
Médica
CRM-PB 12.265



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
DE MACEDO
Em: 10/04/2019 22:58:57

Nome MARCOS ANDRE DE MENEZES		Boletim de Atendimento 1155256	Data/Hora Entrada 10/04/2019 18:43:12	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/10/1989	Idade 29	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 115104
Tempo de Internação 3min		Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 10/04/2019 18:43:12	Data Internação 10/04/2019 22:55:18	Permanência na Unidade: 4h 15min		Permanência no Leito: 3min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO - 10/04/2019 22:58:42)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA

POI DE LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA DE JOELHO ESQUERDO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: VPM + TALA JOELHEIRA EM MIE

STAFF: DR LUIZ JUVENCIO

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 11

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO

Número Conselho: 12265

Laiana Barreto
Médica
CRMPB - 12265

Conduta
Em observação

MARCOS ANDRE DE MENEZES

DIOGO ARAUJO SIMOES
(CRM: 8276/PB)



SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSHL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSHL

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Marcos André d. Menezes

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/10/1989

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1153256

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

02 fio de Kirschner N2.0 (ligar)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

Milton da Silva Ambrósio

CRM 4714 TE016115

Otorrinolaringologia

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORGÃO MISSIONÁRIO PARA A AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Marcos André da Menezes BE Promotorio: 1155256
 Idade: 29a Sexo: ☒ Masculino / ☐ Feminino Com: _____ Data: 16/04/19
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fratura Patelar Esquerda
 Cirurgião: Dr. Milton 1º Assistente: Dr. Orlando
 2º Assistente: Dr. João Henrique 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Patelar Esquerda</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Taumatismo cirúrgico da fratura da patela E</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____
 Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Jorge Pinto
 CRM-RN 3595

João Pessoa. 16/04/19

Nota de Sala Cirúrgica

DN 21/10/1989

NOME DO PACIENTE Marcos André de Menezes

IDADE 29 BE: 455250 RONTUÁRIO ENFERMARIA LEITO

CIRURGIA Proctologia - de fôr. de pat. de

CIRURGIÃO Dr. Milton CAUS Dr. Victor R3 AIN Dr. Bruno R2

ANESTESIA raqui

ANESTESISTA Dr. Flenner

INSTRUMENTADOR Alimuy

DATA 26/04/89 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO 13:50 CÉSTIGIA INÍCIO 15:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):

ASA 1 (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) ASA 5

GRAU DE CONTAMINAÇÃO (1) LIMP (2) CONTAMINADA (3) INSPECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICACÕES ANESTÉSICAS QTD.

ALFENTANIL

BUPIVACAÍNA ISOBARICA

BUPIVACAÍNA PESADA

CETANINA

PROPERIDOL

ATOMIDATO

FENOSARBITAL

PENTANIL

FLUMAZENIL

ISOFLURANO

ROBUPIVACAÍNA C/ VASO

ROBUPIVACAÍNA S/ VASO

LIDOCAÍNA C/ VASO

LIDOCAÍNA S/ VASO

MIDAZOLAN

MORFINA

NYMBUM

PANCURÔNIO

PETIDINA

PROPOFOL

RAMIFENTANIL

ROCURÔNIO

SEVOFLURANO

SUXAMETÔNIO

TIOPENTAL

MEDICACÕES QTD.

