

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ
Nº Sinistro: 3180433812
Vitima: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ
Data do Acidente: 13/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180433812**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13390925



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ**

Nº Sinistro: **3180433812**

Vitima: **HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ**

Data do Acidente: **13/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180433812**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13390926



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

081.373.094-54

Nome completo da vítima

Heyton Ramalho de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Heyton Ramalho de Oliveira		CPF titular da conta 081.373.094-54	Profissão Comércio Civil
Endereço Rua Antonio P. de Barros		Número 82	Complemento A
Bairro Changabeira	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58055-470
Email		Telefone (DDD) (83) 99607-7040	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

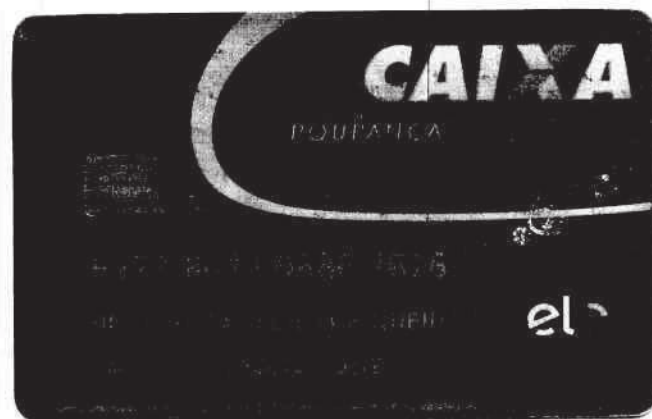
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 3462 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 13012 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		AGÊNCIA NRO. <input type="checkbox"/>	
D/V <input type="checkbox"/>		D/V <input type="checkbox"/>		D/V <input type="checkbox"/>		D/V <input type="checkbox"/>	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 18 de Setembro de 2018
Local e Data

Heyton Ramalho de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



3462 0013032-8.



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

081.373.094-54

Nome completo da vítima

Heyton Ramalho de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Heyton Ramalho de Oliveira		CPF titular da conta 081.373.094-54	Profissão Comércio Civil
Endereço Rua Antônio P. de Barros		Número 82	Complemento A
Bairro Changabeira	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58055-470
Email		Telefone (DDD) (83) 99607-7040	

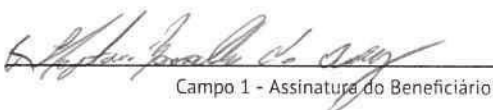
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

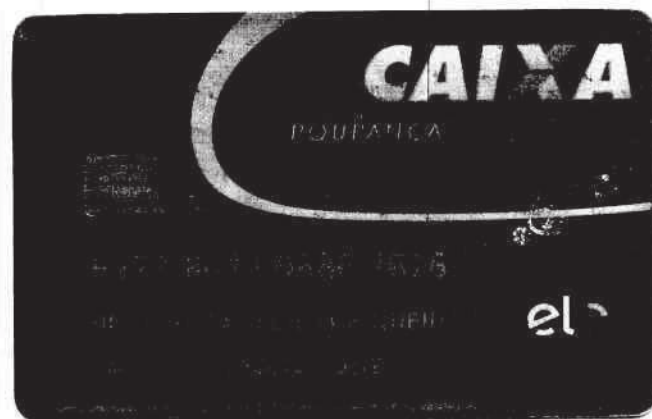
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 3462 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 13012 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		AGÊNCIA NRO. <input type="checkbox"/>	
D/V <input type="checkbox"/>		D/V <input type="checkbox"/>		D/V <input type="checkbox"/>		D/V <input type="checkbox"/>	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 18 de Setembro de 2018
Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário


Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



3462 0013032-8.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01451.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01451.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:09 horas do dia 01 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Heytor Ramalho de Queiroz**, CPF nº 081.373.094-54, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Bombeiro Civil, filho(a) de Elia Terezinha Araujo de Souza Ramalho e Sebastião Marte Ramalho de Andrade, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/11/1989 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Antonio P de Castro, Nº 82 A, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Colegio, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-6795.

Dados do(s) Fatos:


Local: Manoel Borges de Carvalho, Atacadão, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/04/18 03:56h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, transitava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD, ano e modelo: 2014/2015 de cor vermelha, placa NQK 5671/PB, Chassi nº 9C2KC1650FR010580, registrado em nome de NORD .CON NORDESTE CONSTRUTORA LTDA, CNPJ 17724971000187; QUE segundo o notificante transitava normalmente pelo endereço à rua: Manoel Borges de Carvalho, bairro do Geisel, nesta Capital PB; QUE o notificante diz que foi trancado por um veículo, até então não identificado, onde perdeu o controle e acabou por colidir em um poste de alta tensão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENER TERCIO G. G. DA TRINDADE, CRM 3920, DATADO DE 19.07.2018 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo resgate do corpo de bombeiros ; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S83,1

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 fê.

João Pessoa/PB, 01 de agosto de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ
Notificante
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Procedimento Policial: 01451.01.2018.1.00.420



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0271 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: IGRINALDO BRANDÃO GONZAGA FILHO	Posto/Graduação: SD /PM				
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: R: Manoel L. de Carvalho/R: Escritora S. F. O. Lima	Hora 04:10	Bairro Água Fria	Município: João Pessoa	U F PB		
Data/Ocorrência 13-04-2018	Dia da Semana Sexta-feira	C/S Vitima (QT) Com	Natureza do Acidente Choque	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Molhada	Tempo Chuva
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 Veículo		Controle do tráfego no local Via de duplo sentido				

CONDUTOR 01

Nome Heytor Ramalho de Queiroz	Sexo Masculino	Nascimento 18-11-1989	RG 21448110-75				
Endereço Rua Professor Luiz Alberto Moreira Coutinho, 18, Mangabeira, João Pessoa, PB.							
1ª Habilitação 11-02-2009	Categoria AB	Registro CNH N.º 04570443006	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 13-05-2018	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Hospital de Trauma					

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Honda CG Titan	Espécie Motocicleta	Placa NQK - 5671	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário					
Seguradora	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão		
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Versão prejudicada pois até a presente data o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.

VÍTIMA 01

Nome Heytor Ramalho de Queiroz	Sexo Masculino	Nascimento 18-11-1989
Endereço Rua Professor Luiz Alberto Moreira Coutinho, 18, Mangabeira, João Pessoa, PB		
Viajava no Veículo Nº 01		Usava Cinto
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: No local do acidente ficou impossível identificar o local de impacto devido a chuva no momento. Vítima socorrida ao Hospital de Trauma e motocicleta ao Bptran para complemento de Boat. Ficha anexo.

João Pessoa – PB, 11 de Maio de 2018.

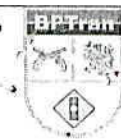
BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 24/05/2018



IGRINALDO
Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho SD PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0271 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo: Honda CG Titan	Placa: NQK – 5671 PB	Responsável pelo Preenchimento: SD Brandão	Data: 13-04-2018
--	--------------------------------	--	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

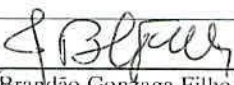
Item		Avaliação			Item		Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			01	

Observações: DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	-> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 11 de Maio de 2018.


Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho SD PM
Responsável pelo Levantamento



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 24/05/2018




POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



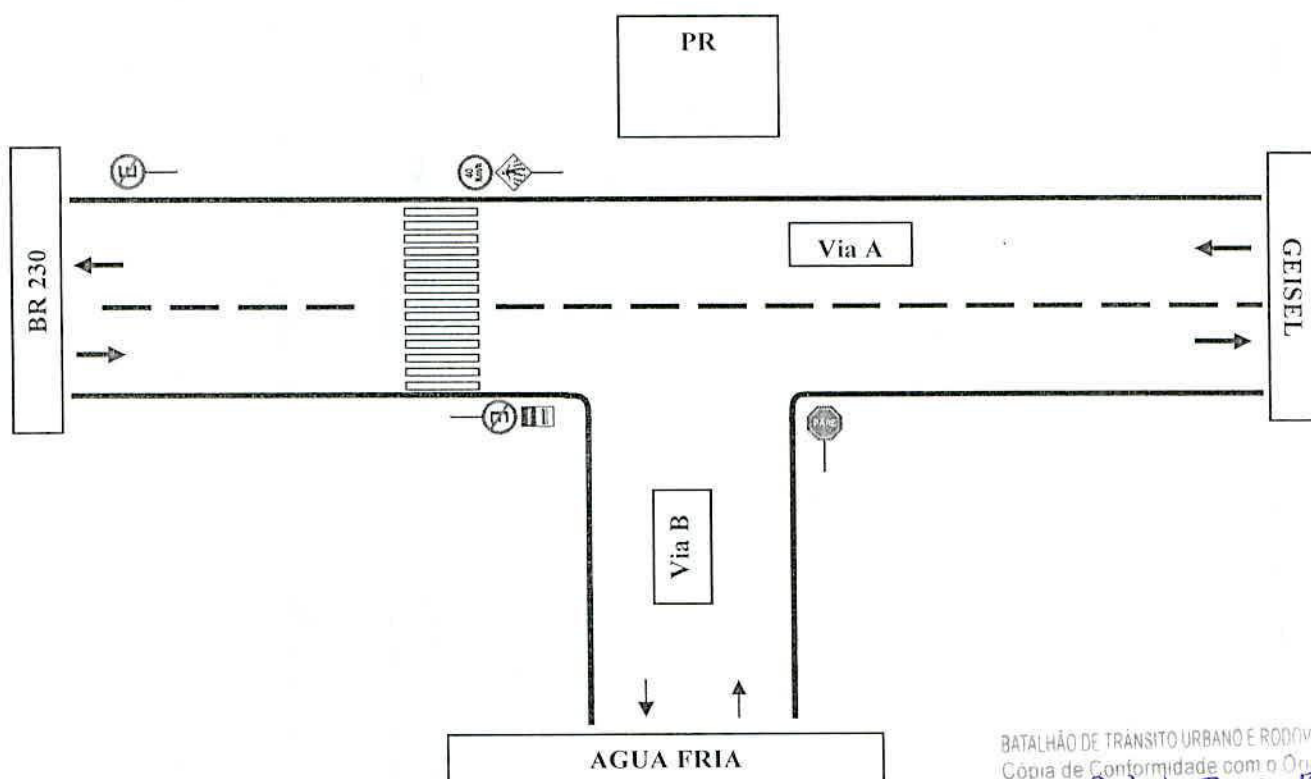
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0271/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Manoel Lopes de Carvalho 07,00metros
VIA "B" - Rua Escritora Silinha F. de Oliveira Lima 06,00metros

PR (Ponto de Referência) Posto Ale
PA (Ponto de Amarração)

V1 (Veículo 01) Retirado do local
V2 (Veículo 02)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 24/05/2018

SINATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Grinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento



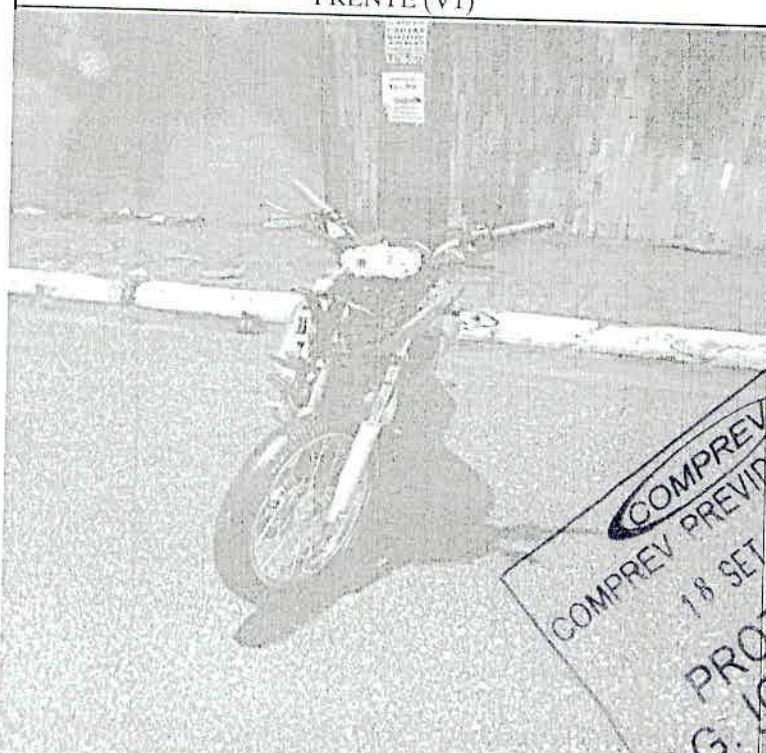
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0271/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)

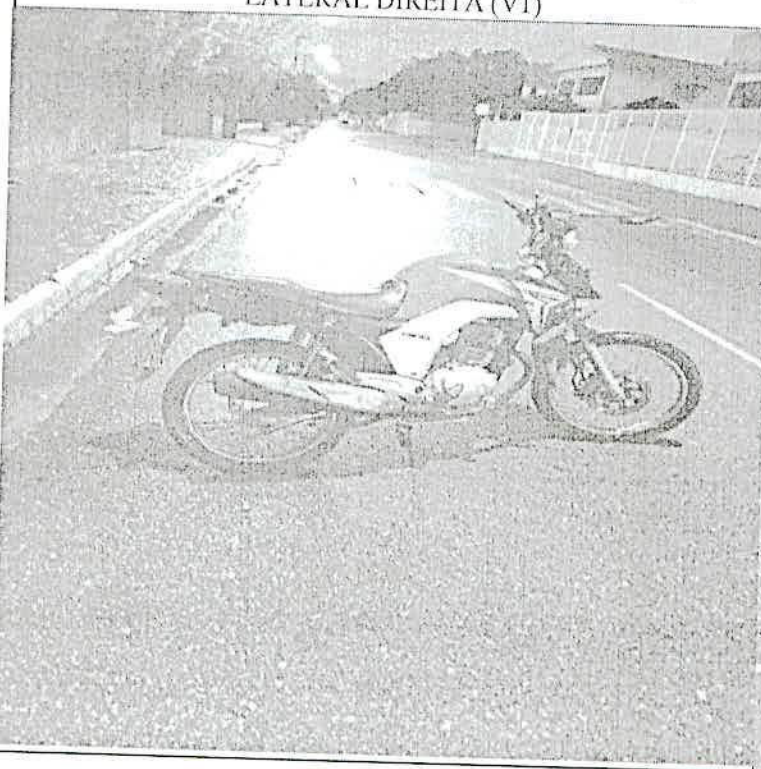


TRASEIRA (V1)

