

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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.

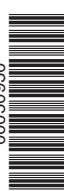
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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](http://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: 090.988.009-29 4 - Nome completo da vítima: MARCOS ANDRE DE MEDEIROS

## 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 ANDRE DE MEDEIROS		6 - CPF:	090.988.009-29
7 - Profissão:	8 - Endereço:	BRAZ MONACO	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	SANTA RITA	13 - Estado:	PB
15 - E-mail:	14 - CEP:			58300-000
	16 - Tel. (DDD):			83 991626943

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0729 CONTA: 00029872 5 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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 víma ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha

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 N° 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:**

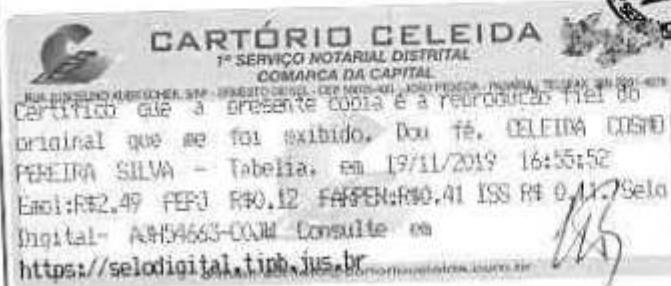
QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO X MOTO) QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA FAN 125, COR PRETA, ANO 2010 E MODELO 2010, DE PLACA NPX-9078/PB, CHASSI 9C2JC4110AR683418, DE PROPRIEDADE DO SENHOR CÁSSIO ALISSON DO N. SOUZA; QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA SOFREU LESÕES, SENDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO, PELO SAMU(PROTÓCOLO 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 COMPARÉCER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABELO. 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, expeço 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:	4 - Nome completo da vítima:
	090.988.009.29	MARCOS ANDRE DE MEDEIROS

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
MARCOS ANDRE DE MEDEIROS			090.988.009.29
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
BIA MONACO			AP 103
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
MUM BABA	SANTA RITA	PB	58300-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): 83991626943		

## 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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0729 CONTA: 00029872 5 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	---	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (várias)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
--	--	--	--	--	---

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 víma ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data: _____ Assinatura da testemunha
		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Scanned with CamScanner



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



## 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/54 Registro: 10.17

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

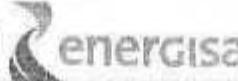
AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000024872-5

---

Nr. da Autenticação 92E5388A5B959B57

MARLOS ANDRÉ DE MENEZES  
RUA 11, ONACC, S/N / AP 101 - MUNICIPIO  
SAÚPA D'ITABAÍ / PB CEP 59300-000 / AG 11



Luxo! MONOPOLICO!  
OASIS RESIDENCIAL BAHIA KENDA  
Ribeirão 3.9.034-1406 Reference Out / 30  
Weekday 059-23931-13 Embroided 059-23931-13

<http://www.energiasolar.com.br> - 0800-226-4000

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF/ CNPJ/ RAN**  
Out / 2019 08/10/2019 06/11/2019 090.998.004-24

#### **UC (Unidade Consumidora):**

5/1780032-7

**Canal de contato**

Tur "Socie de Energia Elétrica - TSEB" foi criada pela LPE - 10.10.98, de 26 de setembro de 2002.  
Clique em Energia On! - O aplicativo para smartphones e tablets oferece maior comodidade e facilidade para você. Baixe  
apenas o aplicativo na sua loja, confira as novas tarifas e desfrute das  
novas funcionalidades que foram adicionadas ao aplicativo.

	<b>Anterior</b>	<b>Atual</b>	<b>Constante</b>	<b>Consumo</b>	<b>Dias</b>
	Data 09/10/13	Leratura 241	Data 09/10/13	Leratura 299	
<b>Demonstrativo</b>					
	Consumo Anterior	Quantidade Total	Valor Total Faturado	Preço Unidade Faturada	Consumo
			Total (R\$) Custo(R\$)	(R\$)	
0811	Consumo Anterior	30.000	0.209900	7.00	7.00
0811	Consumo 31-10-2013-BR	73.000	0.458000	7.00	7.00
0811	Consumo-101.9.223WH-BR	52.000	0.354110	7.00	7.00
0811	Ajuste B Vendas	-	4.34	4.34	17
0811	Ajuste B Amts 918	-	0.51	0.51	21
0810	Subsídio	-	42.72	42.72	37
<b>LANÇAMENTOS E DESPESAS</b>					
1817	CONTROLE DIRV LUMTELECOM	-	10.00	0.00	0
1824	AJUDE DE MORA 09/2013	-	0.01	0.00	0
1825	BALTA 09/2013	-	1.41	0.00	0
1826	PARCELAMENTO DE DÉBITO 09/13	-	31.26	0.00	0
1821	REST. BANCO AMAR. RESIDENCIAL 09/2013	-	0.12	0.00	0
1828	Desconto S. Sócio	-	22.15	0.00	0

**IC** - Índice de Classificação do Risco - TDTAL - 100,00 - 100,00 - 100,00 - 100,00 - 100,00 - 100,00 - 100,00

**VENCIMENTO**  
**15/10/2019**

Histórico de Consumo (kWh)											
143	170	184	180	183	174	172	153	182	12	111	120
Outubro	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Marte	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Agosto	Sep/19
1000	1050	1100	1150	1200	1250	1300	1350	1400	1450	1500	1550

WESTWARD ADVENTURE

3773 pe39 638e abd4 24d7 326a a841 756c

**Indicadores de Qualidade** - 2009-10-09

TOTAL A PAGAR

15/10/2019

R\$ 196,56

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Límites da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
CONEJAL	5,15	0,75	MÍNIMA	221	100,00	100,00
CTRI-GETRAL	0,20			Consumo Residencial	77,02	34,24
CAN. M.	30,7			Consumo Industrial	3,72	1,67
SENIAL	3,86	0,00	CONTRATADA	Consumo de Iluminação	3,72	1,67
CTRI-LETRA	6,72			Consumo de Ar Condicionado	2,76	1,23
CARVAL	2,45	0,00	LIMITE INFERIOR	Consumo Deletor e Serviços	63,81	27,78
AC	2,16		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	87,95	40,72
CR	2,21			Totais	196,66	100,00
CS	2,21					

## ATENÇÃO

Solo "Sopas de fideos" tienen un desconto de 10%

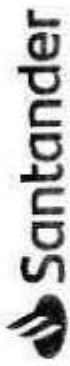
#### **Fatores em estresse**

[View more from this author](#) | [View more from this issue](#)

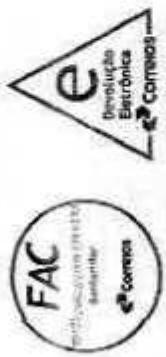
PARA USO DOS CORREIOS	
<input type="checkbox"/> 01 - ANDOU DE BEBE <input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INCORRETO <input type="checkbox"/> 03 - ENDEREÇO INEXISTENTE <input type="checkbox"/> 04 - ENVIADO PARA OUTRA PESSOA <input type="checkbox"/> 05 - FALSO <input type="checkbox"/> 06 - DISCONTINUIDADE <input type="checkbox"/> 07 - RECLAMADO	<input type="checkbox"/> 08 - AUTENTICO <input type="checkbox"/> 09 - NAO PERTENCE
10 - ENVIADO PARA OUTRA PESSOA 11 - ENDERECO DESCONHECIDO NA LOCALIDADE 12 - FALETA COMENDADA NO CODIGO POSTAL 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA	
Reembogo ao Serviço Postal em: Rubrica Responsável: Matrícula	

**DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO**

Avenida Tucumã, 421 - Tamboré  
06460-020 - Barueri - SP - Brasil

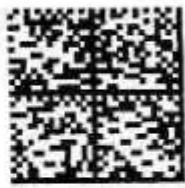


Por que esperar a sua fatura chegar em casa? Baixe, agora, o app Way para acompanhar suas compras em tempo real e endereçar o recebimento da fatura por email.



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

Data Postagem:  
25/07/2019  
Data Vencimento:  
05/08/2019



AD: 20406078

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Matheus Valter 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 N° 090.988.004-24,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcos André de Menezes  
inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Lider-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> CEP: <u>58052-750</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(83)99816-8965</u>

Local e Data: João Pessoa-PB 21/11/19

Matheus Valter

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 CIRÚRGICO DE FRATURA DE PATELA ESQ.

ALTA HOSPITALAR: 18/04/19

DATA DA EMISSÃO: 19/06/19

*Elivaldo Sales de Toledo  
Cirurgião de Trauma  
CRM: 1873/PB*

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, OBS. - O profissional que assina esse laudo não participou do atendimento médico.



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: 1155256

**Identificação do paciente**

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

**Endereço**

CEP 58083604	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB	Lagradouro <b>MONACO</b>
Número 1000	Complemento		Bairro <b>INDUSTRIAS</b>

**Admissão**

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

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Voo de ambulância Não	Trauma Não
Vídeo de transporte <b>AMU</b>	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA <b>X mmHg</b>	P脉	Temperatura
---------------------	----	-------------

**Exames complementares**

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

Dados clínicos

paciente consciente, teto de ossos e  
níveis de condensado ósseo. Foi esquadrado  
de seguimento.

Diagnóstico

Atendido por  
**ANNE WALESKA PEREIRA LIMA**

CID

Tempo  
01min 28seg[Imprimir](#)



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 <i>10/10/19</i>	ID da Ocorrência <i>0030869</i>	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº Equipe <i>07</i>	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base <i>18:07hs</i>	Hora de Chegada no Local <i>18:15 hs</i>
-------------------------	------------------------------------	---	------------------------	---	---	---

Paciente / Usuário <i>Mario Alves de Melo</i>	Idade <i>29</i>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
--	--------------------	---	-----------

Local da Ocorrência:  João Pessoa  Santa Rita  Bayeux  Cabedelo  Conde  Outro:

Logradouro  
*Mor Senati Sombra, Desnudo voluntaria* Bairro \_\_\_\_\_ Município Regulador \_\_\_\_\_

Quantidade de vítima(s) no local:  Uma  Duas  Três  Mais de Três

Apoio no Local:  USB  USA  Resgate / Bombeiros  PM  Resgate PRF  BPTRAN  Outro:

QTA:  Socorrido por Terceiros  Socorrido pelos Bombeiros  Evadiu-se do Local  Trote  Outro:

DESTINO DO PACIENTE:  Atendido no Local e Liberado  Encaminhado a Unidade Hospitalar  Óbito no Local  Óbito Durante o atendimento

*HGETSHh.*

Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO  PSIQUIÁTRICO  GINECO-OBSTÉTRICO

TRANSFERÊNCIA

Motivo:

*Colisão carro x moto.*

Hospital de Origem: \_\_\_\_\_

CAUSAS EXTERNAS

Acidente de Trânsito

- Colisão carro x moto
- Queda de moto
- Atrito com móveis
- Colisão carro x carro
- Capotamento
- Outro: \_\_\_\_\_

F.A.F.

F.A.B.

Agressão Física

Afogamento

Queda - Altura aproximada: \_\_\_\_\_

Soterramento / Desabamento

Choque Elétrico

Outro: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Hospital de Destino: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES

- AIDS
- Doença Mental
- Alcoolismo
- AVC
- Doença Renal
- Convulsões
- Drogas
- Diabetes
- Hipertensão Arterial
- Doença Cardíaca
- Interventimentos Anteriores
- Doença Infecto-contagiosa
- Problemas Respiratórios
- Medicamentos de uso Contínuo

Quais? \_\_\_\_\_

1. DADOS VITAIS

P.A. *100*

FC: *80*

FR: *18*

HGT: *—*

SpO2 - S/O2: *96*

*96*

SpO2 - C/O2: \_\_\_\_\_

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: *Risco de desnutrição imediata*

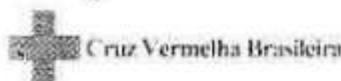
Intervenções: *SSIV + reconstituição + hidratação + oxigênio*

Evolução do Enfermeiro:

*Paciente menor de 50 anos de idade, sexo masculino, com queixa de dor abdominal central intensa, constipação, náuseas e vômitos. A dor é de intensidade moderada a intensa, com duração de 24 horas. A dor é de intensidade moderada a intensa, com duração de 24 horas. A dor é de intensidade moderada a intensa, com duração de 24 horas.*

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

*Recomendação: Consultar o anel de dor e fazer exames de sangue. Exames: urina e sangue. Tomar um banho frio.*



## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

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

## Anamnese

# TOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR NO QUADRIL DIREITO E JOELHO  
RADIOGRAFIA EVIDENCIADA 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 Juvencio  
Medeiros de Arruda Camara  
CRM: 8637-PB  
10/04/2019

MARCOS ANDRE DE MENEZES

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

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>MARCOS ANDRE DE MENEZES</b>	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	CNS
Mãe <b>ISMERALDA ANDRE DOS SANTOS</b>			Telefone de Contato (83) 988595203
Endereço <b>MÔNACO, 1000</b>	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIOGO ARAUJO SIMOES	Nº Cras. 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 NAUSEAE E VOMITOS, NEGA CEFALÉIA. 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 DOLOROSO À PALPAÇÃO, COM PRESENÇA DE FERIMENTO ABRASIVO, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, SEM CREPITAÇÕES.
- C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO. ABDOME GLOBOSE, FLÁCIDO, DOLOROSO À 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

1295 A/23/09/2019  
133 664-56  
133 664-56  
133 664-56



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. 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 <b>MARCOS ANDRE DE MENEZES</b>		Boletim de Atendimento <b>1155256</b>	Data/Hora Entrada <b>10/04/2019 18:43:12</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>21/10/1989</b>	Idade <b>29</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Prontário <b>115104</b>
Tempo de Internação <b>13h 48min</b>		Convênio: <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>10/04/2019 18:43:12</b>	Data Internação <b>10/04/2019 22:55:18</b>	Permanência na Unidade: <b>18h</b>		Permanência no Leito: <b>13h 44min</b>

**Evolução médica (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  
Medica  
CRM/PB 12265



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

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

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

### Evolução Médica (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  
CRM/PB - 12265

**Conduta**  
**Em observação**

MARCOS ANDRE DE MENEZES

DIOGO ARAUJO SIMOES  
(CRM: 8276/PB)

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HEETSHL</b>		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HEETSHL</b>		4 - CNES		
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <b>Marcos Andre da Menezes</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1155256</b>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>24/10/1989</b>		9 - SEXO <b>Masculino</b>
10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - N° DO TELEFONE
13 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. CEP		
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
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 SECUNDÁRICO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE      30 - DIÁRIA DE UTI TIPO I      31 - DIÁRIA DE UTI TIPO II      32 - DIÁRIA DE UTI TIPO III		
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>				
<b>O270 ou Kinderhämmer N2.0 (gema)</b>				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARAVELA DO PROFISSIONAL
				<b>CRM 4714 TEOTONIO VILLELA CONSELHO Hepatologia Traumatologia</b>
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ORGÃO EMISSOR DA AUTORIZAÇÃO		
46 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		48 - ASSINATURA E CARAVELA ATÉ DO REGISTRO DO CONSELHO

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

17

Nome: Marcos André da Menezes BE Pronunciado: 1155286  
Idade: 29a Sexo: Masculino / Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 16/04/19  
Clínica/Setor: Otorrinolaringologia E/M/P: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Fratura Patela Esquerda  
Cirurgião: Dr. Milton 1º Assistente: Dr. Orlando  
2º Assistente: Dr. Jair Muniz 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesiista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Procedimientos Cirúrgicos	Código
Tratamiento cirúrgico de fractura de pieza E	

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

Jorge Pinto  
1483100  
CRM-RN/3696

Médico/CRM:

João Pessoa. 16/04/19



## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 16/04/19

PRONTUÁRIO

1155256

PACIENTE: Marcos Andrade de Menezes

SEXO: COR:

IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 115/80 · RESPIRAÇÃO: 18 bpm · ESTADO GERAL: BOM · RITMO REGULAR · MALT: PESSIMO · EXAMES COMPLEMENTARES: -

TEMPERATURA: 36°C · PESO:

GRUPO SANGUÍNEO:

ESTADO MENTAL: CONSCIENTE · RISCO CIRÚRGICO: BOM · RITMO: REGULAR · MALT: PESSIMO

AP RESPIRATÓRIO: LUFOSCO · AP CIRCULATÓRIO: NORMAL

AP DIGESTIVO: TÉNUE · ESTADO MENTAL: CONSCIENTE · DROGAS EM USO:

PRE-ANESTÉSICO: - · ESTADO FÍSICO: I

DOSE HORA: MIDAZOLAM

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Fratura da patela

CIRURGIA REALIZADA: tratamento da fratura da patela

CIRURGÃO: Dr Hilton · AUXILIARES: Dr Nilson

INÍCIO DA ANESTESIA: 13:50h · TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:00h · DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h 10 min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 10101 · VALORES: 100

ANESTESISTA: Dr Nerys + Dr Gibranaro · CRONO:

ANESTHESIOLOGO: Dr Nerys + Dr Gibranaro · MEDICO: Dr Hilton

INICIO: 13:50h · 14:50h · 15:50h · DATA: 2019

SF 500ml

100% O2

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

DR. M. A. S.

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em DOR sob anestesia em nove anteflexão  
descolada e extensora  
fixação da crista cornificada

### Incisão:

Longitudinal um jardim  
profundão por planos  
curvado c/ burinastreto

### Achados:

Fr. da pecten esquerda

### Conduta:

- Excisão do pecten inferior da pecten c/ fios de silk
- Remoção da hiperosteose
- L.M.C. c/ SI 09%
- Sutura por planos
- Curativos c/ gaze

### Fechamento:

### Observação:

- Fr. da contusão
- Talo no jardim

JORGES FONSECA  
CRM-PB 35594

João Pessoa, 16/04/17

Médico/CRM:

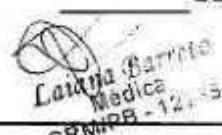
NOME:	<b>MARCOS ANDRE DE MENEZES</b>			BE/PRONTUÁRIO	<b>1155256</b>
IDADE:	29	SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	COR:	DATA: <b>10/4/2019</b>
CLÍNICA /SETOR:	<b>ORTOPEDIA</b>			EMP:	LR:
CIRURGIA:	<b>LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO</b>				
CIRURGIÃO: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

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA DE PATELA ESQUERDA EXPOSTA</b>	
<b>FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:     SIM     NÃO  
 DESCRIÇÃO:  
 BIOPSIA DE CONGELAÇÃO:     SIM     NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:  
 ENFERMARIA     TERAPIA INTENSIVA  
 RESIDÊNCIA     ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:   
 CRM/RB-12-3    DATA: **10/4/2019**





NOME DO PACIENTE

IDADE 29 BE: 1155256 FEMININO

ENTREGA:

RETORNO:

CRUZADA TTO. Cir. Limpeza Cirúrgica + sutura de MIE

CRUZADO Dr. Luiz G. Guimaraes

DATA:

ANESTESIA Raquel

ANESTESISTA Dr. Henrique V.

INSTRUMENTADOR

DATA 30/6/19 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO 22:10 ñts FOGO INÍCIO 22:40

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

ASA I ( ) ASA II ( ) ASA III ( ) ASA IV ( ) ASA V ( )

CIRURGIA DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPIDA ( ) CONTAMINADA ( ) DEFICIENTE ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONTE	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		SORO FISIOLÓGICO 04	TELCO N°14		FIO CAT GUT CRISTAL N°	
BUPIVACAÍNA 1500 ARICA			TELCO N°26		FIO CAT GUT CRISTAL N°	
BUPIVACAÍNA PESADA	01		TELCO N°22		FIO DE NYLON N°	
DETANONA			TELCO N°24		FIO DE NYLON N°	
DROPERIDOL			KIT SIST. OPEN TORACOSCOPICO		FIO DE NYLON N°	
ETOHIDRATO		SOLUÇÕES	OTD. LÂMINA DE SUTURA N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ESTÉRIL 50%	✓ LÂMINA DE SUTURA N°5		FIO DE NYLON N° 3,0	01
FENTANILA		EVAPORADORES	✓ LÂMINA DE SUTURA N°5		FIO POLIGLACTINA N°	
FUMATEL		EVAP. INTURA	✓ LÂMINA DE SUTURA N°6		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		EVAP. TOPOCO	✓ LÂMINA DE DERMAFÔMOS		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% VASO		SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENDERTE		FIO POLIDRÓXILEN N°	
LEVOBUPIVACAÍNA 5% VASO		MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	✓	FIO POLIDRÓXILEN N°	
LDODACINA 0,7% VASO		AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIDRÓXILEN N°	
LDODACINA 5% VASO	01	AGULHA 23x7	LUVA ESTÉRIL N°7,5		FIO POLIGLUCARONE N°	
MIDAZOLAM		AGULHA 18x8	06 LUVA ESTÉRIL N°8,0		FIO SEDA N°	
MORFINA 0,2	01	AGULHA 40X12	02 LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIACA	
NIMETIL		AGULHA PERIODURAL N°16	MASCARA CIRÚRGICA	1	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCERONDO		AGULHA PERIODURAL N°17	MILITIVAS		CATETER DE FIO	
PE TUNA		AGULHA PERIODURAL N°18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		AGULHA BAQUÍTICA N°18	SCALP N°16		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA BAQUÍTICA N°19	01 SCALP N°16		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCUROÔNIO		AGULHA BAQUÍTICA N°20	SRINGA 2ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SRINGA 5ML		FIO S. STEPHAN N°	
SUXAMÔTÔNIO		ATADURA DE CREPOM	15C 05 SRINGA 10ML		FIO S. STEPHAN N°	
TROPENTAL		ATADURA GESSADA	SRINGA 10ML		GRANDEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	SONDA AER. COLOSTOMIA	SONDA AER. TRAQUEAL N°8		HIMOST. ABSORVENTE	
KORENOLINA		CÂNDULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°7	SONDA AER. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
AQUA DESTILADA		CAUTER. DE OXIGÊNIO	SONDA AER. TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR	
ATROMONA		CATETER EMBOLICO ARTERIAL N°	SONDA AER. TRAQUEAL N°14		KIT. FAM.	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA AER. TRAQUEAL N°16		POUDOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	01	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 15X16 N°12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	01	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 15X18 N°14			
DIMETONA SÓDICA	02	CERA PARA OSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS COSTAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS COSTAIS	
FIROSEPTICA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	✓ SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS EXPANDIDO	
GLICOSE 10%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			PARAFUSOS EXPANDIDO	
GLUCONATO DE CALCI		DRENO DE FENESTRA	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MATERIAIS	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MATERIAIS	
LDODACINA GELADA		ELETRODOS	✓ TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLAQUA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACKENZIES	TUBO SILICONE BATERI		PLAQUA	
PLASL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVC	■ FIOS	QTD.	VASPRADOR	
TEIXOCAN		ESPARADRAGO	✓ FIO ALGODÃO SAN N°		RETUR. ELÉTRICO	
lefaltevina 12		GATES	✓ FIO ALGODÃO SAN N°		CARDIOMONITOR	
		GATES ALGODoadas	✓ FIO ALGODÃO SAN N°		DEFIBRILADORES	
		HELÉCTROLÍTICO	✓ FIO ALGODÃO SAN N°		FOGO ALUMINÍA	
		TELCO N°14			FOGO CENTRAL	
		TELCO N°16			MEIOSCOPIO	
					MONITOR DE ELETRO	
					P.A. INVASIVAS/INVASIVAS	
					REFLATOR ELÉTRICO	
					SEREA	
					TCR/CLAVE	
					osulter + Saub	



Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>	
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>	
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>	
<b>ANTIBIÓTICOPROFILAXIA</b>	
Incisão:	
Achados:	
<b>FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA</b>	
Conduta:	
<b>LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO COM SF 0,9%</b>	
<b>DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS</b>	
Fechamento:	
<b>SUTURA POR PLANOS</b>	
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>	
<b>TALA JOELHEIRA EM MIE</b>	
Observação:	

Médico/CRM:



Daiana Barreto  
Médica  
CRM/PB - 12265

João Pessoa,

10/4/2019

*MAP: 98497.*



## ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)  
Sr.(a) MARCOS MENEZES DB 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 (NOVEMBRO) dias, a partir desta data.

João Pessoa,

10/09/2019



### 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.003-1

OBS: O DRESARIO FOI INGRAMO  
A PARTIR DO DIA 15/04/19,  
POR CAUSA DE UM DRESARIO  
QUE VAI PRÉ O DIA 30/04/19  
PROVAVEL RETORNO 08/05/2019

PN CD20 - 22/04/2019

Marcas Com. e Servicos de Distribuição S/A

Vanderley Souza  
Mat: 24972 / Técn. Seg. do trabalho

 **ATESTADO MÉDICO** 

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) MARCOS ANTONIO DE MENEZES portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10 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 Vilela  
Dr. Carlos Alberto M. Vilela  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM PE 692 CRM PE 2264A  
CRM PB 692 CRM PB 1941  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)*

**AUTORIZAÇÃO**

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE    2ª VIA 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. Rossana Cavalcante Almeida
- Dr. Tálio Augusto de M. Tormes
- Dr. Tibiriçá de Medeiros Barbosa
- Dr. Vlademir Antônio Cousseau



**ORTOTRAUMA**  
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

P/��片os mDne

R  
- OSCAL-500g - D3 - 20X  
Perry (CPV) ✓  
12/12/11 - 60 kg

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

- 22/04/11
- 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 •

29/04/19

PET part

emm

Dr. Milton da Silva Linhares  
CRM 114 TFCOL 615  
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. Rossana Cavalcante Almeida  
 Dr. Túlio Augusto de M. Tormes  
 Dr. Tibiriçá de Medeiros Barbosa  
 Dr. Vlademir Antônio Cousseau



**ORTOTRAUMA**  
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

1/ mordos and Kit  
- max fisiológico  
Danç Ch ✓  
12/02 - 10/02  
29/04/19  
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. Epitácio Pessoa, 2491  
Pedro Gondim - João Pessoa / PB  
Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002  
3244.1452

Raio X •  
Artroscopia •  
Clínica de Fraturas •

2) 13/05/19

RX

anton da Silva Luhares  
+55 41 3201 6215  
Ortopedia Traumatologia



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
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 do SUS

SE  
1155256

Endereço do Paciente  
Rua MÔNACO, 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:

Telefone:

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
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 58031-090Paciente  
MARcos ANDRE DE MENEZES

Nº Cartão do SUS

BB  
1155256Endereço do Paciente  
Rua MÔNACO, 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

Dr. Carlos Alberto M. Vieira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM PE 22641  
CFO 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

- 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. Rossana Cavalcante Almeida
- Dr. Túlio Augusto de M. Tormes
- Dr. Tibiriçá de Medeiros Barbosa
- Dr. Vlademir Antônio Cousseau



**ORTOTRAUMA**  
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

1º Marcus pro DR 8  
anotado  
R - - - - -  
- Diprospan - oax  
Aplicar oftal.  
Incoxitante

- 
- 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

Dr. Milton da Silva Linhares  
CRM 4714 - TECI 6115  
Ortopedia Traumatologista

Raio X •  
Artroscopia •  
Clínica de Fraturas •

~~01/07/11~~  
~~RK + Fjmat~~

Dr Milton de Silva Linhares  
CRM 471A TEOF 6125  
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. Rómulo Soares de Castro  
 Dr. Rossana Cavalcante Almeida  
 Dr. Túlio Angusto de M. Tormes  
 Dr. Tibiriçá de Medeiros Barbosa  
 Dr. Vlademir Antônio Cousseau



**ORTOTRAUMA**  
■ ORTOPEDEIA ESPECIALIZADA ■

P/ Marcos André  
R. — DAFION 500 J - 2089  
Dom (ep) V.  
2121726 - 1009  
→

- 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 •

- ALGMA e PETARD

03-

Rm / ap v.  
S j j o o o

m m c v o  
S S V - L

13/05/19

D. Milton da Silva  
CRM 4714 TEO  
Ginecologia Trauma

→ 27/05/19

D. Milton da Silva  
CRM 4714 TEO  
Ginecologia Trauma



## DECLARAÇÃO DE INTERNO

Declaramos para os devidos fins que o(a) paciente  
Jáqueline Andre de Menezes, portador do  
RG nº: 3201855, esteve interno(a) neste Hospital para tratamento  
médico desde do dia 10/14/2009 recebendo alta em: 11/11/11.

João Pessoa, 11 de 04 de 2009.

Rosa Maria L. Gonçalves  
Assistente Social - CRESS 597  
Assistente Social

11/04/2009  
Mylene A.

Documento de Alta

<b>Nome:</b> MARCOS ANDRE DE MENEZES	<b>Número Prontuário:</b> 115104		
<b>Data de:</b> 21/10/1989	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 10/04/2019 22:55:18	<b>Data de Alta:</b> 18/04/2019 08:47:07
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> conduta=PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO POLO DISTAL DA PATELA ESQUERDA REALIZADO SUTURA COM ETHIBOND TENDÃO-OSSO			
<b>Resumo da Internação:</b> resumointernacao=DENTRO DO PROTOCOLO PRECONIZADO HOSPITALAR			
<b>Resultado de Exames:</b> resultadoExames=FRATURA DO POLO DISTAL DA PATELA ESQUERDA			
<b>Tratamento:</b> 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			
<b>Diagnóstico:</b> S82.0 - Fratura da rótula [patela]			
<b>Recomendações:</b> recomendacoes=PRESCREVO PARA CASA CEFALEXINA , FÓXIS , 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  
CRM PB 6902 CRM PE 22641  
Otopedia / Traumatologia  
TEQ1 CARLOS ALBERTO MARQUES  
VIEIRA  
CRM: 6902 - PB

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO<sup>O</sup>O PESSOA  
CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

**DADOS GERAIS**

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

**Dados do agendamento**

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



NOME  
MARcos ANDRE DE MENEZES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3201855 SSP PB

CPF  
090.988.004-24 DATA NASCIMENTO  
21/10/1989

FILIAÇÃO  
JOSE MARCOS DE MENEZES  
ISMERALDA ANDRE DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CATHAB  
[redacted] [redacted] AB

Nº REGISTRO  
04483262003 VALIADAE  
16/10/2023 1ª HABILITAÇÃO  
22/10/2008

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1665422175



OBSERVAÇÕES

Marcos Andre de Menezes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
18/10/2018

Assinatura do Emissor  
Comissão Virosa da Paraíba

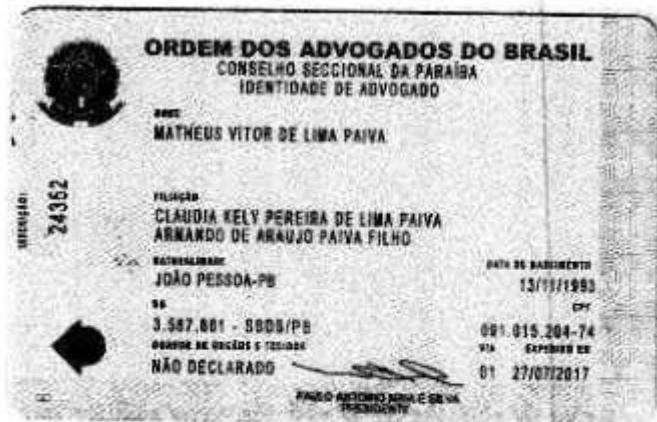
15625908085  
PB037723170

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1665422175



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DENITRAN

DETTRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO  
PRF 20180000567266-3  
VIA - 000 PENAVAM RNFRC EXPIRIO  
1 0022880318-7 00/00000000 2018

NOME  
CASSIO ALISSON DO N SOUZA

CPF / CNPJ  
05758504424 PLACA  
NPX9078/PB  
PLACA ANT. LP  
NOVO PB N.º CHASSI  
9C2JC4110AR683418

Tipo de Véhicle  
PAS/MOTOCICLE/NAO APIIC MARCA / MODELO  
HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. / ANO MOD.  
2010 2011  
CÓD. PTO. / CÓD. CATEGORIA  
2 P/124 /CI PARTIC COT. INERDIMENTE  
PRÉTA  
DATA ÚNICA / VENDA COTA UNICA / ENC. COTAS  
00/00/0000 1<sup>o</sup>  
PARCELAMENTO / COTAS  
0 3<sup>o</sup>

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) CPT (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO 27/12/2018

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-PB DATA  
32280 27/12/2018 35734



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, COM POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014202857743 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXPIRIO 2018 DATA EMISSÃO 27/12/2018  
CPF / CNPJ  
1 05758504424 PLACA  
NPX9078/PB  
RENAVAM  
00228803187 MARCA / MODELO  
HONDA/CG 125 FAN KS  
ANO FAB. / CÓD. CHASSI  
2010 9 9C2JC4110AR683418

PRÉMIO TARIFÁRIO		
FRETE (R\$)	DESENTHAL (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL PREMIO (R\$) PAGO (R\$)
*****	SEGURO	PAGO
S. COTA UNICA	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
	PARCELA(O)	27/12/2018

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

ONPJ 09.346.808/0001-64

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

Valorização 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Marcos Andri de Menezes  
**NACIONALIDADE:** Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Casado  
**PROFISSAO:** Corintiano **Nº DO RG:** 3201855  
**ORGÃO EMISSOR:** / **DATA DE EMISSÃO:** / /  
**Nº CPF:** 090 988 004 24 **ENDEREÇO:** Rua Manacor  
S/N AP 103 - Mumbaba SANTA RITA

**OUTORGADO:** MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO  
**PROFISSAO:** ADVOGADO **Nº DO RG:** 3587861  
**ORGÃO EMISSOR:** SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** / /  
**Nº CPF:** 091.015.209.74 **ENDEREÇO:** RUA COMERCIANTE  
EDISON PAIVA DE ARAÚJO - 652 - SAR. CID. UNIVERSITARIA

### **PODERES:**

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário MARCOS ANDRE DE MENEZES, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA , 19 de NOVEMBRO de 2019.

Marcos Andri de Menezes  
Assinatura

**OBS:** Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410344/19

**Vítima:** MARCOS ANDRE DE MENEZES

**CPF:** 090.988.004-24

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/04/2019

**Titular do CPF:** MARCOS ANDRE DE MENEZES

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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