ADRENALINA

ÁGUA DESTILADA

ATROPINA

DEXTRA

CEFALOXINA

DEXAMETASONA

PERONA SÓDICA

EDRINA

FLUROSEMIDA

GLICOSE 50%

GLICONATO DE CÁLCIO

HIDROCORTISONA

LIDOCAÍNA ÓLEIA

ONDIASENTRONA

PLASIL

PROSTIGLINE

PROTAMINA

TENOXICAN

GAZES

GAZES ALGODOADAS

GEL ELETROLÍTICO

JELCO Nº14

JELCO Nº16

JELCO Nº18

JELCO Nº20

JELCO Nº22

JELCO Nº24

JELCO Nº26

JELCO Nº28

JELCO Nº30

JELCO Nº32

JELCO Nº34

JELCO Nº36

JELCO Nº38

JELCO Nº40

JELCO Nº42

JELCO Nº44

JELCO Nº46

JELCO Nº48

JELCO Nº50

JELCO Nº52

JELCO Nº54

JELCO Nº56

JELCO Nº58

JELCO Nº60

JELCO Nº62

JELCO Nº64

JELCO Nº66

JELCO Nº68

JELCO Nº70

JELCO Nº72

JELCO Nº74

JELCO Nº76

JELCO Nº78

JELCO Nº80

JELCO Nº82

JELCO Nº84

JELCO Nº86

JELCO Nº88

JELCO Nº90

JELCO Nº92

JELCO Nº94

JELCO Nº96

JELCO Nº98

JELCO Nº100

JELCO Nº102

JELCO Nº104

JELCO Nº106

JELCO Nº108

JELCO Nº110

JELCO Nº112

JELCO Nº114

JELCO Nº116

JELCO Nº118

JELCO Nº120

JELCO Nº122

JELCO Nº124

JELCO Nº126

JELCO Nº128

JELCO Nº130

JELCO Nº132

JELCO Nº134

JELCO Nº136

JELCO Nº138

JELCO Nº140

JELCO Nº142

JELCO Nº144

JELCO Nº146

JELCO Nº148

JELCO Nº150

JELCO Nº152

JELCO Nº154

JELCO Nº156

JELCO Nº158

JELCO Nº160

JELCO Nº162

JELCO Nº164

JELCO Nº166

JELCO Nº168

JELCO Nº170

JELCO Nº172

JELCO Nº174

JELCO Nº176

JELCO Nº178

JELCO Nº180

JELCO Nº182

JELCO Nº184

JELCO Nº186

JELCO Nº188

JELCO Nº190

JELCO Nº192

JELCO Nº194

JELCO Nº196

JELCO Nº198

JELCO Nº200

JELCO Nº202

JELCO Nº204

JELCO Nº206

JELCO Nº208

JELCO Nº210

JELCO Nº212

JELCO Nº214

JELCO Nº216

JELCO Nº218

JELCO Nº220

JELCO Nº222

JELCO Nº224

JELCO Nº226

JELCO Nº228

JELCO Nº230

JELCO Nº232

JELCO Nº234

JELCO Nº236

JELCO Nº238

JELCO Nº240

JELCO Nº242

JELCO Nº244

JELCO Nº246

JELCO Nº248

JELCO Nº250

JELCO Nº252

JELCO Nº254

JELCO Nº256

JELCO Nº258

JELCO Nº260

JELCO Nº262

JELCO Nº264

JELCO Nº266

JELCO Nº268

JELCO Nº270

JELCO Nº272

JELCO Nº274

JELCO Nº276

JELCO Nº278

JELCO Nº280

JELCO Nº282

JELCO Nº284

JELCO Nº286

JELCO Nº288

JELCO Nº290

JELCO Nº292

JELCO Nº294

JELCO Nº296

JELCO Nº298

JELCO Nº300