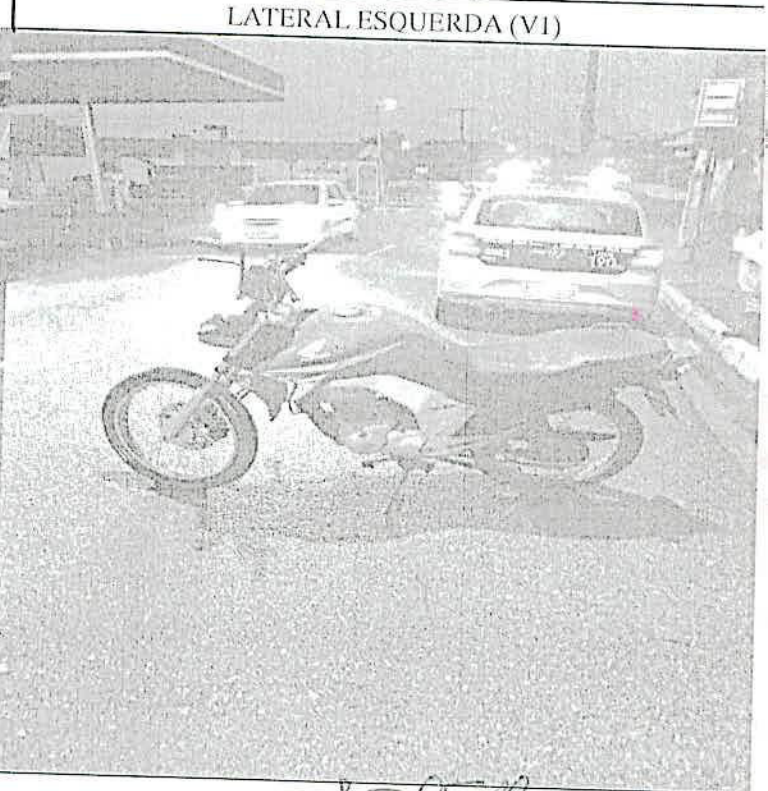


COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 24/05/2018

Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Heyton Ramalho de Queiroz

CPF da Vítima

081.373.094-54

Data do Acidente

13/04/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para efeitos do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com o resultado da perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 Set. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 20 de agosto de 2018


Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 18/05/18


Comandante de BAPH
Kelly Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. QOBM-521.280 4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 18 de Maio de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0214/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 13/04/2018, conforme requerimento nº 224/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 03h56min o/a Sr.(a) **HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ**, CPF 081.373.094-54, vítima de acidente de trânsito (*colisão (moto x poste)*), ocorrido na Rua Manoel Borges de Carvalho, Geisel– João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48 tendo como chefe o **CB BM DENIS LIMA DE SOUZA**, Matrícula: 521.611-7. Vítima desorientada, com laceração no supercílio e fratura de membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira** de Souza- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

N/I Marcelo de Santana

Chefe da 3ª Seção

MARCELO DE SANTANA
COMANDANTE DE BAPH
RG 244 - CPF: 749.775.397-53
18 SET. 2018

PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAIBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar,
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br

MARIA ELIZABETH DE MENEZES
RUA ANTONIO PEREIRA CASTRO, 82/ B - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP 58055-470 (AG 1)

Emissao 17/07/2018 Referencia Jul / 2018

Classe/Subcls RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - I

Roteiro: B - 5 - 216 - 7400

Nº medidor 00000906449

Atendimento ao Cliente ENERGISA

0800 083 019

Conta referente a

Apresentação

Data pr
próxim

Jul / 2018

17/07/2018

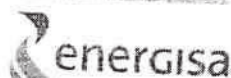
16/08

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 167 / SALA 08 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58076394 (A.O. 1)

Emissão: 22/05/2018 Referência: Mai / 2018
Classe Serviço: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFASICO
Roteiro: 12 - 5 - 782 - 480 Nº medidor: 0006887522



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-200, Km 05 - Distrito Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-910
CNPJ: 09.096.165/0001-45 Insc. Est. 16.015.802-0

Sala Facilita: Serviço de Energia Especializada 100% 24h
Cód. para Dth Automático: 0001981027

Mai / 2018

22/05/2018

21/06/2018

1094222445

UC (Unidade Consumidora):

5/1698358-7

Baixar o aplicativo Energisa On em qualquer smartphone ou tablet.
Você terá acesso à segunda via da conta, monitorar a sua faturação,
informações sobre falta de energia e demais serviços.
Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite todas
as facilidades.

PR *CRP*

Data	Leitura	Data	Leitura							
20/04/18	1827	22/05/18	2046	1	221	32				
Descrição										
Quantidade, Unidade, Valor, Base, Taxa, Alíq. (Imposto), Base, Valor, Imposto, Contribuição										
Tributo, Taxa (R\$), Contribuição, Imposto, Ponto de Consumo (R\$), Valor (R\$), Valor (R\$)										
0001	Consumo energia kWh	221.800	0.801470	177.81	0.0281	25	39.20	172.91	0.84	4.35
0001	Adc. B. Amarela	2.12	2.12	25	0.83	2.12	0.01	0.01	0.01	0.01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0007	CONTRIB. SERV. LIMP. PÚBLICA	9.80	1.00	0	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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 Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 255.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Berton Ramalho de Queiroz inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.373.094-54 do sinistro de DPVAT, cobertura invalidadez da Vítima Berton Ramalho de Queiroz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.373.094-54, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

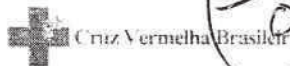
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Agente Fiscal Jose C. Duarte</u>		Número <u>113</u>		Complemento <u>58056-384</u>
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>	
Email <u>zeduardosilva@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>99342-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>	

João Pessoa 27 de agosto de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

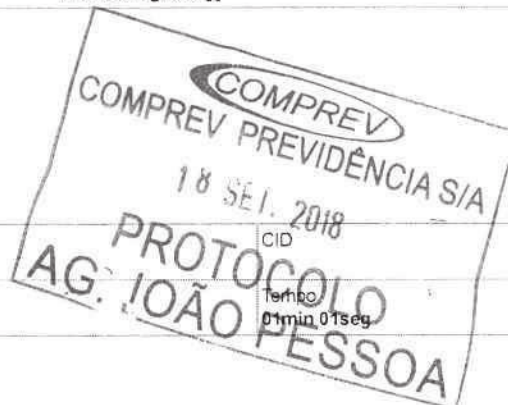
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

