



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	<a href="#">Petição</a>	Petição
45751 487	14/07/2021 15:54	<a href="#">2769355_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
45751 488	14/07/2021 15:54	<a href="#">2769355_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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,

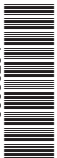
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15185314

Pag. 00407/00408 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030204





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](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: 4 - Nome completo da vítima:  
090.988.009.24 MARCOS ANDRE DE MENEZES

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

5 - Nome completo: MARCOS ANDRE DE MENEZES 6 - CPF: 090.988.009.24  
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA MONACO 9 - Número: 10 - Complemento: AP. 103  
11 - Bairro: MUMBABA 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.300.000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83.991.626443

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0729 CONTA: 00029872 5 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 24/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



Scanned with CamScanner





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 13309.01.2019.1.00.401**

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

**Dados do(s) Fatos:**

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

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

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

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 19 de novembro de 2019.

**MARCOS ANDRE DE MENEZES**  
Notificante



Procedimento Policial: 13309.01.2019.1.00.401





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

090.988.009.24

MARCOS ANDRE DE MENEZES

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

MARCOS ANDRE DE MENEZES

090.988.009.24

RUA MONACO

MUMBABA

SANTA RITA

PB

58.300.000

83.991.626.443

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0729 CONTA: 00029872 5 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019





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



CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Rua Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
JOÃO PESSOA - PB

## 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 154 Registro 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



# 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





Ligado: MONOPACIO  
Os/Sl: RESMFC 517 RESIDENCIAL BARRA RENCA  
Roteiro: 3-9-834-148C Referência: Out/2018  
Modelo: D504-2392-15 Emissão: 06/11/2015

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 R. Zenaide, 25 - Centro - Curitiba - PR - CEP 80071-680  
 CNPJ 09.066.182/0001-40 - Insc. Est. 10.015.023-6

Nata Faccini Corfiu de Energia Elettronica 4032 216 547  
Cel. para B&B, Automatica: 2004 7808327

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 nrc. 006

UC (Unidade Consumidora): 5/1780032-7

### Canal de contato

[illegible]

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Letura	Data	Letura							
01/01/19	241	09/10/19	409	1		168			33	
Demonstrativo										
001	Descrição	Quilowatts (KWh)	Volts (Volts)	Amperes (Amp)	Watts (Watts)	Variação (Variação)	Preço (Preço)	Valor (Valor)	Consumo (Consumo)	
		Tela do TMR	Cabo (R\$)	CAB	Preço (R\$)	Consumo (R\$)	Consumo (R\$)	Consumo (R\$)	Consumo (R\$)	
001	Consumo de Energia	20.200 0,269300	7,06	7,06 37	2,15	7,06	0,07	0,06		
002	Consumo - 31/12/2018-31/12/2019	70.200 0,458500	31,52	31,52 37	9,52	31,52	0,27	1,23		
003	Consumo - 10/1/2020-31/12/2019	50.000 0,394115	15,01	15,01 37	9,63	15,01	0,20	1,37		
004	Adic B 1/1/2020		4,34	4,34 37	1,17	4,34	0,03	0,17		
005	Adic B 1/1/2020		0,51	0,51 37	0,14	0,51	0,01	0,05		
006	Subsídio		42,70	42,70 37	11,55	42,70	0,05	1,65		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
007	CONTROLE DE ENERGIA		10,50	0,01 37	0,02	0,01	0,00	0,00		
008	LUPAS DE MONITORAMENTO		0,01	0,01 37	0,00	0,01	0,00	0,00		
009	TRATAMENTO DE ÁGUA		1,41	0,01 37	0,03	0,01	0,00	0,00		
010	PARCERELAS DE CÉLULAS		97,25	0,01 37	0,02	0,01	0,00	0,00		
011	RENT. BANC. AVAN. RESERVAÇÃO DE 2019		-0,12	0,00 37	0,00	-0,12	0,00	0,00		
012	Desenvolvimento		-29,19	0,00 37	0,00	-29,19	0,00	0,00		
TOTAL					98,68	103,54	22,22	125,54	1,00	47,4
Total do Total de A102000 - C121112 A102000 - C121103 A102000 - C121104										

<b>MAQUILAGEM</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
155	15/10/2019	R\$ 196,56

### Histórico de Consumo (kWh)

161	170	184	190	100	174	172	113	192	2	111	130
Oct-14	Nov-15	Dec-15	Jan-16	Feb-16	Mar-16	Apr-16	May-16	Jun-16	Jul-16	Aug-16	Sep-16

## RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade			Composição de Consumo		
10/2019 - Dende					
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
CONSUMO TOTAL	0,15	0,00	NORMAL	Consumo de Energia Elétrica	198,66
CONSUMO CENTRAL	0,08			Consumo de Energia	144,24
CONSUMO DE ENERGIA	0,07		CENTRALIZADA	Consumo de Iluminação	3,52
CONSUMO DE ENERGIA	0,30	0,00		Consumo de Ar Condicionado	0,16
CONSUMO DE ENERGIA	0,10			Consumo de Outros Serviços	27,38
CONSUMO DE ENERGIA	0,14			Outros Serviços	44,72
CONSUMO DE ENERGIA	0,02	0,00	LIMITE INFERIOR		
CONSUMO DE ENERGIA	0,02		LIMITE SUPERIOR		
CONSUMO DE ENERGIA	0,02			Total	198,66
CONSUMO DE ENERGIA	0,02				100,00

2018年12月25日 星期二 12:12:12

## ATENÇÃO

Skull reduced to 100-120 mm. Eyes 1 mm. Faintly translucent, yellowish-brown. Faintly translucent, yellowish-brown. Faintly translucent, yellowish-brown.

### Faturas em atraso

[illegible]

<input type="checkbox"/> 01 - NÃO OU - SE <input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INEQUÍVOCANTE <input type="checkbox"/> 03 - NÃO ENVIADO PARA O ENDEREÇO <input type="checkbox"/> 04 - FALSO <input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO		<input type="checkbox"/> 07 - AUTÊNTICA <input type="checkbox"/> 08 - NÃO PRECISAMOS <input type="checkbox"/> 09 - NÃO É O SEU ENDEREÇO <input type="checkbox"/> 10 - NÃO É O SEU ENDEREÇO <input type="checkbox"/> 11 - NÃO É O SEU ENDEREÇO <input type="checkbox"/> 12 - NÃO É O SEU ENDEREÇO <input type="checkbox"/> 13 - NÃO É O SEU ENDEREÇO		Resposta ao Serviço Postal em: Referência Responsável: _____ Matrícula: _____
---	--	---	--	---

**DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO**  
 Avenida Tucuruí, 421 - Tamboré  
 06450-020 - 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 cadastre o recebimento da fatura por email.



CTC RECIFE PE PL7  
 ARMANDO DE ARAUJO PAIVA FILHO  
 R. COMERCIANTE EDILSON PAIVA 642  
 AP202 JARDIM CIDADE  
 58052-750 JOAO PESSOA PB



AD: 20406078



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

Data Postagem: 28/04/2019  
 Data Vencimento: 09/09/2019



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](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/BIBLIOTECABWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Matheus Vitor de Lima Paiva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 091.015.204/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcos André de Menezes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.988.004/24

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima Marcos André de Menezes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.988.004/24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: R. - Comerciante Edilson Paiva

Número: 642

Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Jardim Cidade

Cidade: João Pessoa

Estado: PB

CEP: 58052-750

E-mail: \_\_\_\_\_

Tel. (DDD): (83) 99816-8965

Local e Data:

João Pessoa - PB 21/11/19

Matheus Vitor

Assinatura do Declarante





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 CIRURGICO DE FRATURA DE PATELA ESQ.

ALTA HOSPITALAR: 18/04/19

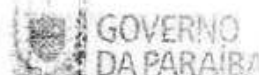
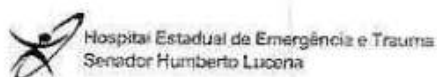
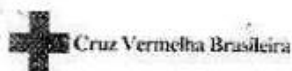
DATA DA EMISSÃO: 19/06/19

*Elivaldo Sales de Toledo*  
Cirurgião Geral  
CRM 1873/PB  
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

**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.







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

Boletim de Atendimento: 1155256



Identificação do paciente			
ID 1392648	Nome MARCOS ANDRE DE MENEZES	Sexo Masculino	
Data de nascimento 21/10/1989	Idade 29 anos 5 meses 20 dias	Estado civil	Religião
Mãe ISMERALDA ANDRE DOS SANTOS	Pai JOSE MARCOS DE MENEZES		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) KATIA CRISTINA NASCIMENTO - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988595203	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3201855	Nº Cns	
Local de procedência DISTRITO INDUSTRIAL	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58083604	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MÓNACO
Número 1000	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS	
Admissão			
Data e Hora 10/04/2019 18:43:12	Número da pulseira 10007128850	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>paciente consciente e orientado, traço de pulso e ritmo de condução de moto. 5 se os exames de sangue.</i>			
Diagnóstico			CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA			Tempo 01 min 28 seg

Imprimir

0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1155256



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. 14



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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 30/03/19	ID da Ocorrência: 040869	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº Equipe: 07	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 18:00 Hs	Hora de Chegada no Local: 18:15 Hs
Paciente / Usuário: <u>Marcos Antonio de Menezes</u>		Idade: <u>29</u>		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Telefone:
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: <u>Rua Senador Isomir de Aguiar</u>		Bairro: <u>Distrito Industrial</u>		Módulo Regulador		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadida do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): <u>NETSHH</u>				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): <u>[Assinatura]</u>		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

1. DADOS VITAIS	FC: <u>80</u>	FR: <u>18</u>	HGT: <u>-</u>	SpO2 - S/O2: <u>96</u>	SpO2 - C/O2:
-----------------	---------------	---------------	---------------	------------------------	--------------

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA
<u>[Assinatura]</u>

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
Diagnósticos da Enfermagem: <u>Risco de lesão por imobilidade</u>
Intervenções: <u>SSVU + circulação e mobilização</u>
Evolução do Enfermeiro: <u>Paciente em risco de lesão por imobilidade, com mobilização realizada e monitorizada.</u>
ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: <u>SR. NG</u>
<u>[Assinatura]</u>





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

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

## Anamnese

# TOPEDIA#

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

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA

## CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

## Conduta

Em observação

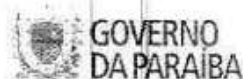
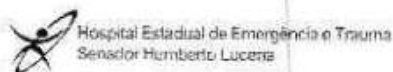
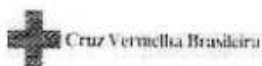
Dr. Luiz Juvencio  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 8637 - PB  
16/07/2021

MARCOS ANDRE DE MENEZES

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

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



**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
			Prontuário
Endereço <b>MONACO, 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>DIAGO ARAUJO SIMOES</b>	Nº Cods. Regional <b>8276/PB</b>
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 CEFALIA. RELATA DOR EM REGIAO TORÁCICA E DOR EM REGIAO ABDOMINAL, ASSOCIADO RELATA DOR EM MIE. NEGA ALERGIAS, NEGA QUALQUER OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE.

## AO EXAME:

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

## CONDUTA:

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

**MEDICAÇÃO**

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

Diluir

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

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

Diluir

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

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAMA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA

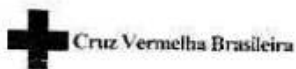
**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Sistema registrado por: ANVISA - WALECKA PEREIRA LIMA em 10/04/2019 18:44:40

1000 A18106-10006  
idico: 055 133 864-56





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Impresso por: LAIANA  
KAREN DANTAS BARRETO  
DE MACEDO  
Em: 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
Tempo de Internação <b>13h 48min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	Preteário <b>115104</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 MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO - 11/04/2019 12:43:39)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO

FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA

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

SEM QUEIXAS

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO

EXAMES OK

CD: AGUARDA TEMPO DE ANTIBIÓTICO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

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

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO

Número Conselho: 12265

*Laiana Barreto*  
Médica  
CRM/PA - 12.265





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO  
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA

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

CD: VPM + TALA JOELHEIRA EM MIE

STAFF: DR LUIZ JUVENCIO

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

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO

Número Conselho: 12265

Laiana Barreto  
Médica  
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



**Conduta**  
**Em observação**

MARCOS ANDRE DE MENEZES

DIOGO ARAUJO SIMOES  
(CRM: 8276/PB)







SUS

Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

Folha  
1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSHL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSHL

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Marcelo André d. Menezes

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/10/1989

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1153256

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

**17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)**

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

02 fio de Kirschner N2.0 (goma)

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CRM 4714 TEOD. 6115  
Fonopédia Transfatorialgia

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORGÃO MISSIONÁRIO DA AUTORIZAÇÃO

46 - DOCUMENTO

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

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

7  
FEUTEL

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

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Talotomus cirurgico da fratura da patela E</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Jorge Pinto  
Médico  
CRM-RN 9595