JELCO Nº302

JELCO Nº304

JELCO Nº306

JELCO Nº308

JELCO Nº310

JELCO Nº312

JELCO Nº314

JELCO Nº316

JELCO Nº318

JELCO Nº320

JELCO Nº322

JELCO Nº324

JELCO Nº326

JELCO Nº328

JELCO Nº330

JELCO Nº332

JELCO Nº334

JELCO Nº336

JELCO Nº338

JELCO Nº340

JELCO Nº342

JELCO Nº344

JELCO Nº346

JELCO Nº348

JELCO Nº350

JELCO Nº352

JELCO Nº354

JELCO Nº356

JELCO Nº358

JELCO Nº360

JELCO Nº362

JELCO Nº364

JELCO Nº366

JELCO Nº368

JELCO Nº370

JELCO Nº372

JELCO Nº374

JELCO Nº376

JELCO Nº378

JELCO Nº380

JELCO Nº382

JELCO Nº384

JELCO Nº386

JELCO Nº388

JELCO Nº390

JELCO Nº392

JELCO Nº394

JELCO Nº396

JELCO Nº398

JELCO Nº400

JELCO Nº402

JELCO Nº404

JELCO Nº406

JELCO Nº408

JELCO Nº410

JELCO Nº412

JELCO Nº414

JELCO Nº416

JELCO Nº418

JELCO Nº420

JELCO Nº422

JELCO Nº424

JELCO Nº426

JELCO Nº428

JELCO Nº430

JELCO Nº432

JELCO Nº434

JELCO Nº436

JELCO Nº438

JELCO Nº440

JELCO Nº442

JELCO Nº444

JELCO Nº446

JELCO Nº448

JELCO Nº450

JELCO Nº452

JELCO Nº454

JELCO Nº456

JELCO Nº458

JELCO Nº460

JELCO Nº462</

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 16/04/19

PRONTUÁRIO: 1155256

PACIENTE: Marcos André de Menezes

SEXO:

COR:

IDADE:

pressão arterial 110/70 mmHg • RESPIRAÇÃO 18 bpm • TEMPERATURA 36,0 • GRUPO SANGÜÍNEO A Rh+
 ESTADO GERAL (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO) RISCO ALÉRGICO (X) (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)
 EXAMES COMPLEMENTARES -

AP. RESPIRATORIO: adequado

AP. CIRCULATÓRIO: adequado

AP. DIGESTIVO: bom

ESTADO MENTAL: orientado

DROGAS EM USO:

PRE-ANESTÉSICO: Midazolam

DOSE/HORA:

ESTADO FÍSICO: I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura da patela

CIRURGIA REALIZADA: fratura da patela

CIRURGIÃO: Dr. Hilton

AXILIARES: Dr. Nilvan

INÍCIO DA ANESTESIA: 13:50h

TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:00h

DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h 10min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CH:

VALORES AS:

ANESTESISTA: Dyneus + A. Girão

CRM-A:

 Theres Kuntwald
 MÉDICO
 CRM-1179

AGENTES-OPR:

13:50h

14:50h

15:50h

13:50h

14:50h

15:50h

16:50h

17:50h

18:50h

19:50h

20:50h

21:50h

22:50h

23:50h

24:50h

25:50h

26:50h

27:50h

28:50h

29:50h

30:50h

31:50h

32:50h

33:50h

34:50h

35:50h

36:50h

37:50h

38:50h

39:50h

40:50h

41:50h

42:50h

43:50h

44:50h

45:50h

46:50h

47:50h

48:50h

49:50h

50:50h

51:50h

52:50h

53:50h

54:50h

55:50h

56:50h

57:50h

58:50h

59:50h

60:50h

61:50h

62:50h

63:50h

64:50h

65:50h

66:50h

67:50h

68:50h

69:50h

70:50h

71:50h

72:50h

73:50h

74:50h

75:50h

76:50h

77:50h

78:50h

79:50h

80:50h

81:50h

82:50h

83:50h

84:50h

85:50h

86:50h

87:50h

88:50h

89:50h

90:50h

91:50h

92:50h

93:50h

94:50h

95:50h

96:50h

97:50h

98:50h

99:50h

100:50h

101:50h

102:50h

103:50h

104:50h

105:50h

106:50h

107:50h

108:50h

109:50h

110:50h

111:50h

112:50h

113:50h

114:50h

115:50h

116:50h

117:50h

118:50h

119:50h

120:50h

121:50h

122:50h

123:50h

124:50h

125:50h

126:50h

127:50h

128:50h

129:50h

130:50h

131:50h

132:50h

133:50h

134:50h

135:50h

136:50h

137:50h

138:50h

139:50h

140:50h

141:50h

142:50h

143:50h

144:50h

145:50h

146:50h

147:50h

148:50h

149:50h

150:50h

151:50h

152:50h

153:50h

154:50h

155:50h

156:50h

157:50h

158:50h

159:50h

160:50h

161:50h

162:50h

163:50h

164:50h

165:50h

166:50h

167:50h

168:50h

169:50h

170:50h

171:50h

172:50h

173:50h

174:50h

175:50h

176:50h

177:50h

178:50h

179:50h

180:50h

181:50h

182:50h

183:50h

184:50h

185:50h

186:50h

187:50h

188:50h

189:50h

190:50h

191:50h

192:50h

193:50h

194:50h

195:50h

196:50h

197:50h

198:50h

199:50h

200:50h

201:50h

202:50h

203:50h

204:50h

205:50h

206:50h

207:50h

208:50h

209:50h

210:50h

211:50h

212:50h

213:50h

214:50h

215:50h

216:50h

217:50h

218:50h

219:50h

220:50h

221:50h

222:50h

223:50h

224:50h

225:50h

226:50h

227:50h

228:50h

229:50h

230:50h

231:50h

232:50h

233:50h

234:50h

235:50h

236:50h

237:50h

238:50h

239:50h

240:50h

241:50h

242:50h

243:50h

244:50h

245:50h

246:50h

247:50h

248:50h

249:50h

250:50h

251:50h

252:50h

253:50h

254:50h

255:50h

256:50h

257:50h

258:50h

259:50h

260:50h

261:50h

262:50h

263:50h

264:50h

265:50h

266:50h

267:50h

268:50h

269:50h

270:50h

271:50h

272:50h

273:50h

274:50h

275:50h

276:50h

277:50h

278:50h

279:50h

280:50h

281:50h

282:50h

283:50h

284:50h

285:50h

286:50h

287:50h

288:50h

289:50h

290:50h

291:50h

292:50h

293:50h

294:50h

295:50h

296:50h

297:50h

298:50h

299:50h

300:50h

301:50h

302:50h

303:50h

304:50h

305:50h

306:50h

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia em mesa ortopédica
Assistência e assistência
Aplicação de campo cirúrgico

Incisão:

Longitudinal um pouco
profundizada por pinos
curvados c/ luvas estéreis

Achados:

Fe da perna esquerda

Conduta:

- Fixação do joelho inferior da perna c/ fios
- da tibia
- Ruptura da ligamentação
- L.M.C c/ SF 0,9x
- Sutura por pinos
- Curativos por steri-Strips

Fechamento:

Observação:

- Rx da coluna
- Tala no joelho

Jorge Faria
Médico
CRM-915503

João Pessoa, 16/04/19

Médico/CRM:



RELATÓRIO DE CIRURGIA

FEE TSHL

NOME: **MARCOS ANDRE DE MENEZES** BE/PRONTUÁRIO **1155256**
IDADE: **29** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **10/4/2019**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **DR LUIZ JUVENCIO** 1º ASS: **MR2 LAIANA**
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: **1**
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PATELA ESQUERDA EXPOSTA	
FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

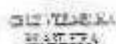
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Laiana Barreto
Médica
CRM/RB - 12.133

DATA: **10/4/2019**



BE: 1155256



NOME DO PACIENTE	Marcos André de Menezes		
IDADE	29	B#59256	PRONTUÁRIO
			INTERVALARIA
			LEITO
CIRURGIÃO	Dr. Cir. Limpeza Cirúrgica + sutura de MIE		
CIRURGIÃO	Dr. Luiz Gibrancio		PAIX
ANESTESIA	Raquel		
ANESTESISTA	Dr. Jéssy V.		
INSTRUMENTADOR			
DATA	30/04/99	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIAL	22:10 às 22:40