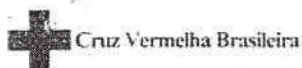
Boletim de Atendimento: 1075367



Identificação do paciente			
ID 1279823	Nome HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ	Sexo Masculino	
Data de nascimento 18/11/1989	Idade 28 anos 5 meses 28 dias	Estado civil	Religião
Mãe ELIA TEREZINHA ARAUJO DE SOUZA RAMALHO		Pai SEBASTIAO MARTE RAMALHO DE ANDRADE	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986092870	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3393174	Nº Cns	
Local de procedência AGUA FRIA		Tipo BAIRRC	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58058800	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PREFEITO LUIZ ALBERTO MOREIRA COUTINHO
Número S/N	Complemento PACIENTE RESIDE EM MANGABEIRA, POREM, NA SABE QUAL	Bairro MANGABEIRA	
Admissão			
Data e Hora 13/04/2018 04:42:20	Número da pulseira 100005150044	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 OBJETO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []			
ECG []			
Ultrasonografia []			
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO			

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1075367



Identificação do paciente						
ID 1279823	Nome HEITOR RAMALHO DE QUEIROZ			Sexo Masculino		
Data de nascimento 01/01/1995	Idade 23 anos 3 meses 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe HELIA TEREZINHA ARAUJO DE SOUZA			Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 00	Fone Móvel 000000000	DDD Fixo 00	Fone Fixo 000000000			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência AGUA FRIA			Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58057034	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMERCIANTE JOÃO RIBEIRO DE LIMA			
Número S/N	Complemento PACIENTE RESIDE EM MANGABEIRA, POREM, NA SABE QUAL	Bairro MANGABEIRA				
Admissão						
Data e Hora 13/04/2018 04:42:20	Número da pulseira 100005150044	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 OBJETO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
<p>Dados clínicos</p> <p>131041 J8 Paciente deu entrada neste setor trazido pelos homens última de acidente de moto. No momento consciente e orientado, Sic homem alcoolizado e sem as perdas. Examinado o CNI</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO</p> <p>Tempo 01min 01seg</p>						

Imprimir

PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA

Paciente avisanou o curativo que havia sido feito
pela equipe de enfermagem de área vermelha
por 2x e avisanou também a pulso.

Agência de
contabilidade - det. pedro
25/05 (31/04)
DE
NS/de
CA

Ref. fix. ext. +
manipul. articulas
03/05 (24/04)

DE
RS/de
CA

tráf. pedro

13/04

DE
NS/de
CA

CO
COMPREV PI
18 de
PROTO
AG. JOÃO



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ		BAE 1075367	Data/Hora Entrada 13/04/2018 04:42:20	Data Baixa
Data de nascimento 18/11/1989	Idade 28a 4m 26d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986047262
Mãe ELIA TEREZINHA ARAUJO DE SOUZA RAMALHO				Prontuário
Endereço PREFEITO LUIZ ALBERTO MOREIRA COUTINHO, S/N - PACIENTE RESIDE EM MANGABEIRA, POREM, NA SABE QUAL		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional LEONARDO ROCHA MENDES CAMPOS	Nº Cons. Regional 3269/PB
Data/Hora Classificação 13/04/2018 04:42:20			Data/Hora Prescrição 13/04/2018 06:39:56	

anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC) ENCONTRA-SE COM SINAIS DE EMBRIAGUES, DESORIENTADO, VERBALIZANDO E EM DECÚBITO DORSAL. AO EXAME FÍSICO APRESENTA FCC EM REGIÃO DE SUPERCÍLIO "E". AO EXAME DE IMAGEM NÃO APRESENTA TRAÇOS SUGESTIVOS DE FRATURA EM FACE. PACIENTE NÃO COLABORATIVO.

CD.:

- 1 - AVALIAÇÃO BMF;
- 2 - AGUARDO NOVA TENTATIVA PARA SUTURA;
- 3 - EM OBSERVAÇÃO;

Conduta

Em observação

HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

LEONARDO ROCHA MENDES CAMPOS
(CRM: 3269/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente HEITOR RAMALHO DE QUEIROZ		BAE 1075367	Data/Hora Entrada 13/04/2018 04:42:20	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1995	Idade 23a 3m 12d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 000000000 / (00) 00000000
Mãe HELIA TEREZINHA ARAUJO DE SOUZA				Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOÃO RIBEIRO DE LIMA, S/N - PACIENTE RESIDE EM MANGABEIRA, POREM, NA SABE QUAL		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALEXANDRE FERREIRA TAMIRO	Nº Cons. Regional 11395/PA	
Data/Hora Classificação 13/04/2018 04:42:20			Data/Hora Prescrição 13/04/2018 05:29:07	

anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (COLISÃO CONTRA UM POSTE) SIC, SEM CAPECETE, HISTORIA DE INGESTÃO ALCOOLICA.

EXAME: AGITAÇÃO, ALGO DESORIENTADO, ECG=14 (AO=4, MRM=6, MRV=4).

CABEÇA: ESCORIAÇÕES NO SU

PESCOÇO: DOLOROSO À PALPAÇÃO EM REGIÃO POTERIOR.

TORAX; NDN

ABD; GLOBOSO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL.

MMSS: ESCORIAÇÕES EM AMBAS AS MÃOS.

MMII: MIE COM DÉFORMIDADE, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, PULSO PEDIOSO PALPÁVEL; MID ESCORIAÇÃO EM JOELHO COM PERDA DE TECIDO, SEM DÉFICIT MOTOR, PULSOS FALPÁVEIS.

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA PLÁSTICA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

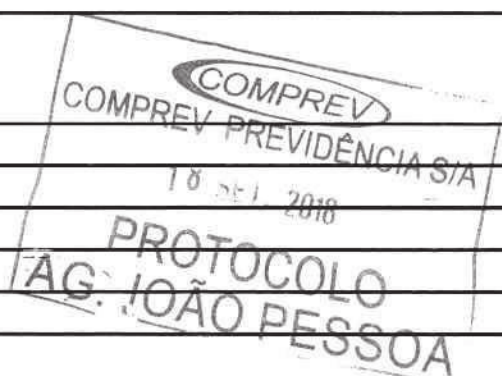
CID10

Código	Descrição
S82.7	Fraturas múltiplas da perna
V27.9	Motociclista traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado - motociclista não especificado traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 13/04/2018 04:43:21

Em observação



Dr. Alexandre Tamiro
Médico
CRM-PB 11395

HEITOR RAMALHO DE QUEIROZ

ALEXANDRE FERREIRA TAMIRO
(CRM: 11395/PA)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 set. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ		BAE 1075367	Data/Hora Entrada 13/04/2018 04:42:20	Data Baixa
Data de nascimento 18/11/1989	Idade 28a 4m 26d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986047262
Mãe ELIA TEREZINHA ARAUJO DE SOUZA RAMALHO				Prontuário
Endereço PREFEITO LUIZ ALBERTO MOREIRA COUTINHO, S/N - PACIENTE RESIDE EM MANGABEIRA, POREM, NA SABE QUAL		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO DINO LATTARULI	Nº Cons. Regional 4506/PB
Data/Hora Classificação 13/04/2018 04:42:20			Data/Hora Prescrição 13/04/2018 06:54:29	

Anamnese

PACIENTE DESORIENTADO E NÃO COLABORATIVO, NÃO PERMITE APROXIMAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA SUTURA NO MIE, POR DUAS VEZES FOI SUSPENSÃO A SUTURA DA FACE PELA BUCO. AGUARDA MELHORES CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA FINALIZAR O ATENDIMENTO.