João Pessoa, 16/04/19

Médico/CRM: \_\_\_\_\_



# Nota de Sala Cirúrgica

DN 21/10/1989

NOME DO PACIENTE **Marcos André de Menezes**

IDADE **29** BE **1155256** RONTUÁRIO **ENFERMARIA** LEITO

CIRURGIA **HO CIRURG. de Fato de Pólios @**

CIRURGIÃO **Dr. Milton** PAUS **Dr. Victor R3** AUTE **Dr. Bruno R2**

ANESTESIA **Maqui**

ANESTESISTA **Dr. Frenes**

INSTRUMENTADOR **Almy**

DATA **26/04/19** TEMPO C/ELR/COO - ANESTESIA INICIO **13:30** CIRCULATÓRIO **15:00**

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

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

GRAU DE CONTAMINAÇÃO (LIVRO) CONTAMINADA (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		05	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE ACO Nº	
CETANINA			JELCO Nº24		FIO DE ACO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST DREN TORACICA Nº		FIO DE NYLON Nº 2-0	1
ETOMIDATO			LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVPI JINTURA	OK	LÂMINA BISTURI Nº24	02	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
ROBUPRIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
ROBUPRIVACAÍNA S/ VASO						
LIDOCAÍNA C/ VASO			LUVIA DE PROCEDIMENTO PAR	1P	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO			LUVIA ESTERIL Nº10	02	FIO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAN			LUVIA ESTERIL Nº15	03	FIO POLIGLECAPRONENº	
MORFINA			LUVIA ESTERIL Nº20	02	FIO SEDA Nº	
NTMBIUM			LUVIA ESTERIL Nº25	02	FITA CARDIACA	
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRURGICA			
PIPIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº17		MISTURAS		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PROPÓFOL	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERAFRADOR DE SORO		CATETER DE PIC	
RANIFENTANIL	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº18		CIMENTO CIRURGICO	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº26G	01	SCALP Nº21		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
SEVOFLURANO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	20 r
SUXAMETÔNIO	ALGODÃO ORTOPEDICO	02	SERINGA 5ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
TIOPENTAL	ATADURA DE CREPOM	04	SERINGA 10ML		FIO STEENMAN Nº	
	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		FIO STEENMAN Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.		BOLSA P/COLOSTOMIA		GRAMPEADOR CIRURGICO	
ADRENALINA			CÂNULA P TRAQUEOSTOMIA Nº		HEMOST ABSORVIVEL	
ÁGUA DESTILADA			CÂNULA P TRAQUEAL Nº10		KIT DELTA VENTRICULAR	
ATROPINA			CATETER DE OXIGÊNIO	01	PROTESE VASCULAR	
BEXTRA			CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT PAM	
CEFAZOLINA			CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA			CATETER EPIDURAL Nº17			
IRONA SODICA			CATETER EPIDURAL Nº18			
EDRINA			CERA PARA OSO			
FLUOSEMIDA			COLET URINA FECHADO			
FLUOSE 50%			COMPRESSAS CIRURGICAS	05		
GELATO DE CALCIO			COMPRESSAS CIRURGICAS	05		
HIDROCORTISONA			DRENO DE PENROSE			
LIDOCAÍNA GELIA			DRENO DE SECÇÃO			
MASENTRONA			ELETRODOS	05		
MSIL			EQUIPO MACROGOTAS	01		
PROSTIGMINE			EQUIPO TRANSF SANGUE			
PROTAMINA			EQUIPO MICROGOTAS			
PROXICAN			ESPONJA DE PVPi	02		
			ESPARADRAPO	OK		
			GAZES	15		
			GAZES ALGODADAS			
			GEL ELETROLITICO	OK		
			JELCO Nº14			
			JELCO Nº16			

# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 16/04/19

PACIENTE: Marcos André de Meneses

PRONTUÁRIO: 1155256  
SEXO: COR: IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL 110/70 mmHg RESPIRAÇÃO 18 bpm TEMPERATURA 36,0°C PESO 70 kg GRUPO SANGÜÍNEO BOM  
ESTADO GERAL BOM REGULAR BOM REGULAR RISCO CIRÚRGICO BOM REGULAR BOM REGULAR  
EXAMES COMPLEMENTARES -

AP. RESPIRATORIO: Bom AP. CIRCULATÓRIO: Bom  
AP. DIGESTIVO: Bom ESTADO MENTAL: Orientado DROGAS EM USO:

PRE-ANESTÉSICO Midazolam

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura da patela

CIRURGIA REALIZADA: Trat. cirúrgico da fratura da patela

CIRURGIÃO: Dr. Hilton AUXILIARES: Dr. Nilvon

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

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH:

ANESTESISTA: Dr. Nilvon + Dr. Gilberto

ANESTESIA: 13:50h 14:50h 15:50h

Dr. Renato  
MÉDICO  
CRM 179



PROCESSO: 13:50h 14:50h 15:50h

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico:  
Midazolam 0,5mg  
Fentanyl 25mcg  
Neocaina 1% 0,5% 15mg  
Pimoril 80mg  
Atropina 2g  
Etilpropilina 2g  
Dexametasona 8mg  
Dexametasona 10mg

Paciente com acesso venoso perfurado usando um MSE, monitorizado, ventilado, anestesiado e o acesso a 70% de saturação. Aproximadamente nível L3-L4, Ag 260 ou Quinke, e confirmado. Procedimento: Intervenções.

Dr. Renato  
MÉDICO  
CRM 179





# RELATÓRIO DE CIRURGIA

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia em mesa ortopédica  
Assistência e assistência  
Após a preparação da campo cirúrgico

### Incisão:

Longitudinal um garfo  
próximo ao plomo  
Cuidados c/ hemostase

### Achados:

Fe da patela esquerda

### Conduta:

- Fixação do polo inferior da patela c/ fios da Ethibond
- Remoção da hemostase
- L.M.C c/ SF 0,9%
- Sutura por plomo
- Curativos por asséptico

### Fechamento:

### Observação:

- Rx da contralateral
- Tala no joelho

Jorge Filho  
Médico  
CRM-32.550

João Pessoa, 16/04/19

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

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

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<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:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM:

*Laiana Barreto*  
Médica  
CRM/RB - 12.453

DATA: **10/4/2019**



# Nota de Sala Cirúrgica

DE: 1155256



NOME DO PACIENTE: Marcos André de Aguiar

IDADE: 29 SEX: M PRONTUÁRIO: 455256 ENTENDIMENTO: LETO

CIRURGIÃO: Dr. Luiz Guilherme CATEGORIA: 110. Cir. Limpeza Cirúrgica + sutura de MIE

ANESTESIA: Raquel ANESTESISTA: Dr. Jairo V.

INSTRUMENTADOR: Dr. Jairo V.

DATA: 30/04/19 TEMPO CIRÚRGICO: 22:10 ANESTESIA INICIAL: 22:10 ANESTESIA FINAL: 22:40

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIAS - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS): ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) DEFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONSUMÍVEIS	QTD.	QTD.	QTD.
ALFENTANIL		5000 Fisiológico	04		
BUPIVACAÍNA ISOBARIÇA		RELCO N°1			
BUPIVACAÍNA PESADA	01	RELCO N°2			
CEETANIL		RELCO N°3			
DIPOLOL		RELCO N°4			
ETOVIMATO		KIT SIST. DREN. TORÁCICA			
FENOBARBITAL		ESQUELHAS	QTD.		
FENTANIL		LÂMINA BISTUR N°1			
FILMAZENTIL		ALCOOL ETILICO 70%	✓		
ISOFLURANO		ANTI-DESMIDANTE	✓		
LEVOSUPRACAÍNA C/VASO		FIO DE NYLON N°			
LEVOSUPRACAÍNA S/VASO		FIO DE NYLON N°			
LIDOCAÍNA C/VASO		FIO DE NYLON N°			
LIDOCAÍNA S/VASO	01	FIO DE NYLON N°			
MEDAZOLAM		FIO DE NYLON N°			
MORFINA	02	FIO DE NYLON N°			
NOBILUM		FIO DE NYLON N°			
PANTELORONTO		FIO DE NYLON N°			
RODINA		FIO DE NYLON N°			
PROPOFOL		FIO DE NYLON N°			
RAMIFENTANIL		FIO DE NYLON N°			
ROCURÔNIO		FIO DE NYLON N°			
SEVOFLURANO		FIO DE NYLON N°			
SUX AMBÔNIO		FIO DE NYLON N°			
TIOPENTAL		FIO DE NYLON N°			
NEEDLES	QTD.	MATERIALS	QTD.		
ADRENALINA		AGULHA 13x4.5			
ÁGUA DESTILADA		AGULHA 13x3.7			
ATROPINA		AGULHA 13x3.4			
BEXTRA		AGULHA 13x3.2			
CEFAZOLINA	01	AGULHA PERIDURAL N°16			
DEXAMETASONA	02	AGULHA PERIDURAL N°17			
DIPHTERINA SÓDICA		AGULHA PERIDURAL N°18			
ETEDRINA		AGULHA RAQUIDIANA			
FLUOREMIDA		AGULHA RAQUIDIANA			
GLICOSE 30%		AGULHA RAQUIDIANA			
GLUCONATO DE CÁLCIO		ALGODÃO ORTOPÉDICO			
HYDROCORTISONA		ATADURA DE CREPON	15C-05		
LIDOCAÍNA GELITA		ATADURA GESSADA			
ONDASINTRONA		AGULHA N° COLOSTOMIA			
PLASOL		CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA			
PROSTIGMINE		CATETER DE DRENAGEM			
PROTAMINA		CATETER EMBOLOMIO ARTERIAL			
TENOLOCAN		CATETER EPIDURAL N°16			
ELFALOTINA	2	CATETER EPIDURAL N°17			
		CATETER EPIDURAL N°18			
		CERA PARA OSO			
		COLET. URINA FECHADO			
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
		DRENO DE FENECSE			
		DRENO DE SUÇÃO			
		ELETRODOS			
		EQUIPO MACROGOTAS			
		EQUIPO MICROGOTAS			
		ESPONJA DE PVP			
		ESPONJADRAPO			
		GAZES			
		GELIS ALGODOADAS			
		GEL ELETROLÍTICO			
		RELCO N°14			
		RELCO N°16			
		RELCO N°18			
		RELCO N°20			
		RELCO N°22			
		RELCO N°24			
		RELCO N°26			
		RELCO N°28			
		RELCO N°30			
		RELCO N°32			
		RELCO N°34			
		RELCO N°36			
		RELCO N°38			
		RELCO N°40			
		RELCO N°42			
		RELCO N°44			
		RELCO N°46			
		RELCO N°48			
		RELCO N°50			
		RELCO N°52			
		RELCO N°54			
		RELCO N°56			
		RELCO N°58			
		RELCO N°60			
		RELCO N°62			
		RELCO N°64			
		RELCO N°66			
		RELCO N°68			
		RELCO N°70			
		RELCO N°72			
		RELCO N°74			
		RELCO N°76			
		RELCO N°78			
		RELCO N°80			
		RELCO N°82			
		RELCO N°84			
		RELCO N°86			
		RELCO N°88			
		RELCO N°90			
		RELCO N°92			
		RELCO N°94			
		RELCO N°96			
		RELCO N°98			
		RELCO N°100			
		RELCO N°102			
		RELCO N°104			
		RELCO N°106			
		RELCO N°108			
		RELCO N°110			
		RELCO N°112			
		RELCO N°114			
		RELCO N°116			
		RELCO N°118			
		RELCO N°120			
		RELCO N°122			
		RELCO N°124			
		RELCO N°126			
		RELCO N°128			
		RELCO N°130			
		RELCO N°132			
		RELCO N°134			
		RELCO N°136			
		RELCO N°138			
		RELCO N°140			
		RELCO N°142			
		RELCO N°144			
		RELCO N°146			
		RELCO N°148			
		RELCO N°150			
		RELCO N°152			
		RELCO N°154			
		RELCO N°156			
		RELCO N°158			
		RELCO N°160			
		RELCO N°162			
		RELCO N°164			
		RELCO N°166			
		RELCO N°168			
		RELCO N°170			
		RELCO N°172			
		RELCO N°174			
		RELCO N°176			
		RELCO N°178			
		RELCO N°180			
		RELCO N°182			
		RELCO N°184			
		RELCO N°186			
		RELCO N°188			
		RELCO N°190			
		RELCO N°192			
		RELCO N°194			
		RELCO N°196			
		RELCO N°198			
		RELCO N°200			
		RELCO N°202			
		RELCO N°204			
		RELCO N°206			
		RELCO N°208			
		RELCO N°210			
		RELCO N°212			
		RELCO N°214			
		RELCO N°216			
		RELCO N°218			
		RELCO N°220			
		RELCO N°222			
		RELCO N°224			
		RELCO N°226			
		RELCO N°228			
		RELCO N°230			
		RELCO N°232			
		RELCO N°234			
		RELCO N°236			
		RELCO N°238			
		RELCO N°240			
		RELCO N°242			
		RELCO N°244			
		RELCO N°246			
		RELCO N°248			
		RELCO N°250			
		RELCO N°252			
		RELCO N°254			
		RELCO N°256			
		RELCO N°258			
		RELCO N°260			
		RELCO N°262			
		RELCO N°264			
		RELCO N°266			
		RELCO N°268			
		RELCO N°270			
		RELCO N°272			
		RELCO N°274			
		RELCO N°276			
		RELCO N°278			
		RELCO N°280			
		RELCO N°282			
		RELCO N°284			
		RELCO N°286			
		RELCO N°288			
		RELCO N°290			
		RELCO N°292			
		RELCO N°294			
		RELCO N°296			
		RELCO N°298			
		RELCO N°300			
		RELCO N°302			
		RELCO N°304			
		RELCO N°306			
		RELCO N°308			
		RELCO N°310			
		RELCO N°312			
		RELCO N°314			
		RELCO N°316			
		RELCO N°318			
		RELCO N°320			
		RELCO N°322			
		RELCO N°324			
		RELCO N°326			
		RELCO N°328			
		RELCO N°330			
		RELCO N°332			
		RELCO N°334			
		RELCO N°336			
		RELCO N°338			
		RELCO N°340			
		RELCO N°342			
		RELCO N°344			
		RELCO N°346			
		RELCO N°348			
		RELCO N°350			
		RELCO N°352			
		RELCO N°354			
		RELCO N°356			
		RELCO N°358			
		RELCO N°360			
		RELCO N°362			
		RELCO N°364			
		RELCO N°366			
		RELCO N°368			
		RELCO N°370			
		RELCO N°372			
		RELCO N°374			
		RELCO N°376			
		RELCO N°378			
		RELCO N°380			
		RELCO N°382			
		RELCO N°384			
		RELCO N°386			
		RELCO N°388			
		RELCO N°390			
		RELCO N°392			
		RELCO N°394			
		RELCO N°396			
		RELCO N°398			
		RELCO N°400			
		RELCO N°402			



SEX	CON	TRADE
-----	-----	-------

C2M-FE

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

Médico/CRM:

  
Caiana Barreto  
Médica  
CRMPS - 12265

João Pessoa,

10/4/2019



1115 98497



## ATESTADO MÉDICO



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

João Pessoa, 10/04/2019

Dr. Carlos Alberto M. Vieira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 69020/M-PE/22841  
TEOT 1384V

Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

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

F(NG).CC.003-1



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

LANCADO - 22/04/2019

Marcos Com. e Serviços de Distribuição S/A  
Vanderlan Sousa  
Mat: 24972 (at. Seg. do trabalho)

22/04/2019





## ATESTADO MÉDICO



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

João Carlos Alberto M. Viana  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM PE 5202 CRM PE 22641  
13841

10/04/2019

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.003



- ☐ 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. Tibiricã de Medeiros Barbosa
- ☐ Dr. Vladimir Antônio Cousseau



**ORTOTRAUMA**  
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

*Planoes ordo-*

*R. ...*

*- OSCA1-500 - D3 - 2ax*

*Praty 1 cp v. v*

*12/12L - 60 typ*

*22/04/19*

Dr. Milton da Silva Linhares  
CRM 4714 / EXT 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 •



29/04/19  
PET  
curator  
Dr. Milton da Silva Linhares  
CRM 244 TEOT 6115  
Ortopedia Traumatologia





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



**ORTOTRAUMA**  
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

*Handwritten notes:*  
 1/ mãos arthro  
 - max subitil-600g  
 Pneu CPV no  
 12/02/2019 - 10h  
 29/04/19  
 Dr. Milton da Silva Linhares  
 CRM 4714 TEOT 6815  
 Ortopedia Traumatologia

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

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

Raio X •  
 Artroscopia •  
 Clínica de Fraturas •






13/05/19

EX

Antônio da Silva Linhares  
OAB 4314 TEOT 6115  
Intervista Traumatologia


PROCURADOR GERAL DE JUSTIÇA  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PGE RJ



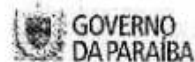
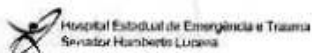
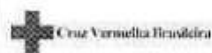
 Cruz Vermelha Brasileira	 Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	 GOVERNO DA PARAÍBA
--	---	--

### Receituário de Controle Especial

<b>Unidade de Saúde</b> HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep 58031-090		
<b>Paciente</b> MARCOS ANDRE DE MENEZES	<b>Nº Cartão de SUS</b> 6E 1155256	
<b>Endereço do Paciente</b> Rua MONACO, 1000, JOAO PESSOA-PB-58083604		

<b>USO ORAL</b>  CEFALEXINA 500 MG _____ 28 CP  TOMAR DE 6/6 HORAS POR 7 DIAS	
 Dr. Carlos Alberto Marques Vieira Ortopedia / Traumatologia CRM PB 6902 CRM PE 22641 TEOT 13941	
18/04/2019 Data	DR. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA 6902/PB
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b> Nome completo: _____ Identidade: _____ Org. Emissor: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b> Ass. Farmacêutico _____ Data _____





### Receituário de Controle Especial

<b>Unidade de Saúde</b> HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep. 58031-090		
<b>Paciente</b> MARCOS ANDRE DE MENEZES	<b>Nº Cartão do SUS</b>	<b>RE</b> 1155256
<b>Endereço do Paciente</b> Rua MONACO, 1000, JOAO PESSOA-PB-58083604		

FÓXIS 200 MG ..... 10 CP

TOMAR DE 12/12 HORAS POR 5 DIAS

PACO COMPR ..... 24 CP

TOMAR DE 8/8 HORAS

18/04/2019

Data

Dr. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA

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

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome completo: _____	
Identidade: _____	
Org. Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
	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. Tíberia de Medeiros Barbosa
- ☐ Dr. Vlademir Antônio Cousseau



**ORTOTRAUMA**  
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

*1/10 Acres por DRº  
Lino Torres  
R. ...  
- Diprospon - Olex  
Aplicar o/...  
Im(08, 000)  
27/05/19*

*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 •



01/07/19  
PK & Figueira  
Dr. Milton da Silva Linhares  
CRM 47134 TEOT 6115  
Ortopedia Traumatologia

Exame físico  
do membro superior direito  
em repouso e em movimento  
não há dor, edema, deformidade  
ou alteração da amplitude de movimento  
observada.





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



**ORTOTRAUMA**  
 ■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

*Pl Marcos André*

*Ruf*

*- DAFION 5007 - 20x*

*Para (ep) V. 2*

*212/226 - 1cm*

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

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

Raio X •  
 Artroscopia •  
 Clínica de Fraturas •



- ALGUNA C. RETARD

03a

Princípios de V. e  
de 20/20/20

em 20/20/20  
de 20/20/20

13/05/19

Dr. Milton da Silva  
CRM 4714 TEO  
Ortopedia Traumat

27/05/19

EX + Fibra

Dr. Milton da Silva  
CRM 4714 TEO  
Ortopedia Traumat





## DECLARAÇÃO DE INTERNO

Declaramos para os devidos fins que o(a) paciente Marcos André de Almeida, portador do RG nº: 3201855, esteve interno(a) neste Hospital para tratamento médico desde do dia 10/14/2009 recebendo alta em: 1/1/.

João Pessoa, 11 de 04 de 2009.

  
Rosângela de Oliveira  
Assistente Social - CRESS 597  
Assistente Social

11/04/2018  
Sueleno 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



## Documento de Alta

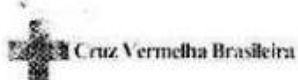
<b>Nome</b> MARCOS ANDRE DE MENEZES			<b>Número Prontuário:</b> 115104
<b>Data de</b> 21/10/1989	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 10/04/2019 22:55:18	<b>Data de Alta:</b> 18/04/2019 08:47:07
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> conduta=PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO 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 , FÔXIS , PACO E ORIENTO CURATIVO ESTÉRIL PSF MARCAR RETORNO PARA DR. MILTON LINHARES HTOP 3214-2911 OBS: MANTER A TALA COM O JOELHO EM EXTENSÃO ATÉ A LIBERAÇÃO POR DR. MILTON LINHARES			

Data: 18/04/2019

Dr. Carlos Alberto M. Vieira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM PB 6902 - CRM RJ 22641

CARLOS ALBERTO MARQUES  
VIEIRA  
CRM: 6902 - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

DADOS GERAIS		
Marcação da agenda 18/04/2019 10:53:43	Convênio SUS	
Nome do paciente MARCOS ANDRE DE MENEZES	Data de Nascimento 21/10/1989	
Dados do agendamento		
Data e Hora 03/05/2019 12:00	Serviço CONSULTA DE RETORNO	Seção CONSULTORIOS - HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Especialidade ORTOPEdia	Profissional OSMINDO JOSE VIEIRA LOPES
Procedimento	Exame	
Observações		





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



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1665422175

NOME  
MARCOS ANDRE DE MENEZES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3201855 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
090.988.004-24 21/10/1989

FILIAÇÃO  
JOSE MARCOS DE MENEZES  
ISMERALDA ANDRE DOS  
SANTOS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO  
04483262003

VALIDADE  
16/10/2023

1ª HABILITAÇÃO  
22/10/2008

OBSERVAÇÕES

*Marcos Andre de Menezes*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
18/10/2018

*Anabela*  
Assessoria Técnica do Departamento Nacional de Trânsito  
ASSINATURA DO EMISSOR

15625908085  
PB037723170

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1665422175

Scanned with CamScanner







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014202857743  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0022880318-7 00/00000000 2018

NOME  
CASSIO ALISSON DO N SOUZA

CPF / CNPJ 05758504424 PLACA NPX9078/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB 9C2JC4110AP683418

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

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

CMV POT. CV 2 9/124 /CI CATEGORIA PARTIC COF. PREDOMINANTE PRETA

DATA ÚNICA 00/00/0000 1ª  
P V A  
PASA LPA/A 0 PARCELAMENTO /COTAS 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 R\$ PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 R\$ DATA DE PAGAMENTO 27/12/2018  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO  
COTA ÚNICA PARA TRANSPERÊNCIA 0

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

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - 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  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 27/12/2018

VIA 1 05758504424 PLACA NPX9078/PB

RENDAVIA 00228803187 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2010 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2JC4110AR683418

PRÊMIO TARIFÁRIO

FBS (R\$) \*\*\*\*\* DENATIAN (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) SEGURO TOTAL SEM RISCO PESSOAL (R\$) P A G O

PAGAMENTO: S COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 27/12/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.346.808/0001-04

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  
**PROFISSÃO:** Carpinteiro **Nº DO RG:** 3201855  
**ORGÃO EMISSOR:**  **DATA DE EMISSÃO:** 1/1  
**Nº CPF:** 090.988.004.24 **ENDEREÇO:** Rua Manoel  
S/N AP 103 - Mumbaba SANTA RITA

**OUTORGADO:** MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO  
**PROFISSÃO:** ADVOGADO **Nº DO RG:** 3587861  
**ORGÃO EMISSOR:** SSP - PB **DATA DE EMISSÃO:** 1/1  
**Nº CPF:** 091.015.209.79 **ENDEREÇO:** RUA COMERCIANTE  
EDILSON PAIVA DE ARAÚJO - 652 - SARD. CID. UNIVERSITARIA

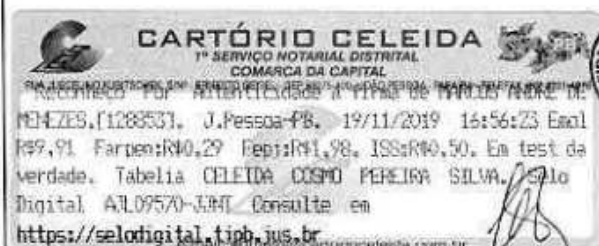
### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário MARCOS ANDRÉ 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 vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA 19 de NOVEMBRO de 20 19

Marcos André 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

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

### 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](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





**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 Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**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.





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 Excelência, 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 inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

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

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, em especial os documentos médicos, 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!**

Diante 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](http://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