45.4 () 45.4.1 () 45.4.2 () 45.4.3 () 45.4.5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMP(A) () CONTAMINADA () DEGRADADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		5000 FISIOLÓGICO 04	TELCO Nº1		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			TELCO Nº2		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA	01		TELCO Nº3		FIO DE AÇO Nº
CETANEA			TELCO Nº4		FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL			KIT SIST. OREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº1	FIO DE NYLON Nº
FENCARBITAL		ALCOOL ETILICO 95%	✓	LÂMINA BISTURI Nº3	FIO DE NYLON Nº 3.0 01
FENTANILA		FVPI DEBILITANTE	✓	LÂMINA BISTURI Nº3	FIO POLIOLACTINA Nº
FULMANTIL		FVPI INTILIA	✓	LÂMINA BISTURI Nº4	FIO POLIOLACTINA Nº
ISOFLURANO		FVPI TOPICO	✓	LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIOLACTINA Nº
LEVOSUPVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENDERTO	FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOSUPVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LAVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13x4.5		LAVA ESTERIL Nº1.6	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S/ VASO	01	AGULHA 25x37		LAVA ESTERIL Nº7.5	FIO POLIURETANO Nº
MIDAZOLAM		AGULHA 25x38	08	LAVA ESTERIL Nº1.9	FIO SEDA Nº
MORFINA 02	01	AGULHA 40x12	02	LAVA ESTERIL Nº1.9	FITA CARDÍACA
NOBILIN		AGULHA PERIDURAL Nº16		NAÍSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCLORON		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVAS	CATETER DE FIO
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	CONTENIDOR CRÍTICO
PROPÓFOL		AGULHA RAQUÍDIA Nº19		SCALP Nº19	CLIP ENTÃO LIGADURA
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍDIA Nº20	01	SCALP Nº21	FIO DE KIRSCHNER Nº
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍDIA Nº20		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLURANO		ALCOOL ORTOPÉDICO		SERINGA 3ML	FIO STERNMAN Nº
SUX AMBÔNIO		ATADURA DE CREPON 15C-05		SERINGA 3ML	FIO STERNMAN Nº
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 3ML	GRANULADOR CILÍNDRICO
MEDICAÇÕES	QTD.	SONDA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº6	HEMOST. ABSORVIVEL
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	KIT DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº11	PROTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLO. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT. PASE
BEXTRA		CATETER ENDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FUOADOR EXTERNO
CEFAZOLINA		CATETER ENDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	EMPRESA
DEXAMETASONA	01	CATETER ENDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIPYRONA SÓDICA	02	CERA PARA OSO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS
EPIEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	2	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 30%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		FORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE FIBROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS METÁLICOS
HEIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS METÁLICOS
LIDOCAÍNA GEL 1%		ELETRODOS	2	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
MIDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
PUTAMINA		ESPONJA DE PUPI	7	FIOS	QTD.
ENDOXCAN		ESPALADRAPO	✓	FIO ALGODÃO 5x1 Nº	ASPIRADOR
ElaphoTina	2	GATES	✓	FIO ALGODÃO 5x1 Nº	RESTRITO ELÉTRICO
		GATES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO 5x1 Nº	CAPNÓGRAFO
		GEL ELÉTROLÍTICO		FIO ALGODÃO 5x1 Nº	CARDIOMONITOR
		TELCO Nº14		FIO ALGODÃO 5x1 Nº	DESFIBRILADOR
		TELCO Nº16			FOCO ALTIMAR
					FOCO CENTRAL
					INOCROSCOPIO
					MONITOR DE PULSO
					P.A. INVASIVASÃO INVASIVA
					PERFURADOR ELÉTRICO
					SERA
					TERMOESTATE

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/07/2019

PRONTUÁRIO 153286

PACIENTE: Molas de Menezes

SEXO:

CON:

IDADE:

410 x 70

PULSO 70

TEMPERATURA 36,5

TEMPERATURA PELO

GRUPO SANGÜÍNEO

ECG: REGULAR

REGULAR

MAIO

PESSIMO

RISCO CIRÚRGICO

REGULAR

MAIO

PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO MV 5/12

AP. CIRCULATORIO

MV 5/12 (RCR) 2 T 5/12

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

20/20

DRUGAS EM USO

PRE-ANESTESICO

ESTADO FÍSICO

TOSE: NENHUMA

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

Acidente automobilístico.