CID10

Código	Descrição
S81.0	Ferimento do joelho

Conduta

Em observação

HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

Dr. Roberto Dino Lattaruli
Cirurgião Plástico
CRM-PB 4506 / RQE 1283

ROBERTO DINO LATTARULI
(CRM: 4506/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ		BAE 1075367	Data/Hora Entrada 13/04/2018 04:42:20	Data Baixa
Data de nascimento 18/11/1989	Idade 28a 4m 26d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986092870
Mãe ELIA TEREZINHA ARAUJO DE SOUZA RAMALHO				Prontuário
Endereço PREFEITO LUIZ ALBERTO MOREIRA COUTINHO, S/N - PACIENTE RESIDE EM MANGABEIRA, POREM, NA SABE QUAL		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional LAIANA KAREN DANTAS BARRETO	Nº Cons. Regional 8491/RN
Data/Hora Classificação 13/04/2018 04:42:20			Data/Hora Prescrição 13/04/2018 08:36:45	

anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ APROXIMADAMENTE 3H.

VEM ALCOOLIZADO E NÃO COLABORATIVO.

FOI AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL E SOLICITADO PARECER DA ORTOPEDIA DEVIDO DEFORMIDADE EM MID.

EFO DIFICULTADO PELA NÃO COLABORAÇÃO DO PACIENTE, PORÉM SENDO VISÍVEL DEFORMIDADE A NÍVEL DE JOELHO. SEM LESÕES DE PELE, SEM SER PALPÁVEL O PULSO TIBIAL POSTERIOR E PULSO PEDIOSO FILIFORME

RAIO-X DE JOELHO DIREITO = LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO.

FOI TENTADA REDUÇÃO INCRUENTA, POREM SEM SUCESSO.

CD: ENCAMINHADO AO CENTRO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO DA LUXAÇÃO COM URGÊNCIA + PARECER DO VASCULAR APÓS O PROCEDIMENTO

STAFF: DR. PARCELLE

CUIDADOS

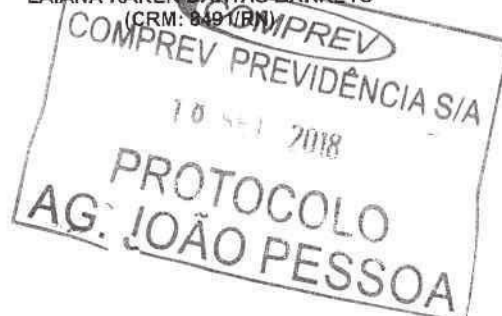
SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR

Conduta

Em observação

HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

LAIANA KAREN DANTAS BARRETO





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 02/05/2018 08:11:49

Paciente HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ		Boletim de Atendimento 1075367		Data/Hora Entrada 13/04/2018 04:42:20	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/11/1989	Idade 28	Sexo Masculino	CNS		Prontuário 108194
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 02/05/2018 08:06:56)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO

#22o DIH

#LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO - CLASSIFICAÇÃO DE KENNEDY = ANTERIOR

(AINDA NÃO CLASSIFICADA QUANTO A ROMPIMENTO DE LIGAMENTO DEVIDO NÃO TER FEITO RNM)

#19 DPO DE COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR NA URGÊNCIA

PACIENTE SEGUE INTERNADO SEM QUEIXAS

MID COM MELHORA DE PARTES MOLES, SEM FLOGOSE OU EDEMA IMPORTANTE

CD: VPM + AGUARDA MARCAÇÃO DA RNM PARA RETIRAR FIXADOR UM DIA ANTES PARA FAZER O EXAME

Seção: POSTO IB - ENF 13 Leito: 0003 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491



NOME: **HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ** BE/PRONTUÁRIO **1075367**
 IDADE: **38** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **25/5/2018**
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
 CIRURGIA: **RECONSTRUÇÃO DE CANTO POSTERO-LATERAL DE JOELHO DIREITO**
 CIRURGIÃO: **DR ODILON FILHO** 1º ASS: **DR MILTON LINHARES**
 2º ASS: **DRA JESSYKA MR3** 3º ASS: **DR MATHEUS MR2**
 INSTRUMENTADOR:
 TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
LESÃO LIGAMENTAR COMPLEXA DO JOELHO DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
RECONSTRUÇÃO DE CANTO POSTERO-LATERAL DE JOELHO DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

☐ RESIDÊNCIA

☐ TERAPIA INTENSIVA

☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: **25/5/2018**



**AGENTS**

COMPREV
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. LOÃO PESSOA

f

25/5/2018

Formulário de Anamnese e Exame Físico. Campos preenchidos com dados de paciente, histórico médico, exames laboratoriais, e avaliação clínica. Inclui rubricas para Anamnese, Exame Físico, Diagnóstico, e Tratamento.

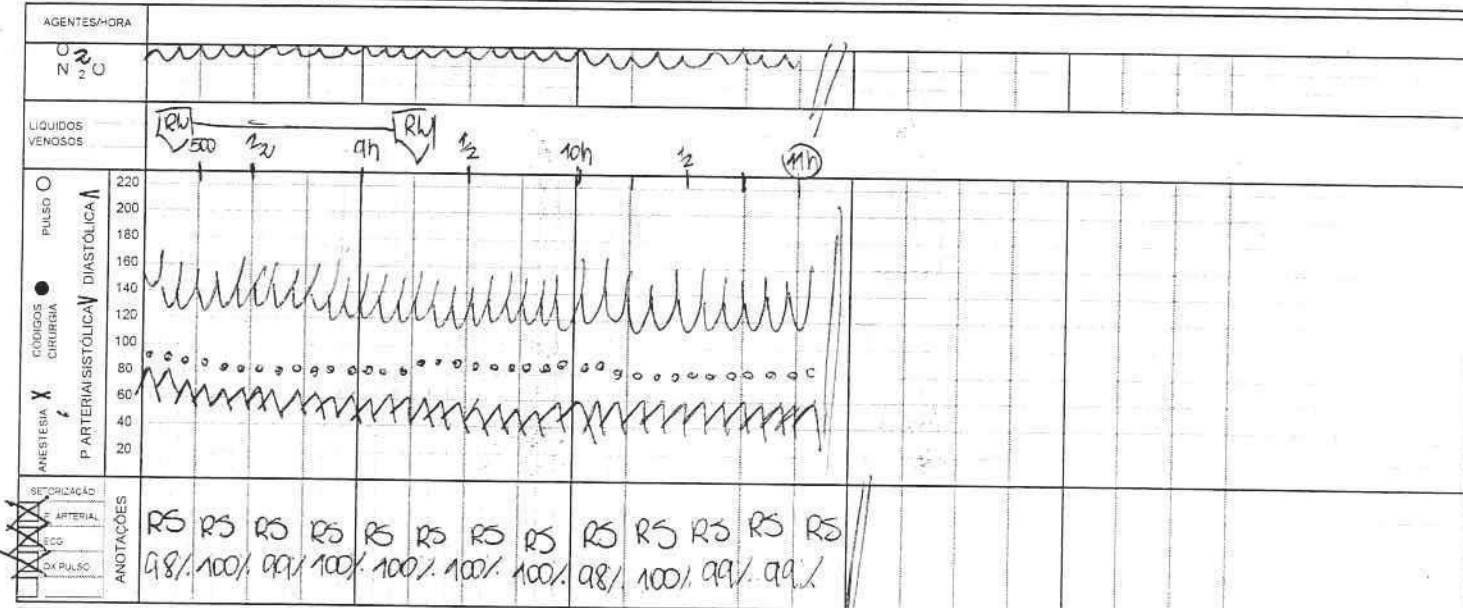
FICHA DE ANESTESIA

DATA: 25/05/18

PRONTUÁRIO: 1075367



PACIENTE: <u>Huguel Ramalho de Aquinoz</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>28a</u>
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO <u>95bpm</u>	RESPIRAÇÃO <u>Eupnéica</u>	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRURGICO () BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES: <u>Ubílicos, VPM</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>NDN</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>NDN</u>		
AP. DIGESTIVO <u>VPM</u>		ESTADO MENTAL <u>LORE</u>		DROGAS EM USO <u>VPM</u>
PRÉ-ANESTÉSICO <u></u>				ESTADO FÍSICO (ASA) <u>I</u>
DOSE /HORA				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Lesão ligamentar complexa</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>Reconstrução do canto postero-lateral do olho (D)</u>				
CIRURGIÃO <u>Dr. Odilon</u>		AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA <u>8h</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>11h</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>180min</u>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$
ANESTESISTA <u>Dr. Daniel</u>		CPF		CRM-PB



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
Técnica: <u>Pe ventado, monitorizado, A+A da viação dorsal, punção mediana, entre L3-L4, Quimca 276, cl injecção</u>	
LIQUIDOS	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
GLICOSE	1 Midazolam 5mg + 5mg
NACL	2 Fentanyl 100µg
SANGUE	3 Rocaina ultrabreve 12,5mg (x2)
RINGER	4 Lidocaina 2g
TOTAL	5 Dexametasona 10mg
DESTINO DO PACIENTE	6 Dipriona 2g
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7 Clorpromidina 100mg
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8 Narcoxon 8mg
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS <u>URPA</u>	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	
<u>de 12,5mg de rocamina ultrabreve. Falha total. Pe ventado, monitorizado, A+A da viação dorsal, punção mediana, única, claquira Quimca 276, entre L3-L4, LCR, climpido a união de 12,5mg de rocamina ultrabreve.</u>	
Daniel Albuquerque M. D. <u>10</u> Anestesiologia Terapia da Dor CRM-PB 7567	
Clóvis V. Aratani Médico Anestesiologista CRM 10.291/197	

Nome: Heitor R. de Almeida BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 03/05/18
 Clínica/Setor: Orto EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Revisão de fixador externo + manipulação
 Cirurgião: Dr. Alisson 1º Assistente: Dr. Roberto Almeida
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Luxação do fêmur D. CI fix. Ext.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Revisão de fixador externo</u>	
<u>Manipulação articular fêmur</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico



Médico/CRM: _____

João Pessoa, 03/05/18



HEETSML

Posição e Preparo:

Posição e Preparo:

Pac em DD sob anestesia
Poti no aséptico
Refinada de fixador externo
do H10

Incisão:

manipulação articular para
ganhos de A/D de

Cum totum scriptum desine

Achados:

Laager et SKOZ.

Curotivo.

Conduta:

2097

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

Observação:

Dr. Alexandre F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 0913 / CRM-PE 17606
6807 12614

João Pessoa, 03 10 5 11 8

Médico/CRM:

BE. 107. 5367

Nome do Paciente: **Heitor Ramalho de Queiroz**
 IDADE: **23 anos** PRONTUÁRIO: **1075367** LEITO: **BC - 107.5367**
 CIRURGIA: **TTº enrijecimento de Retirada de Fixador + Manipulação do Joelho D.**
 CIRURGIÃO: **Dr. Alison** AUX: **Dr. Roberto Correia / Externo** MID: **MID**
 ANESTESIA: **Sedação**
 ANESTESISTA: **Dr. Roxana**
 INSTRUMENTADOR: **Dr. Roberto Correia**
 DATA: **03/05/2018** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: **08:00** FIM: **às 8:30**
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.
 ALFENTANILA JELCO Nº18 FIO CAT GUT CROMADO Nº
 BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA JELCO Nº20 FIO CAT GUT CROMADO Nº
 BUPIVACAÍNA PESADA JELCO Nº22 FIO DE AÇO Nº
 CETAMINA JELCO Nº24 FIO DE AÇO Nº
 DROPERIDOL KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº FIO DE NYLON Nº
 ETOMIDATO SOLUÇÕES QTD. LÂMINA BISTURI Nº11 FIO DE NYLON Nº
 FENOBARBITAL ALCOOL ETILICO 70% OK LÂMINA BISTURI Nº15 FIO DE NYLON Nº
 FENTANILA 1 PVPI DEGERMANTE OK LÂMINA BISTURI Nº23 FIO POLIGLACTINA Nº
 FLUMAZENIL PVPI TINTURA OK LÂMINA BISTURI Nº24 FIO POLIGLACTINA Nº
 FLURANO PVPI TÓPICO OK LÂMINA DE DERMATOMO FIO POLIGLACTINA Nº
 BUPIVACAÍNA C/ VASO SABÃO ANTISÉPTICO LÂMINA DE ENXERTO FIO POLIPROPILENO Nº
 BUPIVACAÍNA S/ VASO MATERIAIS QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR. FIO POLIPROPILENO Nº
 LIDOCAÍNA C/ VASO AGULHA 13X4,5 F LUVA ESTÉRIL Nº7,0 FIO POLIPROPILENO Nº
 LIDOCAÍNA S/ VASO AGULHA 25X07 F LUVA ESTÉRIL Nº7,5 FIO POLIGLECAPRONE Nº
 MIDAZOLAN 1 AGULHA 25X08 F LUVA ESTÉRIL Nº8,0 FIO SEDA Nº
 MORFINA AGULHA 40X12 F LUVA ESTÉRIL Nº8,5 FITA CARDÍACA
 NIMBIUM AGULHA PERIDURAL Nº16 MÁSCARA CIRÚRGICA NI MATERIAL ESPECIAL QTD.
 PANCURÔNIO AGULHA PERIDURAL Nº17 MULTIVIAS CATETER DE PIC
 PETIDINA AGULHA PERIDURAL Nº18 PERFURADOR DE SORO CIMENTO CIRÚRGICO
 PROPORFOL 1 AGULHA RAQUI Nº25G SCALP Nº19 CLIP TITÂNIO LIGADURA
 RAMIFENTANILA AGULHA RAQUI Nº26G SCALP Nº21 FIO DE KIRSCHNNER Nº
 ROCURÔNIO AGULHA RAQUI Nº27G SERINGA 3ML FIO DE KIRSCHNNER Nº
 SEVOFLURANO ALGODÃO ORTOPÉDICO SERINGA 5ML FIO STEINMAN Nº
 SUXAMETÔNIO ATADURA DE CREPOM F SERINGA 10ML FIO STEINMAN Nº
 TIOPENTAL ATADURA GESSADA SERINGA 20ML GRAMPEADOR CIRÚRGICO
 MEDICAÇÕES QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 HEMOST. ABSORVÍVEL
 ADRENALINA CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 KIT DERIVA. VENTRICULAR
 AGUA DESTILADA CATETER DE OXIGÊNIO 1 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 PRÓTESE VASCULAR
 ATROPINA CATETER EMBOLEÇ. ARTERIAL N SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 KIT. PAM
 BEXTRA CATETER EPIDURAL Nº16 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 FIXADOR EXTERNO
 CEFAZOLINA CATETER EPIDURAL Nº17 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 EMPRESA
 METASONA CATETER EPIDURAL Nº18 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14
 SÓDICA 28 F CERA PARA OSO SONDA NASOG. CURTA PARAFUSOS CORTICAIS
 JINA COLET. URINA FECHADO SONDA NASOG. LONGA PARAFUSOS CORTICAIS
 FUROSEMIDA COMPRESSAS CIRÚRGICAS F SONDA URETRAL Nº PARAFUSOS ESPONJOSOS
 GLICOSE 50% COMPRESSAS CIRÚRGICAS F TORNEIRINHA PARAFUSOS ESPONJOSOS
 GLUCONATO DE CÁLCIO DRENO DE PENROSE TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PARAFUSOS MALLEOLAR
 HIDROCORTISONA DRENO DE SUÇÃO TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PARAFUSOS MALLEOLAR
 LIDOCAÍNA GELEIA ELETRODOS NI TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PLACA
 ONDASENTRONA EQUIPO MACROGOTAS 1 TUBO SILICONE (LATEX) PLACA
 PLASIL EQUIPO TRANSF. SANGUE EQUIPAMENTOS
 PROSTIGMINE EQUIPO MICROGOTAS FIOS QTD.
 PROTAMINA ESPONJA DE PVPI FIO ALGODÃO S/A Nº () BISTURI ELÉTRICO
 ENOXICAN ESPARADRAPO 1 FIO ALGODÃO S/A Nº () CAPNÓGRAFO
 GAZES OK OK OK FIO ALGODÃO C/A Nº () CARDIOMONITOR
 GAZES ALGODOADAS FIO ALGODÃO C/A Nº () DESFIBRILADOR
 GEL ELETROLÍTICO FIO ALGODÃO C/A Nº () FOCO AUXILIAR
 JELCO Nº14 () FOCO CENTRAL
 JELCO Nº16 () MICROSCOPIO
 () OXÍMETRO DE PULSO
 () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
 () PERFURADOR ELÉTRICO
 () SERRA
 CIRCULANTE
 Sígnia Médica 175025
 (FNG).ASCIR-021-2

NOME: **HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ** BE/PRONTUÁRIO **1050638**
 IDADE: **28** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **13/4/2018**
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
 CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO**
 CIRURGIÃO: **DR ROBERTO SANTOS** 1º ASS: **DANIEL CONSERVA (MR1)**
 2º ASS: 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO (CONTROLE DE DANOS)	
FIXAÇÃO EXTERNA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

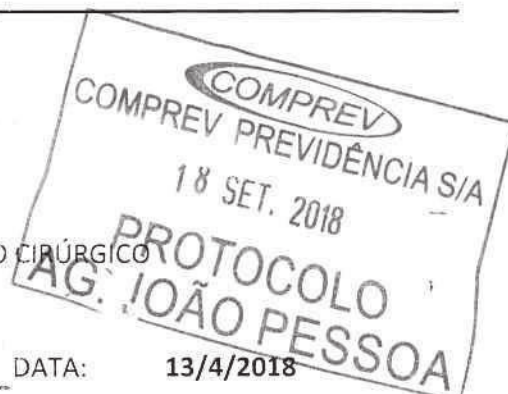
☒ ENFERMARIA
☐ RESIDÊNCIA

☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. Bruno de Luna Romo
MÉDICO
CRM-PB 0075

DATA: **13/4/2018**



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
Achados:
LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO
Condução:
REDUÇÃO INDIRETA DA LUXAÇÃO DO JOELHO COM AUXÍLIO DE ESCOPIA
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR NO JOELHO DIREITO
LIMPEZA COM SF
Fechamento:
SUTURA
CURATIVOS
RX DE CONTROLE
Observação:

Médico/CRM:

Dr. Bruno de Luna Roma
MÉDICO
CRM-PB/10075

João Pessoa,

13/4/2018

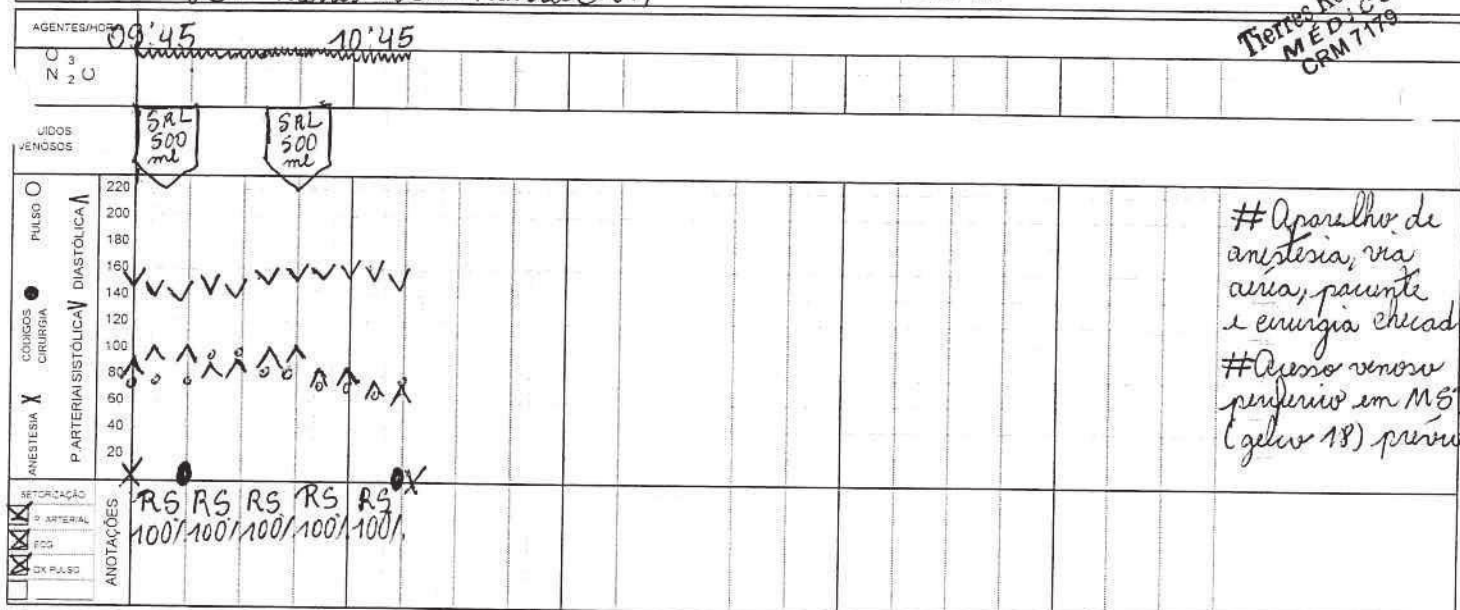


DATA: 13 104 118

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Hector Ramalho de Queiroz</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>28</u>
PRÉ-ANESTÉSICO	PULSO <u>71</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
GRUPO SANGÜÍNEO	ESTADO GERAL (<input checked="" type="checkbox"/> BOM) (<input type="checkbox"/> REGULAR) (<input type="checkbox"/> MAU) (<input type="checkbox"/> PÉSSIMO)			
RISCO CIRÚRGICO (<input checked="" type="checkbox"/> BOM) (<input type="checkbox"/> REGULAR) (<input type="checkbox"/> MAU) (<input type="checkbox"/> PÉSSIMO)	EXAMES COMPLEMENTARES <u>Ø</u>			
AP. RESPIRATÓRIO <u>eupnéico</u>	AP. CIRCULATÓRIO <u>estável hemodinamicamente</u>		AP. DIGESTIVO <u>estômago cheio</u>	
ESTADO MENTAL <u>LOTE</u>	DROGAS EM USO <u>Ø</u>		PRÉ-ANESTÉSICO	
DOSE/HORA <u>Midazolam 5mg</u>	ESTADO FÍSICO (ASA) <u>II E</u>		DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>luxação de joelho D</u>	
CIRURGIA REALIZADA <u>Fixação externa transarticular do joelho D</u>	CIRURGIÃO <u>Dr. Roberto</u>			
AUXILIARES <u>Dr. Danilo (R1)</u>	INÍCIO DA ANESTESIA <u>09:45</u>			
TÉRMINO DA ANESTESIA <u>11:00</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>02:45</u>		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
QUANT. DE CH.	VALORES RS		ANESTESISTA <u>Dr. Tunes + Dr. PE Paísa (R1)</u>	
CRM-PB	<div style="text-align: right;">Kehrwald</div>			

Tierres Kehrwald
MÉDICO
CRM 7179



Aparelho de anestesia, via
arria, paciente
e energia checados
Acesso venoso
periférico em MSD
(gelco 18) prprio

☐ ANESTESIA GERAL
 ☒ RAQUIDIANA
 ☐ EPIDURAL
 ☐ BLOQ. PLEXO
 ☒ BLOQ. NERVOS *limbrais* OUTROS _____

Paciente sentado, monitorizado (Oximetria + PNT + ECG). Realizada assensão e antiseptia com

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

USUÁRIO		DATA	
NACL		1	2
SANGUE		3	4
RINGER	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
TOTAL		7	8
DESTINO DO PACIENTE		9	10
<input type="checkbox"/> APT ^o	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	11	12
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	13	14
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	URPA	15	16

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO DE

Observações importantes:
alívio a 40%. Punção mediana à nível de L3-L4, injetado (1) (2), LCR (4), classe, ~~manipulação~~ Blo-
queio parcialmente efetivo. Analgesia complementada com (3).
Bloqueio de n. femoral D. Realizado sem FNE, injetado (8)

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F (NG) ASCR 026-

TERRY KELLWALD
 MEDICAL
 CRM 7179

Documento de Alta

Nome: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ			Número Prontuário: 108194
Data de 18/11/1989	Sexo: Masculino	Data de Internação: 13/04/2018 13:55:38	Data de Alta: 27/05/2018 08:45:51
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RUPTURA MULTILIGAMENTAR DE JOELHO DIREITO COM INSTABILIDADE DECIDIDO LUXAÇÃO DE JOELHO.			
Resumo da Internação: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM CONSEQUENTE LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO E RUPTURA MULTILIGAMENTAR LEVANDO A INSTABILIDADE ARTICULAR. FOI SUBMETIDO A RECONSTRUÇÃO DE LCA E LCP DE JOELHO DIREITO, SEM INTERCORRÊNCIAS. APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR QUE SERÁ TRATADA COM FISIOTERAPIA MOTORA PRECOCE, SEM CARGA INICIALMENTE.			
Resultado de Exames: EXAME FÍSICO RAIOS-X RNM			
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DE LCA E LCP DE JOELHO DIREITO			
Diagnóstico: S83.1 - Luxação do joelho			
Recomendações: RETORNO AO HTOP COM DR. ODILON DAQUI HÁ 15 DIAS USO DE CEFALEXINA VO FISIOTERAPIA MOTORA PRECOCE ANDAR COM MULETAS SEM COLOCAR CARGA ATÉ O RETORNO AMBULATORIAL PARA NOVAS ORIENTAÇÕES			

Data: 27/05/2018


Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM- 8491LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
CRM: 8491 - RN

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

21.448.110-75

10-04-2014

HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

SEBASTIÃO MARTE RAMALHO DE ANDRADE

ELIA TEREZINHA ARAÚJO DE SOUZA RAMALHO

JOÃO PESSOA PB

18-11-1989

C.NAS. CM SANTANA DOS GARROTES PB DS

SEDE LV A06 PL 235V RT 06534

081.373.094-54

Sebastião M. de Oliveira

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Produzido em 4 cores

Heytor Ramalho de Queiroz

18-11-1989

JOÃO PESSOA PB

21.448.110-75

10-04-2014

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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

NOME
JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR / UF
1054562 SSP PB

CPF
455.536.024-91

DATA NASCIMENTO
02/04/1967

FILIAÇÃO
JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PERMISSÃO
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

ACC
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

CALHA
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

Nº REGISTRO
007241531H2

VALIDADE
10/11/2019

1ª HABILITAÇÃO
05/04/1989

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
11/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR

60378988469
PB029543609

DETRAN - P.B. (PARANÁ)

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1009001575

PROUNDO PLASTIFICAR
1009001575

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180433812 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ **Data do acidente:** 13/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO-CONTUSO EM SUPERCÍLIO ESQUERDO.
LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO(OSTEOSSÍNTESE).
TRATAMENTO CONSERVADOR (SUPERCÍLIO ESQUERDO).

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180433812 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ **Data do acidente:** 13/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO-CONTUSO EM SUPERCÍLIO ESQUERDO.
LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO(OSTEOSSÍNTESE).
TRATAMENTO CONSERVADOR (SUPERCÍLIO ESQUERDO).

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Heytor Ramalho de Queiroz
brasileiro(a), estado civil solteiro profissão Bombeiro civil
CI RG nº 91.448.110.75
CPF/MF nº 085.373.094-54, residente e domiciliado(a) à Rua Antonio Pereira Castro, 82-B Mangabeira
Cidade de João Pessoa Estado Paraíba
CEP: 58055-470, telefone (83)99342.1170, (83)98663.4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bail. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bail. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Rua Ezequiel de Azevedo, 40 - Mangabeira/João Pessoa - Paraíba - CEP: 58055-470 - Fone: (83) 3224-1234

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 03/08/2018 11:50:55
Rikeley Almeida de Lima - ESCRIVÃO AUTORIZADO
C2018-0364791E001-R4 49 48 FARPEN-R4 0,28 FEPEN-R4 1,94 FEPEN-R4 1,94
SELO DIGITAL: AHH7824-SUTA

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



João Pessoa, 03 de agosto de 2018

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341535/18

Número do Sinistro: 3180433812

Vítima: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

CPF: 081.373.094-54

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/04/2018

Titular do CPF: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/09/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341535/18

Vítima: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

CPF: 081.373.094-54

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/04/2018

Titular do CPF: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ : 081.373.094-54

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA