



Número: **0801338-61.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **20/05/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARCOS ANDRE DE MENEZES (AUTOR)	MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45751 484	14/07/2021 15:54	Petição	Petição
45751 487	14/07/2021 15:54	2769355_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02	Outros Documentos
45751 488	14/07/2021 15:54	2769355_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540728200000043474742>
Número do documento: 21071415540728200000043474742

Num. 45751484 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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.

PPag. 00407/00408 - carta 01 - INVALIDEZ

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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15185314



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744>
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Núm. 45751487 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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 inde

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%
Grau III - Encarcerado 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalides 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.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

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 MENEZES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:	
MARCOS ANDRE DE MENEZES		090.988.009-29
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
BIA MONACO		10 - Complemento: AP 103
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
MUM BABA	SANTA RITA	PB
14 - CEP:	15 - E-mail:	
58300-000	83991626993	

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"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0729	CONTA: 00029872	AGÊNCIA: _____	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 cu beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
	40 - Local e Data, João Pessoa - PB 21/11/19	Assinatura da testemunha
	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		

007/2019





Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744>
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Num. 45751487 - Pág. 4

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

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) Fato(s):

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(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 VEJO 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 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, 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

1/1



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 MENEZES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:	
MARCOS ANDRE DE MENEZES		090.988.009-29
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
BIA MONACO		10 - Complemento: AP 103
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
MUM BABA	SANTA RITA	PB
14 - CEP:	15 - E-mail:	
58300-000	83991626993	

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"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> 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"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0729	CONTA: 00029872	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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 teve filhos? Sim Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? 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 Lider 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 cu beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
40 - Local e Data, João Pessoa - PB 21/11/19	43 - Assinatura do Procurador (se houver)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		

007/2019





Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744>
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Num. 45751487 - Pág. 7



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/5º Região 10171

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

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744>
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Num. 45751487 - Pág. 8

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744>
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Num. 45751487 - Pág. 9

MARCOS ANDRÉ DE MENEZES
RUA: ONACO, 5W / AP: 10 - JUABABA
SAU: RITA / PB CEP: 59300000 (AG-1)

Unidade: MONOPOLICO:
CNPJ: RES-MFC-317-RESIDENCIAL-BANCA-RENDA
Referência: Out/2019
Número: 053-2382-13
Endereço: 053-3215



ENERGISA PERNAMBUCO SISTEMA DE ENERGIA S/A
Av 25 de Março, 25 - Distrito Industrial - Zona Industrial - CEP 56001-680
CEP/UF: 56001-680 / 0301-4K - Infra-Eletr. (81) 3050-927
Nota Fiscal/Confira de Energia Eletr.: NFE022261927
Cód. para Boleto Automático: 2011705931

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura

CPF/CNPJ/RANI

Out/2019 08/10/2019

06/11/2019

090.898.004-24

INIC. Eletr.

UC (Unidade Consumidora):

5/1780032-7

Canal de contato

Tel: 10-306-39-26 de 10h às 22h

Correio: Energisa - CN: O que é: aplicativo para smartphones e tablets. Oferece maior comodidade e facilidade para você. Baixe o app na loja de aplicativos da sua preferência ou visite: www.energisa.com.br/app

aplicativo informe todos os usos, confira se não há descontos e

aproveite todas as suas facilidades disponíveis no sistema de atendimento ao cliente.

Tel: 10-306-39-26 de 10h às 22h

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
05/10/19 241	06/10/19 239		100	22

Demonstrativo

Opção	Detalhe	Quantidade	Tarifa	Imposto	IV	Liquidação	Valor Faturado	Valor PIS/PASEP	
9001	Consumo até 30/09/BR	20.000	0,2000000	7,96	7,96	27	213	7,96	0,00
9001	Consumo +21 a 10/10/BR	70.000	0,4500000	31,92	31,92	27	853	31,92	0,00
9001	Consumo +101 a 220/11/BR	52.000	0,6500000	18,67	18,67	27	942	18,67	0,00
9001	Adic. B Vantagens	4,34	4,34	1,17	1,17	27	4,34	0,00	0,00
9001	Adic. B Amig. 19	2,51	2,51	0,68	0,68	27	2,51	0,00	0,00
9019	Subsídio	42,72	42,72	11,53	43,72	22	43,72	1,65	
LANÇAMENTOS E DESPESAS									
1007	COMPRE BTRV COMPLESSA	10,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	
1004	JURO DE FORA/09/2019	1,07	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	
1005	VALTA/09/2019	1,41	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	
9001	PARCELAMENTO DE DEBT/23/18	37,26	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	
9001	REST. BAND/AMAR/RESIDENCIAL/06/2019	-0,12	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	
9008	Desconto Básico	-22,16	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	

-0,01 Diferença de Classificação deletada - TOTAL 100,00 103,54 21,22 105,74 1,65 4,74
Total de Impostos AN2000h 0,1207110 Até 50000h 0,0011000 Até 220kWh 0,485270

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

15/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 196,56

Histórico de Consumo (kWh)

100 | 178 | 184 | 180 | 183 | 174 | 172 | 159 | 192 | 12 | 111 | 150
Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

100% de

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
CONE AL	5,00	0,00
CONE FESTRAL	0,00	NORMAL
CONE	2,00	220
CONTRAL	0,00	CONTRATADA
TRILUSTRA	0,00	LIMITE REFERENCIAL
TRIL	0,00	LIMITE REFERENCIAL
DCR	2,00	220
	2,00	LIMITE REFERENCIAL
	2,00	220

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de Iluminação	55,22	28,22
Consumo de Residencial	14,00	7,10
Consumo Industrial	3,72	1,90
Consumo Comercial	2,16	1,10
Consumo de Negócios e Serviços	63,87	33,78
Outros Serviços	87,05	45,72
Total	196,69	100,00

Validade: 01/10/2019

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Para mais informações sobre a fatura em atraso, entre em contato com a Energisa.

Site: www.energisa.com.br Bem Fazendo, faturando a fatura de Fim de Ano.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744>

Num. 45751487 - Pág. 10

Número do documento: 21071415540827300000043474744

PARA USO DOS CORREIOS	
<p>Reembolso do Serviço Postal em:</p> <p>Marcada</p> <p>Rua Paula Resende</p> <p>Araraquara - SP - Brasil</p> <p>06580-020 - Barueri</p> <p>Avenida Luciano, 421 - Tambore</p> <p>09 - ABERTA.</p> <p>10 - NÃO PODE SER ENTREGUE</p> <p>11 - ENVIAR PARA OUTRA PESSOA</p> <p>12 - FAZER DESPACHO</p> <p>13 - CIMA POSTAL CANCEADA</p>	<p><input type="checkbox"/> 01 - ATRASADA</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - FALTA DE ENDEREÇO</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - FALTA DE IDENTIFICAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 04 - FALTA DE DOCUMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> 05 - FALTA DE IDENTIFICAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 06 - DESPACHO</p> <p><input type="checkbox"/> 07 - DESPACHO</p> <p><input type="checkbox"/> 08 - RECUADO</p>



DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

Avenida Luciano, 421 - Tambore
06580-020 - Barueri - SP - Brasil

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



CTC RECEIFE PE PL7

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



7208288526 27800 11B50178078 30 260819



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

Data Postagem:
29/07/2019
Data Vencimento:
04/09/2019



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

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Calíton 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 Irregular 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 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 Calíton
Assinatura do Declarante

DUDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744>
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Num. 45751487 - Pág. 12



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



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
CRM-PB 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	Nome MARcos ANDRE DE MENEZES			Sexo Masculino
Data de nascimento 21/10/1989	Idade 29 anos 5 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Promotor
Mãe ISMERALDA ANDRE DOS SANTOS	Pai JOSE MARcos DE MENEZES			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) KATIA CRISTINA NASCIMENTO - ESPOSA(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	Type BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58083604	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Lagradouro MÔNACO
Número 1000	Complemento		Bairro INDUSTRIAS

Admissão

Data e Hora 10/04/2019 18:43:12	Número da pulseira 10007128850	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
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
Meio de transporte AMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos:

paciente consciente, teto de pulsos auscultáveis, braços e pernas
vítimas de acidente de moto. Foi esquadrado
de resgate.

30/04/2019 18:43:12
ANNE WALESKA PEREIRA LIMA

Diagnóstico	CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA	Tempo 51 min 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 10/03/19	ID da Ocorrência MS0809	<input type="checkbox"/> USB	<input type="checkbox"/> Nº Equipe 07	<input type="checkbox"/> Plantão: ■ Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 10:00 Hs	Hora de Chegada no Local 15:15 Hs
Paciente / Usuário Márcio Bento de Melo					Idade 29	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
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 Roxenai Sombra			Bairro Centro		Mês Regulador Março	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apóio 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 Técnicos <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadido 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						
MEETSH				TPII		
Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: <i>Clinica Psiquiátrico de Vila Velha.</i>	Hospital de Origem: _____
D CAUSAS EXTERNAS	
D> Acidente de Trânsito	
<input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento por: _____ <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____	
D F.A.F.	
<input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____	
D Responsável:	
D Hospital de Destino: _____	
D Responsável: _____	
ANTECEDENTES	
<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	
<input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo	
Qual?	

1. DADOS VITAIS

FC: 0 FR: 18 HGT: 1 SnO₂ - S/O₂- SnO₂ - C/O₂

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Risco de derrame sanguíneo, risco de infarto agudo de miocárdio.

Intervenciones: Sintesis de microorganismos y su efecto en la actividad de la flora intestinal.

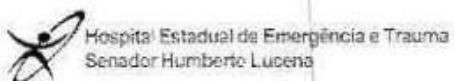
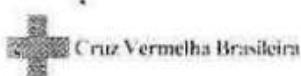
Evaluación de Esferomas

orientação para o paciente de colônias autor realizadas, evitando a infecção da ferida.

REPRODUCED WITH PERMISSION

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA





SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente MARCOS ANDRE DE MENEZES	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 SMERALDA ANDRE DOS SANTOS			Prontuário
Endereço MÔNACO, 1000	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 8637/PB
Data/Hora Classificação 10/04/2019 18:43:12		Data/Hora Prescrição 10/04/2019 20:32:59	

Anamnese

TOPEDIA#
 **CLIENTE 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
Data: 10/04/2019
HORA: 20:32:59

MARCOS ANDRE DE MENEZES

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

Boleto registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 10/04/2019 18:44:40

10.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=562860&pesquisa=S&perform=imprimir... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Num. 45751487 - Pág. 16



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 Beira
Data de nascimento 21/10/1989	Idade 29a 5m 20d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988595203
Mãe ISMERALDA ANDRE DOS SANTOS	Prontuário		
Endereço MONACO, 1600	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 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 DOLORO A PALPAÇÃO, COM PRESENÇA DE FERIMENTO ABRASIVO, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, SEM CREPITAÇÕES.
- C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO. ABDÔME 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 CURTO 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)ANALGÉSIA.

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	1093 A1290 20160305 055133 064.51
T14.9	Traumatismo não especificado	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744

Número do documento: 2107141554082730000043474744

Num. 45751487 - Pág. 17



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
DE MACEDO
Em: 11/04/2019 12:43:59

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

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 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
Medicina - UFPB
CRM-PB 12265



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744>
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Num. 45751487 - Pág. 18



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 5n - 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 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744>
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Num. 45751487 - Pág. 19

Conduta
Em observação

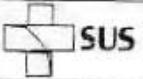
MARCOS ANDRE DE MENEZES

DIOGO ARAUJO SIMOES
(CRM: 8276/PB)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744>
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Num. 45751487 - Pág. 20

 Sistema Único de 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				
2 - CNES <input type="checkbox"/> 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HEETSHL				
Identificação do Paciente 4 - NOME DO PACIENTE Marcos Andre d. Munzen				
5 - N° DO PRONTUÁRIO 1153256				
6 - DATA DE NASCIMENTO 24/10/1989				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="checkbox"/> 8 - SEXO M				
9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL <input type="checkbox"/> 10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <input type="checkbox"/> 11 - TELEFONE DE CONTATO <input type="checkbox"/>				
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> 13 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO 14 - UF				
15 - CEP <input type="checkbox"/> 16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) <input type="checkbox"/>				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR <input type="checkbox"/>				
19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR <input type="checkbox"/>				
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA <input type="checkbox"/>				
21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA <input type="checkbox"/>				
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL <input type="checkbox"/>				
23 - CID 10 PRINCIPAL <input type="checkbox"/>				
24 - CID 10 SECUNDÁRIO <input type="checkbox"/>				
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIAZADAS <input type="checkbox"/>				
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="checkbox"/>				
27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="checkbox"/>				
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="checkbox"/>				
30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="checkbox"/>				
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="checkbox"/>				
32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="checkbox"/>				
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="checkbox"/>				
34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="checkbox"/>				
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="checkbox"/>				
36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="checkbox"/>				
37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="checkbox"/>				
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO O2º o de Kindernar N.º.0 (gema)				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="checkbox"/>				
40 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="checkbox"/>				
42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="checkbox"/>				
43 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE MIRELA DE SOUSA GOMES CONSELHO CRM 4714 TEO 6116 Ortopedia Traumatologia				
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="checkbox"/>				
45 - CÓD. ORGÃO/EMISSOR DA AUTORIZAÇÃO <input type="checkbox"/>				
46 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO <input type="checkbox"/>				
47 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="checkbox"/>				
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="checkbox"/>				



RELATÓRIO DE CIRURGIA

四

Nome: Marcos André da Menezes BE Pronunciado: 1155256
Idade: 29a Sexo: ♂ Masculino / Feminino Com: Data: 16/04/99
Clínica/Sector: Ortopedice EMP: LR:
Cirurgia: Fratura Perna Esquerda
Cirurgião: Dr. Milton 1º Assistente: Dr. Orlando
2º Assistente: Dr. Gávio Muniz 3º Assistente:
Instrumentador: Anestesista:
Tipo de Anestesia: Horário: Início: Término:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura Pata da Esquerda	

Procedimientos Cirúrgicos	Código
Trautman cirúrgico de fractura del peto F	

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 Círúrgico

Jorge Pinto
1686100
CRM-PR#2595

João Pessoa. 16/04/19

Médico/CRM:



Nota de Sala Cirúrgica

DN 21/10/1989

HEETS HL



NO MEU DO PACIENTE	Marcos André da Menezes		
IDADE	29	SEXO	MASCULINO
DATA	155250	ORIENTAÇÃO	ENFERMAGEM
CIRURGIA	HIO CIRÚRGICO - A PRAZ. DE PRECIS.	DATA	LEITO
CIRURGIA DO	MILTON	PAUS	DR. VICTOR RZ
ANESTESIA	MAGNA	PAUS	DR. BRUNO RZ
ANESTHETIST	DR. T. LIMA		
INSTRUMENTADOR	Aliney		
DIA	16/04/19	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO	13:59
DATA		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA FIM	15:00
PONTO DE RISCO DE CIRURGIA - ASA/AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS			
ASA I - ASA 2 / ASA 3 / ASA 4 / ASA 5			
GRADO DE CONTAMINAÇÃO (1 LIMPIDA / 2 CONTAMINADA / 3 INSPECTADA / 4 POTENCIALMENTE CONTAMINADA)			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAIS COST.	QTD.
ALFENTANILA	300 mg	JELCO N°16	FIOS
SUPIVACAÍNA ISOBARICA	05	JELCO N°25	FIOS CAT. GUT CROMADO N°
SUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22	FIOS CAT. GUT CROMADO N°
CETAMINA		JELCO N°24	FIOS DE ACONE
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORACICO	FIOS DE NYLON N° 2-0
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	07	1
FENOBARTITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI N°11	FIOS DE NYLON N°
VENTANILA	PVP DEGERANTE	LÂMINA BISTURI N°15	FIOS DE NYLON N°
FLUMAZERIL	PVP TINTURA	LÂMINA BISTURI N°22	FIOS POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO	PVP TOPICO	LÂMINA BISTURI N°24	FIOS POLIGLACTINA N°
EVODIPIVACAÍNA C/ VASO	SABAO ANTISEPTICO	LÂMINA DE DERMATOMO	FIOS POLIPROPILENO N°
LIDOCAINA C/ VASO	MATERIAIS	LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR.	18
LIDOCAINA C/ VASO	AGULHA 18X4,5	LÂMINA ESTERIL N°5	02
LIDOCAINA S/ VASO	AGULHA 25X07	LÂMINA ESTERIL N°5	03
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LÂMINA ESTERIL N°6	02
MORTINA	AGULHA 40X10	LÂMINA ESTERIL N°7	02
NTIBUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MASCARA CIRÚRGICA	FEITA CARDIACA
PANICURONO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS	MATERIAL ESPECIAL
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO	CATETER DE PIC
TROPORFOL	AGULHA 8401 N°23G	SCALP N°8	CIMENTO CIRÚRGICO
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°1	CLIP TIPO TOBOADURA
ROCURONIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 1ML	FIOS DE BIRCHNELL N°
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO	02	FIOS DE BIRCHNELL N°
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	04	FIOS STEINMAN N°
TIOPERAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 10ML	FIOS STEINMAN N°
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST ABSORVÍVEL
AGUA DESTILADA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DEICVA VENTRICULAR
ATROFOPA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR
BEXTRA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT PAM
CEFAZOLINA		SONDA FOLEY 2VIAS N°16	FIXADOR EXTERNO
DERAMETASONA		SONDA FOLEY 2VIAS N°18	IMPRESA
IRONA SODICA		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais
LEDRINA		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLIFOSA 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TOERNINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
Glicerato de CALCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MATELAR
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MATELAR
LIDOCAINA DELEIA	ELETRODOS	05	PLACA
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	01	PLACA
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE	TUBO SILICONE CATEXI	
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS
PROTAMINA	ESPONJA DE PVP	02	1. ASPIRADOR
TEROXICAN	ESPARADARIO	FIOS	2. DISTRIREFLETICO
	GAZES PCP	FIOS ALGODÃO S/A N°	3. CAPNOGRAPH
	GAZES ALGOUDADAS	FIOS ALGODÃO S/A N°	4. CO2 MONITOR
	GEL ELETROLITICO	FIOS ALGODÃO C/A N°	5. DESFIBRILADOR
	JELCO N°14		6. FOCO AUXILIAR
	JELCO N°16		7. FOCO CENTRAL
			8. MICROSCOPIO
			9. PAMETRO DE PULSO
			10. P.A. INVASIVA/NAO INVASIVA
			11. REFRIGERADOR ELÉTRICO
			12. SERILA
			13. CIRCULANTE

Edilaine da Silva

COREN-SP 07848-TE



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 16/04/19

PRONTUÁRIO 1155256

PACIENTE: Flávio Andrade de Melo

SEXO: M

IDADE: 36

PRESSÃO ARTERIAL	MULHER	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
100/60 mmHg	100 bpm	REGULAR	36,8	70 kg	BOM
ESTADO GERAL	EXAMES COMPLEMENTARES	ANAM	IMUN	ESCRIT	REGULAR
BOA	-	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
AP. RESPIRATORIO	Alveolar	AP. CIRCULATORIO	Normal		
AP. DIGESTIVO	Nenhum	ESTADO MENTAL	Orientado	DROGAS EM USO	
PRE-ANESTÉSICO	Midazolam				
HORA					ESTADO FÍSICO
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	Fratura da patela				I
CIRURGIA REALIZADA	Frat enxerto da fratura da patela				
CIRURGÃO	Dr Hilton	AUXILIARES	Dr Nilson		
INÍCIO DA ANESTESIA	13:50h	TERMINO DA ANESTESIA	15:00h	DURAÇÃO DA ANESTESIA	1h 10min
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	00000000000000000000000000000000	QUANT. DE CH.		VALORES AS	
ANESTESISTA	Dr Nezus + Dr Gibranio	OFF		CRM-SP	
IDENTIFICAÇÃO	13:50h	14:50h	15:50h	TIERRA KONTAGIO MEDICO CRM-SP	047119

SF sobre

✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓

PS PS PS PS PS
100/100 100/100 100/100

Bloqueio neuromotor + sedação

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

- 1. Midazolam 0,5 mg
- 2. Fentanil 0,5 mcg
- 3. Nocaína roboventila 0,5% 15mg
- 4. Dimeorf 50 mcg
- 5. Dipirona 1g
- 6. Clorazepate 1g
- 7. Dávuronam 8mg
- 8. Oxametetazona 10mg

ORBA

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

RELATÓRIO DE CIRURGIA

LEONEL
SILVA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DPH sob anestesia em nove aderência
desfeita e aferida
Aferição do campo cirúrgico

Incisão:

Longitudinal um jato
profundo por planos
curvado c/ buraco

Achados:

Fr. da patela esquerda

Conduta:

- Fixação do falso supinor da patela c/ fios
- Rinsa da hemostase
- L.M.C. c/ SF 0,9%
- Sutura por planos
- Curativos suaves

Fechamento:

Observação:

- Rx de controle;
- Tala no jato;

Jorge Faria
CRM 315507

João Pessoa, 16/04/17

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



SUSPENSAO
DE AULAS

RELATÓRIO DE CIRURGIA

EEETSHZ

NOME:	MARCOS ANDRE DE MENEZES			BE/PRONTUÁRIO	1155256
IDADE:	29	SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> 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: *Lainha Barreto* CRM-PB-124-3 DATA: **10/4/2019**



Nota de Sala Cirúrgica

BC:1155256



NOME DO PACIENTE		Marcos André de Sáeneses				
IDADE		29	DATA	29/05/256	PRONTUÁRIO	INTERNA
CRUROLOGIA		TTO. lin. limpeza cirúrgica + sutura de MIE				
CRUROLOGO		Dr. Luiz Gibencio				
ANESTÉSICO		Raíque				
ANESTESISTA		Dr. Henrique V.				
INSTRUMENTADORA						
DATA		06/04/19	TEMPO CRUROLOGIA - ANESTESIA INICIO	22:10	TEMPO CRUROLOGIA FIM	22:40
ÍNDICE DE RISCO DE CRUROLOGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)						
ASA I (ASA 1) ASA II (ASA 2) ASA III (ASA 3)						
CRUROLOGIA CONTAMINADA () LIMPIDA () CONTAMINADA () DEFICIADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONCE.	QTD.	ESOS	QTD.
ALFENTANILA		SORO FISIOLÓGICO 04	TELCO N°1		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			TELCO N°2		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PRASICA	01		TELCO N°3		FIO DE AGO N°1	
CETANINA			TELCO N°4		FIO DE AGO N°1	
CROPERIDOL			INT. SIST. DREN. TORACICO N°		FIO DE NYLON N°	
ETOHIDATO		SOLUÇÕES	OTD. LÂMINA DISTUR. N°1		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 5%	✓ LÂMINA DISTUR. N°2		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA		POVIDENAMINA	✓ LÂMINA DISTUR. N°3		FIO POLIGLACTINA N°	
FUMAVENTIL		FVPI TINTURA	✓ LÂMINA DISTUR. N°4	1	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		FVPI TOPICO	✓ LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOCURVACAÍNA CI/VASO		SABAO ANTISEPÓICO	LÂNCHEADE ENDERTE		FIO POLIDRÓPICO N°	
LEVOCURVACAÍNA CI/VASO		MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	✓	FIO POLIDRÓPICO N°	
LDODCAINA CI/VASO		AGULHA 18X4,5	LUVA ESTERL. N°1		FIO POLIDRÓPICO N°	
LDODCAINA CI/VASO	01	AGULHA 22X7	LUVA ESTERL. N°2		FIO POLIGLACATONE N°	01
MIDAZOLAN		AGULHA 18X8	03	LUVA ESTERL. N°3	FIO SEDAN N°	
MORFINA	02	AGULHA 40X12	02	LUVA ESTERL. N°4	MFTA CARDIACA	
VINEROL		AGULHA PERIDURAL N°8		MASCARA CIRÚRGICA	1	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCERÔMICO		AGULHA PERIDURAL N°12		MATERIAL ESPECIAL		
PETIDONA		AGULHA PERIDURAL N°18		CATETER DE PIC		
PROPOFOL		AGULHA RAQU N°18		SCALP N°10	CATETER DE PIC	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQU N°20	01	SCALP N°1	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔMICO		AGULHA RAQU N°20		SERINGA 1ML	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO		ALOODÃO ORTOPEDICO		STRINGA 50L	FIO STEPHAN N°	
SILK IRMÔNIO		ATADURA DE CREPOM	15C 05	SERINGA 1ML	FIO STEPHAN N°	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERONGAISMO	FIAMPEADOR CHALAGADO	
MEDICAÇÕES	QTD.	SONDA IN COLOSTOMIA		SONDA ASF. TRAQUEAL N°8	FIAMPEATOR ASSORTEVEL	
ADRENALINA		SONDA IN TRAQUEOSTOMIA		SONDA ASF. TRAQUEAL N°10	KIT DREN. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CAITER DE OXIGENO		SONDA ASF. TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CAITER ENBOLIC ARTERIAL N°		SONDA ASF. TRAQUEAL N°14	KIT FAM	
EXTRA		CAITER EPIDURAL N°16		SONDA ASF. TRAQUEAL N°16	FIADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CAITER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 3VCAS N°12	EMPRESA	
DEXAMETAZONA	01	CAITER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 3VCAS N°14		
DIMETONA SODICA	02	CERA PARA OSO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS SORTIDAS	
EFERINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORRIDAS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	✓	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS EXP. DORSO	
GLICOSE 30%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESTRIADOS	
GLUCONATO DE CALCIO		DREN. DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MATERIAS	
HIDROCORTISONA		DREN. DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MATERIAS	
LDODCAINA GELADA		ELÉTRODOS	✓	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
FLASH		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
FRISTOMINE		EQUIPO MICROGOTAS				
FRISTOMINA		ESPINHA DE PUG				EQUIPAMENTOS
TENDOCIAN		ESTAPARADRAPO	✓	FIOS	QTD.	
<i>le falso Tuna</i>	12	GAXAS	✓	FIO ALGODÃO SIA N°	ASPIRADOR	
		GAXAS ALGODoadas	✓	FIO ALGODÃO SIA N°	ESTUF. ELÉTRICO	
		GER. ELETRÓTICO	✓	FIO ALGODÃO CIAN N°	CAPNÓGRAFO	
		TELCO N°14	✓	FIO ALGODÃO CIAN N°	CARDIOMONITOR	
		TELCO N°16			DEFIBRILADOR	
					FIO ALGODÃO	
					FIO CENTRAL	
					MICROSCOPIO	
					OXÍMETRO DE PULSO	
					P.A. INVASIVA/INVASIVA	
					PROTESE ELÉTRICO	
					SERRA	

CORRETIVO
Assunto: Souto

FICHA DE ANESTESIA		APONTAGENS																					
DATA: 10/02/2010		SEXO: M	IDADE: 15-32-36																				
PACIENTE: <u>Moros de Menezes</u>																							
Peso: 70kg Fator: 70 IDADE: 30 Gênero: Masculino ESTADO MENTAL: Regular HABITOS: Nenhum		TEMPERATURA PELO: 36,5°C PULSO: REGULAR PULSOS: REGULAR RESPIRACAO: REGULAR DROGAS: Nenhuma																					
EXAMES COMPLEMENTARES VPM: AP. RESPIRATORIO: NIVEL S/NS AP. DIGESTIVO: S/NS PRE-ANESTESICO: Nenhum FASE HORA: Nenhum		AP. CIRCULATORIO: NIVEL S/NS DROGAS EM USO: Nenhuma ESTADO FÍSICO: BOM																					
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: Acidente automobilistico.		CIRURGIA REALIZADA: Cirurgia de angulo + sutura do potro																					
CIRURGIA: Cirurgia de angulo + sutura do potro		AUXILIARES: AVANÇO: 200 QUANT. DE CH: 100 DURACAO DA ANESTESIA: 200																					
INICIO DA ANESTESIA: 10:00 FIM DO PROCEDIMENTO: 10:30		VALORES HS: CRM-PB: Roberto RZ																					
ANESTESISTA: Dr. Roberto RZ																							
<p>ANESTESIA:</p> <p>ABP: 660 - 1500</p> <p>RR: 100 / 800</p>																							
<p>ANESTESIA GERAL: <input checked="" type="checkbox"/> INHALACIONAL <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BOLUPERO <input type="checkbox"/> BLOCO NERVOSO <input type="checkbox"/> OUTROS:</p> <p><u>Requiereders.</u></p>																							
<p>MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO:</p> <table border="1"> <tr> <td>1. Bupivacaina 0,2% 10ml</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>2. Guanidina 60mg</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>3. Opiaco 5g</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>4. Oxoretoxina 6g</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>5. Decongestionante nasal</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>9.</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>10.</td> <td>20</td> </tr> </table>				1. Bupivacaina 0,2% 10ml	11	2. Guanidina 60mg	12	3. Opiaco 5g	13	4. Oxoretoxina 6g	14	5. Decongestionante nasal	15	6.	16	7.	17	8.	18	9.	19	10.	20
1. Bupivacaina 0,2% 10ml	11																						
2. Guanidina 60mg	12																						
3. Opiaco 5g	13																						
4. Oxoretoxina 6g	14																						
5. Decongestionante nasal	15																						
6.	16																						
7.	17																						
8.	18																						
9.	19																						
10.	20																						
<p>DESAPOEAMENTO:</p> <p><input type="checkbox"/> ENFERMARIA</p> <p><input type="checkbox"/> RESIDENCIA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OUTROS</p> <p><u>Requiereders. Anexo e entregar Ef. 660 e Tº Rx 23-1m Clagnito 26g de anhe. 200ml Etanol e. Membrana de 100 - de 0 a 0.</u></p>																							
<p>ASSINATURA DO ANESTETICO:</p> <p><u>Roberto RZ</u></p> <p><u>Roberto Vicentini</u></p> <p><u>Roberto Vicentini</u></p>																							



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
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:


Laiana Barreto
Medica
CRM/PB - 12265

João Pessoa

10/4/2019



MAT: 98447.



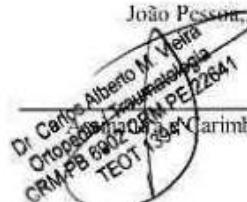
ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) MARCOS MIRIB 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 (NDPMTM) dias, a partir desta data.

10/04/2019

João Pessan,



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 DRESSEIRO FOI VENCIDO
A PARTIR DO DIA 15/04/19,
POR CAUSA DE UM DRESSEIRO
QUE VAI PRÉ O DIA 10/04/19
PROVAVEL RETORNO 08/07/2019

PN 0000-22/04/2019

Marcos Com e Serviços de Distribuição S/A
Vanderlan Souza
Mat: 24972 Téc. Seg. do trabalho

REUS, P.R.D.



 **ATESTADO MÉDICO** 

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) MARLOS MOREIRA 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.

10/04/2019

*Dr. Carlos Alberto Moreira
Ortopedia / Traumatologista
CRM PE 6602 CRM PE 22641
Técnico em Radiologia e Cariimbo 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

E(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 Cousséau



Procurou por:

R. C.

- OSCAL-500g - D3 - 2ax

Perry (CP) V. 6

12/12/2021 - 60 kg

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 •
Clinica de Fraturas •



29/04/19
PST
emenda
Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 114 TECI 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. Torres
- Dr. Tibiriçá de Medeiros Barbosa
- Dr. Vlademir Antônio Cousséau



Plano de Tratamento
- Max fábil - 600g
Painel ChV
+ 12/021 - 10f
29/06/19

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 •



20/05/19
RJ
Ton da Silva Linhares
4114 TEOF 6225
Intocedia Traumatologica





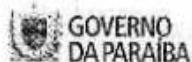
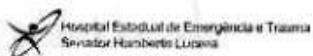
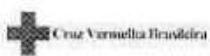
Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário de Controle Especial

<p>Unidade de Saúde HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Crestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep 58031-090</p>		
Paciente MARCOS ANDRE DE MENEZES	Nº Cartão do SUS	SE 1155256
Endereço do Paciente Rua MONACO, 1000, JOAO PESSOA-PB-58083604		
<p>USO ORAL</p> <p>CEFALEXINA 500 MG —————— 28 CP</p> <p>TOMAR DE 6/6 HORAS POR 7 DIAS</p>		
<p>18/04/2019 Data</p> <p>Dr. Carlos Alberto M. Vieira Ortopedia / Traumatologia CRM PB 6902 CRM PE 22641 TEOT 13941</p> <p>DR. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA 6902/PB</p>		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome completo:		
Identidade:		
Org. Emissor:		
Endereço:		
Cidade:	UF:	
Telefone:		Ass. Farmacêutico _____ Data _____





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 ANDRÉ DE MENEZES

Nº Cartão do SUS

RR
1155266

Endereço do Paciente
Rua MÔNACO, 1000, JOSÉ PESSOA-PB-5803604

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
Otorrino / Traumatólogo
CRM PB 22641
TELEFONE 13941
6902/PB

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. Franciso 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



P/Marcos pro DR
horizonte
R - - - - -
- Dípasse por - Olax
Aplicar óculos
In (08/02)

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

- 22/05/19
- 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
PK + Pm
Dr. Milton de Silva Linhares
CRM 4718 TEC 6115
Unicledia 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

Marcos André

R

L

- DAFION SOUZA - 204
Dom (ep) V.
21/2/2021 - 1º mês

- 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. PERTAUS

03a

Braço esq V.
S. 2022

braço Cx

S. 2022

13/05/19

Dr Milton da Silva
CRM 4714 TEC
Ortopedia Traumat

22/05/19

Dr Milton da Silva
CRM 4714 TEC
Ortopedia Traumat





DECLARAÇÃO DE INTERNO

Declaramos para os devidos fins que o(a) paciente
Marcos André de Menezes, portador do
RG nº: 3208855, esteve interno(a) neste Hospital para tratamento
médico desde do dia 10/14/2009 recebendo alta em: 11/11/2009.

João Pessoa, 11 de 04 de 2009.

Rosa Maria L. Gonçalves
Assistente Social - CRESS 597

33/04/2018
Suelmo A.

Avenida Orestes Lisboa, 5/N – Conjunto Pedro Gondim – CEP 58031-090
João Pessoa – Paraíba – Brasil
Fone/Fax: (83) 3218-7773 - PABX: 3216-5700

F (NG).APCSOC.031-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744>
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Num. 45751487 - Pág. 43



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

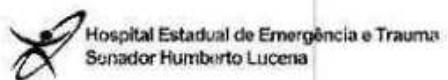
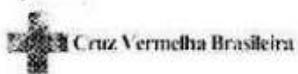
Documento de Alta

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-OSO.			
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-OSO 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 , 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 Marques
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6902 CRM PE 22641
TELEFONE: CARLOS ALBERTO MARQUES
VIEIRA
CRM: 6902 - PB

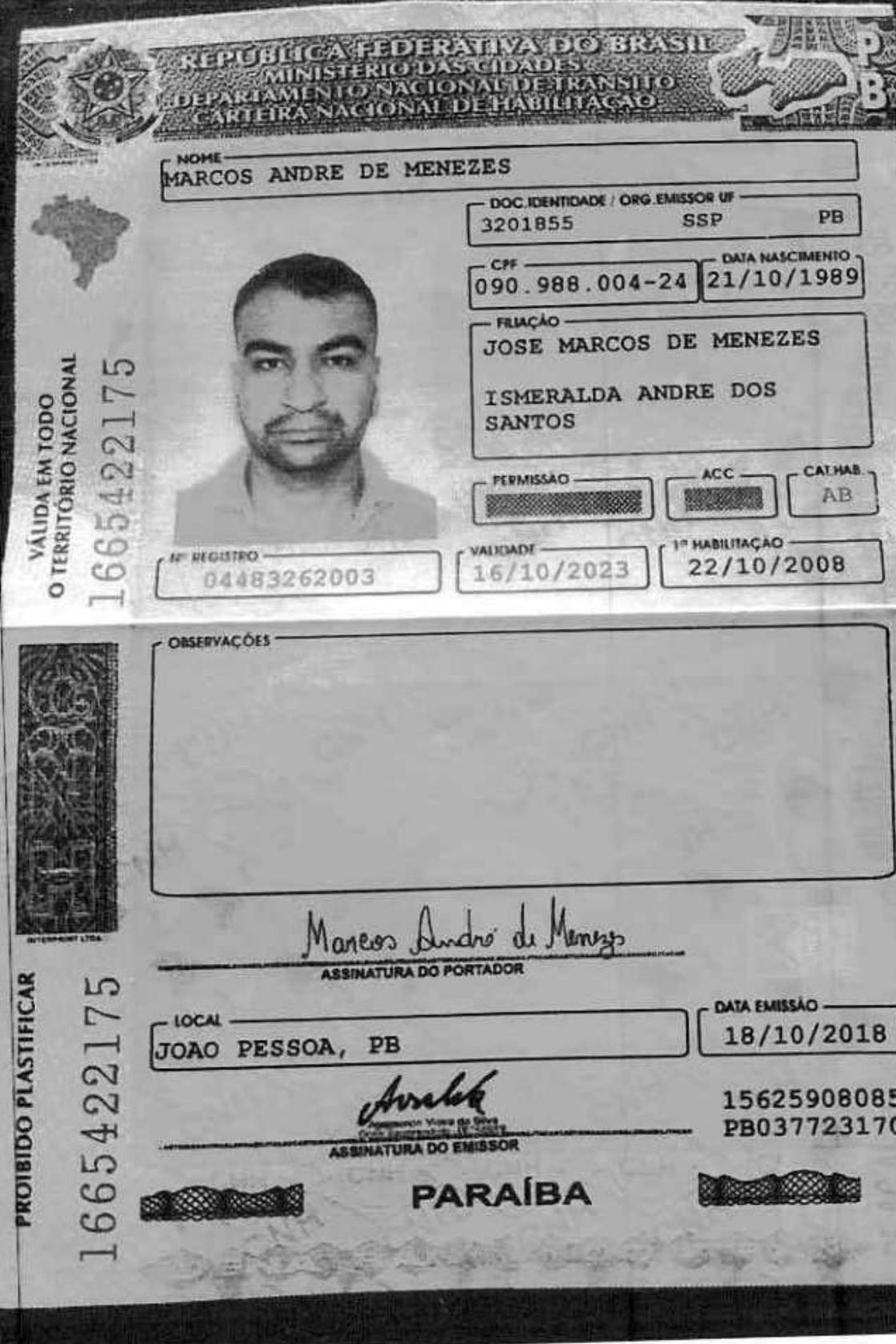




AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO^OO PESSOA
CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

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	Setor CONSULTORIOS - HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Especialidade ORTOPEDIA	Profissional OSMINDO JOSE VIEIRA LOPES
Procedimento	Exame	
Observações		



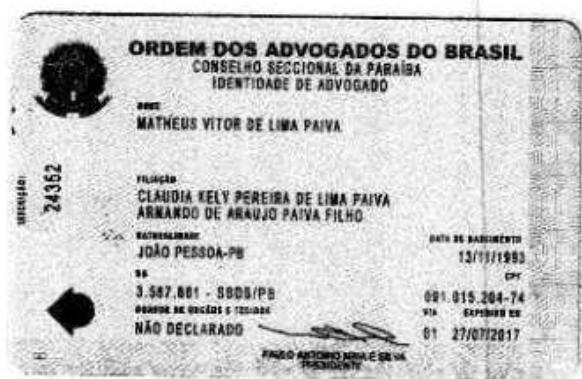


Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Num. 45751487 - Pág. 46



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744>
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Num. 45751487 - Pág. 47

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PB N° 014202857743
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
FRT 20180000567266-3
VIA CÓD. PERNAMBUCO MUNICÍPIO: SERRA DO MAR
1 0022880318-7 00/00000000 2018

NOME: CASSIO ALISSON DO N SOUZA

CPF / CNPJ: 05758504424 PLACA: NPX9078/PB

PLACA ANT. JF NOVO PB 9C2JC4110AR683418

PAS/MOTOCICLE/NAO APIIC GASOLINA

MARCA MODELO ANO FAB. ANO FOGO
HONDA/CG 125 FAN KS 2010 2011

DATA FOGO: 2010 DATA FOGO: 2010 CONDIÇÃO DO VEHÍCULO: PRETA

COTA ÚNICA VENH. COTA ÚNICA ENC. / COTAS
00/00/0000 1^o
PVA PARCELAMENTO COTAS 2^o
***** 0 3^o

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

OBSERVAÇÕES:
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOÃO PESSOA-PB 27/12/2018 35734

32280 

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

PB N° 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXPEDIÇÃO DATA EMISSÃO
2018 27/12/2018

VIA CÓD. PERNAMBUCO MUNICÍPIO: SERRA DO MAR
1 05758504424 PLACA: NPX9078/PB

RENAVAM: 00228803187 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS
ANO FAB.: 2010 CAL. FAB.: 9 N° CHASSI: 9C2JC4110AR683418

PRÉMIO TARIFÁRIO
FNE (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IGF (R\$) TOTAIS PAGO (R\$)
***** SEGURADO PAGO
PAGAMENTO: PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:
SI COTA ÚNICA 27/12/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CPF: 09.346.808/0001-04

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

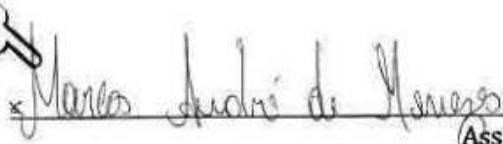
OUTORGANTE: Marcos André de Menezes
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Casado
PROFISSAO: Arquiteto **Nº DO RG:** 3701835
ORGÃO EMISSOR: / / **DATA DE EMISSÃO:** / /
Nº CPF: 090 988 004 24 **ENDEREÇO:** Rua Manoel
SILVA AP 103 - Mumbaba SANTA RITA

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: 091.015.209.79 **ENDEREÇO:** RUA COMERCIANTE
EDISON PAIVA DE ARAÚJO - 652 - SAR. CID. UNIVERSITARIA

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário MARCOS ANDRE DE MENEZES, a quem 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 vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA , 19 de NOVEMBRO de 2019.


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 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540827300000043474744>
Número do documento: 21071415540827300000043474744

Num. 45751487 - Pág. 51



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

Processo n.º 08013386120208150331

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCOS ANDRE DE MENEZES**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA LESÃO NO JOELHO ESQUERDO

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540980100000043474745>
Número do documento: 21071415540980100000043474745

Num. 45751488 - Pág. 1

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelênci, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

DA AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE

NÃO HÁ DOCUMENTOS MÉDICOS NOS AUTOS QUE APONTE LESÕES QUADRIL ESQUERDO

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

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

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

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

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, em especial os documentos médicos, apontam no sentido da ausência de correspondência entre o dano suportado e um sinistro de trânsito.

EXA., NÃO HÁ DOCUMENTOS MÉDICOS NOS AUTOS QUE APONTE LESÕES QUADRIL ESQUERDO!

Dianete do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada **NO QUADRIL ESQUERDO**, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 12 de julho de 2021.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540980100000043474745>
Número do documento: 21071415540980100000043474745

Num. 45751488 - Pág. 2

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:54:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415540980100000043474745>
Número do documento: 21071415540980100000043474745

Num. 45751488 - Pág. 3