CIRURGIA REALIZADA

Procedimento cirúrgico + outros 20 pontos

PREPARAÇÃO

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA

TERMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

DIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH

VALORES HS

ANESTESISTA

Dr. Roberto R3

CRM-FB

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ANESTESIA GERAL

INDICADA

ERIDUAL

BUOL PLEO

BUOL VERVO

OUTRO

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA					
Posição e Preparo:					
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA					
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA					
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS					
ANTIBIÓTICOPROFILAXIA					
Incisão:					
Achados:					
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA					
Conduta:					
LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO COM SF 0,9%					
DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS					
Fechamento:					
SUTURA POR PLANOS					
CURATIVOS ESTÉREIS					
TALA JOELHEIRA EM MIE					
Observação:					

Médico/CRM:


Caiana Barreto
Médica
CRM/SP - 12265

João Pessoa,

10/4/2019

1115 98497



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) MARCOS ANDRÉ DE MENEZES portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 S82.0, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período
de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 10/04/2019

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia, Traumatologia
CRM-PB 80020/PM-PE 22641
TEOT 1384

Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(a) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1

OBS: O DISSABO FOI LANCADO
A PARTIR DO DIA 11/04/19,
POR CAUSA DE UM DISSABO
QUE VAI ATÉ O DIA 10/04/19.
PROVAVEL RETORNO 08/07/2019

LANCADO - 22/04/2019

Martins Com. e Serviços de Distribuição S/A

Vanessa Sousa
Mat: 24972 - 1^o Seg. do Trabalho

08/07/2019





ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) MARCOS ANDRE DE MENEZES portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 S82.0, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período
de 30 (NOVENTA) dias, a partir desta data.

João Vitor
Dr. Carlos Alberto M. Vitor
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 22644
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

10/04/2019

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(ª) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.002

- ☐ Dr. Antônio Almeida de Lacerda
- ☐ Dr. Arão Santos de Alencar
- ☐ Dr. Felipe Tavares Sena
- ☐ Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
- ☐ Dr. Milton da Silva Linhares
- ☐ Dr. Remo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rodrigo Castro do Amaral
- ☐ Dr. Rômulo Soares de Castro
- ☐ Dr.ª Rossana Cavalcante Almeida
- ☐ Dr. Tálvio Augusto de M. Tormes
- ☐ Dr. Tibiriçá de Medeiros Barbosa
- ☐ Dr. Vlademir Antônio Cousseau



ORTOTRAUMA
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

Planoes ordo

R. ...

- OSCA1-500 - D3 - 2ax

Prax 1 cp v. 0

12/12L - 60 h

22/04/19

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 TEOT 6115
Ortopedia/Traumatologia

- Ortopedia
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril
- Cirurgia do Cotovelo
- Cirurgia do Ombro
- Cirurgia do Pé e Tornozelo

Av. Eptácio Pessoa, 2491
Pedro Gondim - João Pessoa / PB
Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002
3244.1452

Raio X •
Artroscopia •
Clínica de Fraturas •

29/04/19

Pet pat 3

curator

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4346 TEOT 6115
Ortopedia Traumatologia

- ☐ Dr. Antônio Almeida de Lacerda
- ☐ Dr. Arão Santos de Alencar
- ☐ Dr. Felipe Tavares Sena
- ☐ Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
- ☐ Dr. Milton da Silva Linhares
- ☐ Dr. Remo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rodrigo Castro do Amaral
- ☐ Dr. Rômulo Soares de Castro
- ☐ Dr.ª Rossana Cavalcante Almeida
- ☐ Dr. Túlio Augusto de M. Tormes
- ☐ Dr. Tibiriçá de Medeiros Barbosa
- ☐ Dr. Vlademir Antônio Cousseau



ORTOTRAUMA
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

1/ mãos e dedos



- MAX gatilho - 400g

Primeira CPV no

12/02/2010 - 10h

29/04/19

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 TEOT 6815
Ortopedia Traumatologia

- Ortopedia
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril
- Cirurgia do Cotovelo
- Cirurgia do Ombro
- Cirurgia do Pé e Tornozelo

Av. Epitácio Pessoa, 2491
Pedro Gondim - João Pessoa / PB
Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002
3244.1452

Raio X •
Artroscopia •
Clínica de Fraturas •

⇒ 13/05/19

EX

Artur da Silva Lino
n.º 4714 TEO 615
Intervista Traumatologia

INSTITUTO DE MEDICINA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE LISBOA



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário de Controle Especial

Unidade de Saúde

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

Paciente

MARCOS ANDRE DE MENEZES

Nº Cartão de SUS

6E

1155256

Endereço do Paciente

Rua MONACO, 1000, JOAO PESSOA-PB-58083604

USO ORAL

CEFALEXINA 500 MG ----- 28 CP

TOMAR DE 6/6 HORAS POR 7 DIAS

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6902 CRM PE 22641
TEOT 13941

18/04/2019

Data

Dr. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
6902/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Identidade: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico _____

Data _____



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário de Controle Especial

Unidade de Saúde

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

Paciente

MARCOS ANDRE DE MENEZES

Nº Cartão do SUS

RE

1155256

Endereço do Paciente

Rua MONACO, 1000, JOAO PESSOA-PB-58083604

FÓXIS 200 MG 10 CP

TOMAR DE 12/12 HORAS POR 5 DIAS

PACO COMPR 24 CP

TOMAR DE 8/8 HORAS

18/04/2019

Data

Dr. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia/Traumatologia
CRM PB 6302 CRM PE 22641
6902/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Identidade: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico _____

Data _____

- ☐ Dr. Antônio Almeida de Lacerda
- ☐ Dr. Arão Santos de Alencar
- ☐ Dr. Felipe Tavares Sena
- ☐ Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
- ☐ Dr. Milton da Silva Linhares
- ☐ Dr. Remo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rodrigo Castro do Amaral
- ☐ Dr. Rômulo Soares de Castro
- ☐ Dr.ª Rossana Cavalcante Almeida
- ☐ Dr. Túlio Augusto de M. Tormes
- ☐ Dr. Tibiriçá de Medeiros Barbosa
- ☐ Dr. Vlademir Antônio Cousseau



ORTOTRAUMA
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

*Y / M Acres por DR.º
Linhares
R. em perf
- Diapason - Olex
Aplicar o/af/af
In(08, 200)
27/05/19*

*Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714-TECII 6115
Ortopedia Traumatologia*

- Ortopedia
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril
- Cirurgia do Cotovelo
- Cirurgia do Ombro
- Cirurgia do Pé e Tornozelo

Av. Epitácio Pessoa, 2491
Pedro Gondim - João Pessoa / PB
Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002
3244.1452

Raio X •
Artroscopia •
Clínica de Fraturas •

01/07/19
RX. + Fiquit.

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 47114 TEOT 6115
Clínica Traumatologia

- ☐ Dr. Antônio Almeida de Lacerda
- ☐ Dr. Arão Santos de Alencar
- ☐ Dr. Felipe Tavares Senu
- ☐ Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
- ☐ Dr. Milton da Silva Linhares
- ☐ Dr. Remo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rodrigo Castro do Amaral
- ☐ Dr. Rômulo Soares de Castro
- ☐ Dr.ª Rossana Cavalcante Almeida
- ☐ Dr. Túlio Augusto de M. Tormes
- ☐ Dr. Tibiriçá de Medeiros Barbosa
- ☐ Dr. Vlademir Antônio Cousseau



ORTOTRAUMA
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

R/ Marcos André

Ruf

- DAF/010115007 - 2011

Para (ep) V. 2

2/2/2011 - 1º ano

- Ortopedia
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril
- Cirurgia do Cotovelo
- Cirurgia do Ombro
- Cirurgia do Pé e Tornozelo

Av. Epitácio Pessoa, 2491
Pedro Gondim - João Pessoa / PB
Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002
3244.1452

Raio X •
Artroscopia •
Clínica de Fraturas •

- ALGUNA C. RETARD

03

Prm / ep v. 10
9 20/20

100 00/00
2 10/10

13/05/79

Dr. Milton da Silva
CRM 4714 TEO
Ginecologia Trauma

27/05/79
EX + Fim

Dr. Milton da Silva
CRM 4714 TEO
Ginecologia Trauma



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

DECLARAÇÃO DE INTERNO

Declaramos para os devidos fins que o(a) paciente
Marcos André de Menezes, portador do
RG nº: 3201855, esteve interno(a) neste Hospital para tratamento
médico desde do dia 10/4/2009 recebendo alta em: 1/1/.

João Pessoa, 11 de 04 de 2009.


Rosa Maria A. Gonzaga
Assistente Social - CRESS 597
Assistente Social

11/04/2009
Mylene A.

Documento de Alta

Nome MARCOS ANDRE DE MENEZES			Número Prontuário: 115104
Data de 21/10/1989	Sexo: Masculino	Data de Internação: 10/04/2019 22:55:18	Data de Alta: 18/04/2019 08:47:07
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO POLO DISTAL DA PATELA ESQUERDA REALIZADO SUTURA COM ETHIBOND TENDÃO-OSSO			
Resumo da Internação: resumoInternacao=DENTRO DO PROTOCOLO PRECONIZADO HOSPITALAR			
Resultado de Exames: resultadoExames=FRATURA DO POLO DISTAL DA PATELA ESQUERDA			
Tratamento: tratamento=PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO POLO DISTAL DA PATELA ESQUERDA REALIZADO SUTURA COM ETHIBOND TENDÃO-OSSO POR DR. MILTON LINHARES NO HOSPITAL DE TRAUMA EM 16/04/2019			
Diagnóstico: S82.0 - Fratura da rótula [patela]			
Recomendações: recomendacoes=PRESCREVO PARA CASA CEFALEXINA, FÔXIS, PACO E ORIENTO CURATIVO ESTÉRIL PSF MARCAR RETORNO PARA DR. MILTON LINHARES HTOP 3214-2911 OBS: MANTER A TALA COM O JOELHO EM EXTENSÃO ATÉ A LIBERAÇÃO POR DR. MILTON LINHARES			

Data: 18/04/2019

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6902 CRM PE 22641
TEC. CARLOS ALBERTO MARQUES
VIEIRA
CRM: 6902 - PB

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA
CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

DADOS GERAIS

Marcação da agenda 18/04/2019 10:53:43	Convênio SUS
Nome do paciente MARCOS ANDRE DE MENEZES	Data de Nascimento 21/10/1989

Dados do agendamento

Data e Hora 03/05/2019 10:00:00 12:00	Serviço CONSULTA DE RETORNO	Seção CONSULTÓRIOS - HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Especialidade ORTOPEDIA	Profissional OSMINDO JOSE VIEIRA LOPES
Procedimento	Exame	
Observações		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1665422175

NOME
MARCOS ANDRE DE MENEZES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3201855 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
090.988.004-24 21/10/1989

FILIAÇÃO
JOSE MARCOS DE MENEZES
ISMERALDA ANDRE DOS
SANTOS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB

AB

Nº REGISTRO
04483262003

VALIDADE
16/10/2023

1ª HABILITAÇÃO
22/10/2008

OBSERVAÇÕES

Marcos Andre de Menezes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
18/10/2018

Araceli

ASSINATURA DO EMISSOR

15625908085
PB037723170

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1665422175

CONTRAN

35734

ONPJ 09.348.800001-04

35734-1105545-20181227

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190650991 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANDRE DE MENEZES **Data do acidente:** 10/04/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO.
FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PATELA:FIOS DE KIRSCHNER) E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES. ALTA MÉDICA.
(P6,9,10,13,32)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NACIONALIDADE:

PROFISSÃO:

ORGÃO EMISSOR:

Nº CPF:

S/N

AP

OUTORGADO:

NACIONALIDADE:

PROFISSÃO:

ORGÃO EMISSOR:

Nº CPF:

EDILSON

PAIVA

DE

ARAÚJO

-652-

SARD.

CID.

UNIVERSITARIA

DATA DE EMISSÃO:

ENDEREÇO:

RUA

COMERCIAL

DE

NOVA

AMERICA

DE

PARANÁ

CELEIDA

COELHO

DE

ASSINATURA

Assinatura

OBS:

Reconhecimento

a firma

da assinatura,

por autenticidade,

autêntica ou verdadeira.

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

5000

PESSOA

19

de

NOVEMBRO

de

20

19

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

5000

PESSOA

19

de

NOVEMBRO

de

20

19

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410344/19

Vítima: MARCOS ANDRE DE MENEZES

CPF: 090.988.004-24

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANDRE DE MENEZES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA : 091.015.204-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCOS ANDRE DE MENEZES : 090.988.004-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/11/2019
Nome: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA
CPF: 091.015.204-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA