



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2016

Carta nº 9381163

a/c: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

Sinistro: 3150953326 ASL-0559483/15
Vitima: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA
Data Acidente: 03/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA
Nº Sinistro: 3180061203
Vitima: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA
Data do Acidente: 03/05/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180061203**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo infor.
incorretas

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



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

Nº Sinistro: 3180061203

Vitima: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

Data do Acidente: 03/05/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180061203**.

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 12357024



Rio de Janeiro, 06 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

Sinistro: 3180061203
Vítima: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA
Data do Acidente: 03/05/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180061203** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2018

Carta nº: 12565561

A/C: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

Nº Sinistro: 3180061203
Vítima: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA
Data do Acidente: 03/05/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 000000080015-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8442560

A/C: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

Sinistro: 3150953326
Vitima: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA
Data Acidente: 03/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/01/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na USEBENS SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 20/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000080015-6

Nr. da Autenticação B474C18547179B32



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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 a 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

097-206.094-43

Nome completo da vítima

JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA		CPF titular da conta 097-206-094-43	Profissão MOTORISTA
Endereço RUA DA PAZ E BEM-ESTAR		Número 411	Complemento C.R. PARANÁ D. OTTONDEK
Bairro EMAUS	Cidade PARANAMIRIM	Estado RN	CEP 59-148-800
E-mail		Telefone (DDD) (84) 99820-3547	

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. COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 2008 D/V		BANCO Nome NRO.	
CONTA NRO. 00080015 D/V		AGÊNCIA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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.

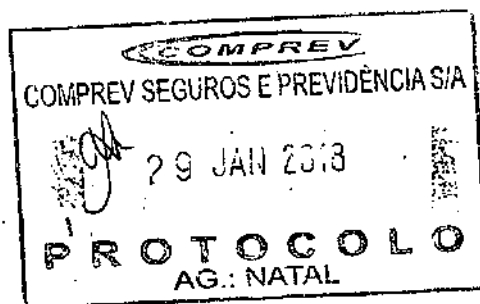
PARANAMIRIM RN 22 de JANEIRO de 2018
Local e Data

Jefferson Daniel da Nobrega
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Autorização de pagamento



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2015031002436

1.2 Data de Expedição: 15/09/2015 12.31.05

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 03/05/2015 05.30.00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: AVENIDA PRUDENTE DE MORAIS

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: LAGOA NOVA

2.13 Cidade: NATAL

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JOÃO BENICIO DA NOBREGA

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: SONIA MARIA VIRGINIO MARTINS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 09720609443

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 30/10/1992

3.13 Profissão: MOTORISTA

3.14 RG: 3716945 - SSP/PB

3.15 Telefone(s): 84 88080712

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 210

3.18 Naturalidade: CABEDELO // PB

3.19 Bairro: EMAUS

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA RIO PARAIBA DO SUL

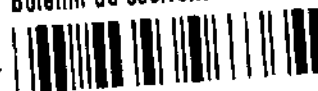
3.23 Cidade: PARNAMIRIM

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

Boletim de ocorrência



5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 9C2KD0540ER068916

7.1.4 Renavam: 0102495076-7

7.1.5 Placa: QFE5960

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: NXR150 BROS ESD

7.1.8 Ano do Modelo: 2014

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: JOÃO BENICIO DA NOBREGA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O SENHOR JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA, INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA (DADOS SOBREDITO) NA AVENIDA PRUDENTE DE MORAIS, SENTIDO PARNAMIRIM, OCASIÃO EM "O MOTORISTA DO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO" QUE CRUZAVA A REFERIDA AVENIDA, "CORTOU O SEMÁFORO (COR VERMELHA), E PROVOCOU A COLISÃO. COM O IMPACTO DA COLISÃO PERDEU O EQUILÍBRIO E CONSEQUENTEMENTE A SUA QUEDA (SOLO). QUE RECEBEU ATENDIMENTO NO LOCAL POR PROFISSIONAIS DO SAMU E EM SEGUIDA LEVADO PARA O HOSPITAL WILFREDO GURGEL, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO/HOSPITALAR

BAA 89657

RESULTADO DO ACIDENTE / DANOS MATERIAIS / LESÕES

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 15/09/2015 12.31.05

Del. Esp. Em Acidentes de Veículos- DEAV

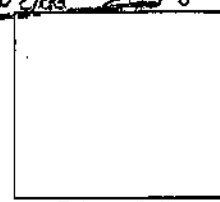
CONFERÊNCIA

A presente fotocópia contém o documento original que não foi apresentado do igual teor e forma que lhe deu origem.

Natal, 29 de JANEIRO de 2018

[Handwritten signature]
Policial

[Handwritten signature]
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1701860 - ALVARO ALVES DE SOUZA BEZERRA

Impresso por: 1701860 - ALVARO ALVES DE SOUZA BEZERRA em 22/01/2018 14:44:30

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150, Bêdo, Malé, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Insc. Est. 20065199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARCIO ALEXANDRE CHU LUCK MELO

CPF: 638.155.594-72

CLASSIFICAÇÃO

21 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DA PACIFICACAO 411 CUFQ DAS
ORQUIDEAS

EMAUS/AREA URBANA
PARNAMIRIM RN
59148-800

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
001325865	UNICA	27/12/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
27/12/2017	3000936970	1298300

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
0675047014 12/2017
DATA DE VENCIMENTO DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
05/01/2018 26/01/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	35,0000000	0,43637122	15,27
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,18
Contribuição Iluminação Pública			2,38
Multa por atraso-NF 001285082 - 28/08/17			0,41
Multa por atraso-NF 001272840 - 27/10/17			0,45
Juros por atraso-NF 001272840 - 27/10/17			3,21
Juros por atraso-NF 001285082 - 28/08/17			0,84
Atualização IOPM-NF 001272840 - 27/10/17			0,11
Atualização IOPM-NF 001285082 - 28/08/17			0,25

TOTAL DA FATURA

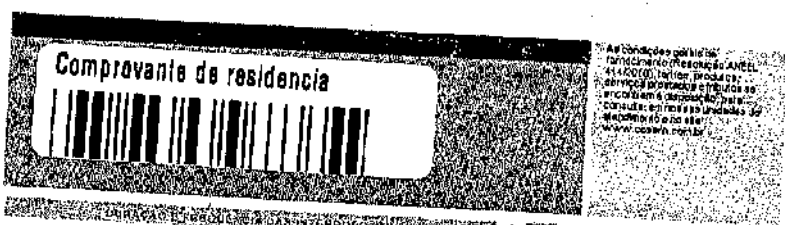
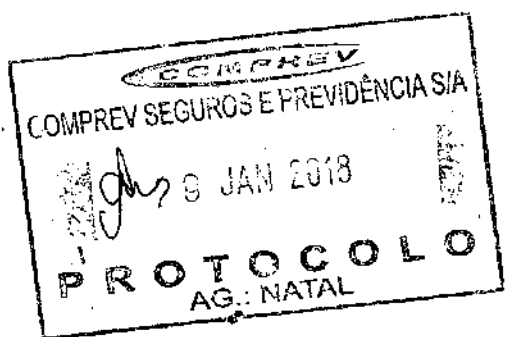
20,88

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALJISTE	CONSUMO (kWh)
6723734	CAT	27/12/2017	32 483,00	27/12/2017	32 498,00	3000	0,001100000		35,00

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)	VALOR DO MPOSTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
DEZ 17 35	35	7,27	Oreção de Energia R\$ 7,27 44,25%
NOV 17 30	30	0,89	Transmissão R\$ 0,89 4,42%
OUT 17 47	47	4,66	Distribuição (Cosern) R\$ 4,66 28,39%
SET 17 43	43	1,15	Perdas de Energia R\$ 1,15 7,00%
AUG 17 44	44	1,70	Encargos Sociais R\$ 1,70 10,63%
JUL 17 45	45	0,85	Tributos R\$ 0,85 4,14%
JUN 17 48	48	16,42	Total R\$ 16,42 100%
MAY 17 48	48		
ABR 17 30	30		
MAR 17 30	30		
FEV 17 67	67		
JAN 17 157	157		
DEZ 16 236	236		

11FE 8752 810F ED07 0308 E96F 05A5 F816

O pagamento desta Nota Fiscal de Energia deve ser feito até o vencimento. No caso de não pagamento, a tarifa será cobrada em dobro. Mais informações em: www.cosern.com.br. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para a prestação de serviços. Pagos: em até 30 dias para multa 20% (Lei 10.438/02), além de 1% ao dia (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro. mês do vencimento comercial.



EDMANTO NEOPOLIA	VALOR APROXIMADO 01/2017	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TESTE MONITORIAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
CIC	1,32	5,07	10,15	20,30	220	202
PIC	1,00	3,17	6,35	12,70		231
DVAC	1,32	2,00	0,00	0,00		

Limite DCE: 12,22 RUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 0,01

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
0675047014 12/2017
DATA DE VENCIMENTO
05/01/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
20,88
067504701420-2 00881798863-2

Declaração do proprietário do



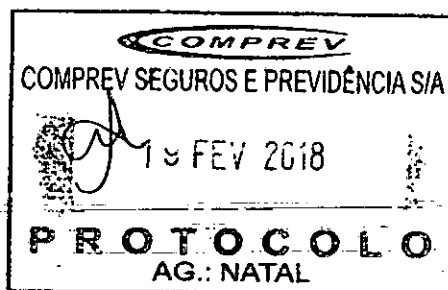
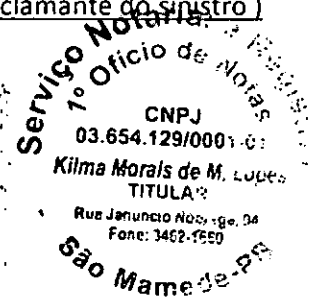
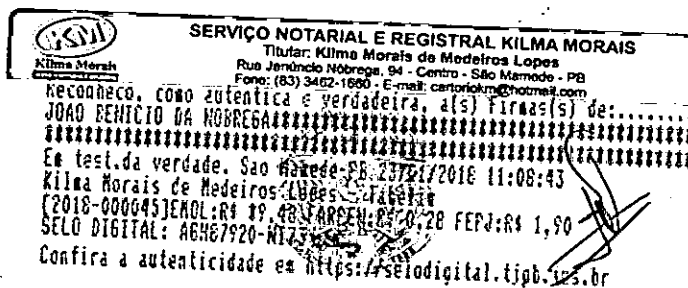
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu João Benício da Nóbrega
 RG nº 2099515, data de expedição 16/02/2009
 Órgão SSDS-PB, portador do CPF nº 2623208620, com
 domicílio na cidade de São Mamede, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Chagas de Medeiros, nº 173,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Jefferson David da Nóbrega cujo o condutor era
Jefferson David da Nóbrega.

Veículo: MOTO
 Modelo: HONDA
 Ano: 2014
 Placa: QPE5960
 Chassi: 962KD0540ERO68416
 Data do Acidente: 03/05/2015
 Local e Data: João Gomes 16/09/2015

João Benício da Nóbrega
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE JERFESON DANIEL DA NOBREGA
DATA DE 03/05/2015 HORA 06:21 Nº BAA 89657
ENTRADA
IDADE 22 SEXO M ETNIA Pardo
CARTÃO SUS ESTADO CIVIL Solteiro(a)
CPF - RG - NAO INFORMA
NOME DA MÃE -
NOME DO PAI -
NASCIMENTO 30/10/1992 NATURALIDADE -
TELEFONE - PROFISSÃO -
RUA/AV. RIO PARAIBA DO SUL Nº 00
COMPLEMENTO - BAIRRO EMAUS
CEP - CIDADE Parnamirim-RN
ORIGEM Ambulância - SAMU MOTIVO Acidente de Trânsito / Moto - Carro
ACID. DE TRABALHO Não USUÁRIO Zilvan

Documentacao medico - hospitalar

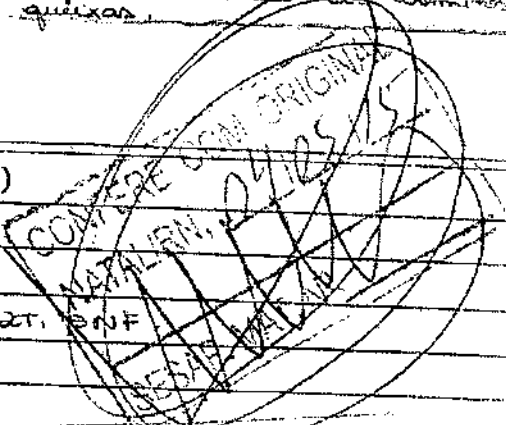


HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente trazido pelo SAMU vítima de acidente moto - carros de aproximadamente 1h e meia. O SAMU refere que quando chegou ao local o paciente estava sentado na calçada do posto de gasolina. Feg uso de capacete, retirado pelo mesmo no local do acidente. O acidente representou fratura - fratura de consolidação, cepelica, naurea e vômitos. Refere dor em ombro direito e outras queixas. Condições: nega. Alergia: nega.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VA pérvia. Sem cefaleia.
- B Eupneico. AP: MV+, normotico, S/RK.
- C Extremal hemodinamicamente. ACV. RCR, 2T, SNF.
- D Glasgow = 15
- E Dor em ombro ①.



OUTRAS OBSERVAÇÕES

Abdom: Flaco e indolor.
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
29 JAN 2013
Sato: 94%
P.R.O.T.O.C.O.L.O

TONICOLAFIA
Realizado em 03/05/15 às 7:04
NATALIA SAUTER
P.N.N.110
Tx. P.O.M.C.

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
06:21	120/80			20	88	15	

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

ANAMNESE Paciente vítima de colisão moto-carro, há 2,5 horas aproximadamente, em uso de capote. Relata afalco após o acidente, ruja cervicalgia, doralgia, náuseas e vômitos, déficits motores e perda de consciência. Ruja a ingestão de bebida alcoólica previamente.

EXAME FÍSICO ECG = 15, com reflexos fibrinativos + isocóricos. Sem déficits mo-
tores. Ombro direito imobilizado + lesão cort. artéria em mão esquerda.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA TCE Lw2.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OÜTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

29 JAN 2018

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. DO a confirmação com o deslizar de uma pálpebra alternadamente, ao sinal de que quer 4, ao sinal 3.	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso.	2
Olhos não se abrem.	1
Resposta motora verbal (RMV)	
Orientado (R ₁) - se o orientamento e a orientação das perguntas sobre sua pessoa, idade, ano, mês e o período, e data e hora.	5
Consciente (R ₂) - responde às perguntas orientadas, mas há alguma desorientação e confusão.	4
Palavras incoerentes (R ₃) - responde, mas são frases incoerentes.	3
Resposta motora (R ₄) - responde sem sentido às perguntas.	2
Resposta.	1
Atividade motora motora (RMV)	
Obedece a ordens verbais. (Em alguns casos quando não é obediente.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Resposta incoerente a dor.	4
Resposta flexa a dor (Desorientação).	3
Resposta extensora a dor (Desorientação).	2
Sem resposta motora.	1
Total	15

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	3
	9-12	2
	8-8	1
	4-7	0
	3	0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20	3
	1-9	2
	5-9	1
	1-4	0
	0	0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90	3
	70-89	2
	50-69	1
	1-49	0
	0	0

"El mito de Trauma Revisado (RT3): Son índices de alto nivel pero padecidos de trauma leve. La literatura es duplicada de Chapman H.R. Sacco 1972 Capos, et al: A revision of the Trauma score. J Trauma 23(5): 524, 1986.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

03-08=grave (necesidad de
intubación inmediata);
09-3=moderado;
14-15=leve

* References: TEASDALE Q. JENNIE, B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974, 2:51-54

* A pesquisa propõe a aplicação de técnicas tradicionais e que envolvam com idade superior a 3 anos. Na Escola Secundária solicitamos os dados que disponibiliza a Internet e os dos de acordo com os seguintes critérios:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

Orientação Teórica

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

= 956 =

51350000

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>João Manoel D. da Silva</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO ☒ FEMININO ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Tumor no abdômen</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Após cirurgia</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>S. Rx</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>L. A. C.</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Após cirurgia</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO COMPRE / SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A <i>29 JAN 2018</i> PROTOCOL	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Manoel Correia Neto</i> CRM 849 Ortopedia e Traumatologia
---	-----------------------------	----------------------	---	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

ESTE HOSPITAL É SEU, E MEU, É NOSSO.



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 Jefferson Daniel da Nóbrega
DATA DE NASCIMENTO 30/10/92
NOME DA MÃE Sônia Maria Virginio Martins

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 87725
BOLETIM DE ENTRADA N.º 834533
DATA DO ATENDIMENTO 05/05/15
HORA DO ATENDIMENTO 13:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Luxação acrômoclavicular direita
CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, apresentando dor, limitação de movimentos em ombro direito. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acrômoclavicular.

TRATAMENTO:

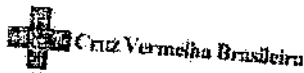
Tratamento cirúrgico de luxação acrômoclavicular direita

ALTA HOSPITALAR: 08/05/15
DATA DA EMISSÃO: 13/08/15

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
29 JAN 2018
PROTOCOLO
AG: NATAL

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, 0 - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento Emergencial: 834533

Identificação do paciente

ID	Nome			Sexo
886397	JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA			Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário
30/10/1992	22 anos 6 meses 3 dias	SOLTEIRO(A)	CATOLICA	
Mãe	Pai			
SONIA MARIA VIRGINIO MARTINS	JOAO BENICIO DA NOBREGA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
MEDIO COMPLETO	JESSICA DA NOBREGA - IRMAO(A)			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo		Fone Fixo
83	97601528			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
RG (IDENTIDADE)	3716945	708003869709529		
Local de procedência	Tipo		UF	
HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURIT (ORTOTRAUMA)	UNIDADES SAUDE		PB	
Email	Naturalidade	CBO/R		
	CABEDELO			

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58052285	JOAO PESSOA	PB	Tabalião Erinaldo Nunes Oliveira
Número	Complemento	Bairro	
170	AP 240	Jardim Cidade Universitária	

Admissão

Data e Hora Prevista	Número da pulseira	Convênio
05/05/2015 13:53:52	3197737	SUS
Especialidade	Clinica	
CLINICA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		
VERMELHA		

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Origem do paciente
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	OUTRA UNIDADE DE SAUDE
		Detalhe do acidente
		QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial	Piano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Modo de transporte	Quem transportou		
CARRO PARTICULAR			

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

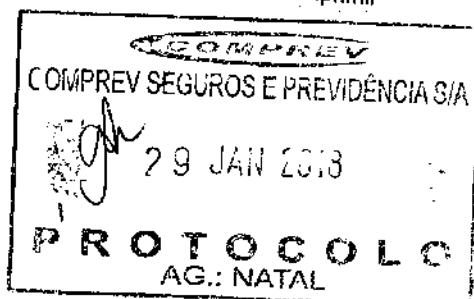
Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por	CID
ANA RENNATA DE MEDEIROS NOBREGA	
Imprimir	Tempo





Primeir



3187737 BE: B34583
JEFFERSON DANIEL DA NOBREIA
DT. NASC.: 30/10/1992
MÃE: SONIA MARIA VIRGINIO MARTINS

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

RNO: Tabela de Erinaldo Nunes Oliveira
N. 170 - Jardim - Cidade Universitária
JOÃO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 87501528
IDADE: 22
DT. ENTRADA:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente automobilístico por 2 unidades.
sem presença de AC (lesão III),
concomitante a Hto. Cerebral.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS () Pêrvias () Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRÁQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: () Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

HTE: () Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2- RUÍDOS

() Sim
() Não

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ lmp

SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: () Normal () Palida () Cianótica
() Pleotônica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE: () Normal () Quente () Fria

PULSO: () Normal () Aumentado

() Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

IRRITIMO () Regular () Irregular () Ausente

BULHAS () Normotônicas () Hipofônicas

() Hipofônicas () Ausente

SOPRO () Presente () Ausente

BE OU B4 () Sim () Não

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG:

ABDOMEN:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (≤4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4:	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (desconexão)	3
		Nenhuma / Nenhuma		Extensão Anormal (desconexão)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

29 JAN 2018

PROTOCOLO
AG. NATAL

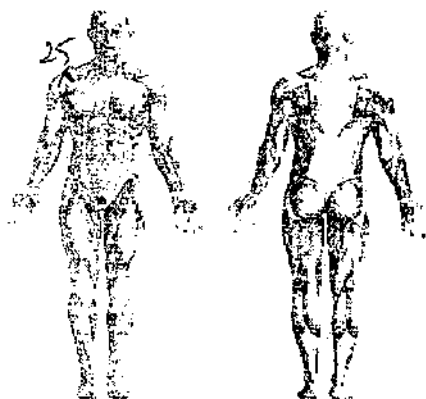
FIM - CC 1/1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorrágia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorrágia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☐ Radiografias ☐ Lavado peritoneal
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Nº	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Intervenção		
2			
3			
4			
5	André Cristiano da Costa LIT. Médico CRM: 7905 RN / 9/14 PR		COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 29 JAN 2018
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 DA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor) _____
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JIML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

8

Nome: Jefferson José da Nobrega BE/Prontuário: 834533

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 07/05/15

Clínica/Setor: Orto EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Tto cirúrgico do LAC 07

Cirurgião: Dr. Ricardo Kanno 1º Assistente: Dr. Roberto

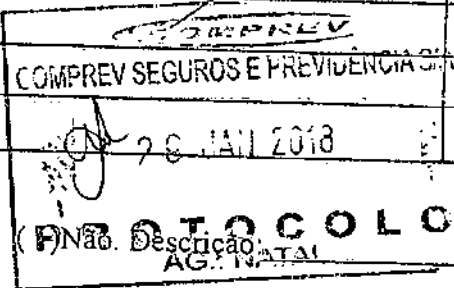
2º Assistente: Dr. Teófilo (121) 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>LAC grau III 07</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tto cirúrgico do LAC 07</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, 07/05/15



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



REESHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em posição de prona, sobre a esteira
- Anestesia e antiseptia da ASQ e membros
- Colocação de campo cirúrgico

Incisão:

- Incisão longitudinal supraclavicular à D.
- Limpeza por plano

Achados:

- Luxação acromio-clavicular e ruptura do lig. normal acromioclavicular e coraco-clavicular.

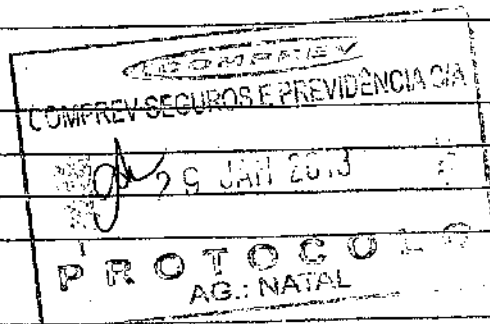
Conduta:

- Destachamento da art. acromio-clavicular
- Redução + fixação do osso de (R) inserindo lateral-medialmente
- Paragem do fio de capsulagum sob os fios de (R)
- Fechamento por plano
- Sutura
- curativo estéril

Fechamento:

- Sutura
- Curativo

Observação:



Médico/CRM:

Dr. Ricardo Ramos
Dr. Roberto

Dr. Teófilo Vanomark
Méd. R. Ortopedia
CRM-PA 66817/19

João Pessoa, 07/01/13

LAUDO MÉDICO/RESUMO DE ALTA

RECEBI

Nome: <u>JEFFERSON D. NOBREGA</u>				Registro:	
Idade: <u>22a</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>P</u>	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>5.5.15</u>				Data da alta: <u>08.5.15</u>	
Diagnóstico inicial:					
Diagnóstico final: <u>LDC @</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>TTD cirurgia do LDC @</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>Em uso de analgésicos</u>					
Anatomia patológica: <u>ESPANINADO</u>					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriológico:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>1a visita em 10/5/2015</u>					
Orientações Pós Alta				COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 29 JAN 2018 PROTOCOLO AG: NATAL	
Reposo: Relativo em casa por, <u>30</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>30</u> dias. Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Treze de Maio. Medicações para casa: <u>antibiótico e analgésico</u>					
Retorno: <u>HOSP 14.5.15</u> Ao posto de saúde em <u>14.5.15</u> Ao ambulatório <u>14.5.15</u> para retirada de pontos em 30 dias para revisão.					
João Pessoa, <u>08</u> de <u>Jun</u> de <u>15</u> Ass. Médico/CRM Dr. G. C. Torres C.R.M. - P. 12321007 12340					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTERIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) JOÃO PESSOA portador(a)
da identidade RG 3716945, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas,
portador(a) da patologia CID-10 S13.1,
devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de 60 (sessenta)
dias, a partir desta data.

Jóão Pessoa, 5.5.17

Dr. JOÃO PESSOA
Otorrinolaringologista
CRM - PE 12332 / ECT 13849

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

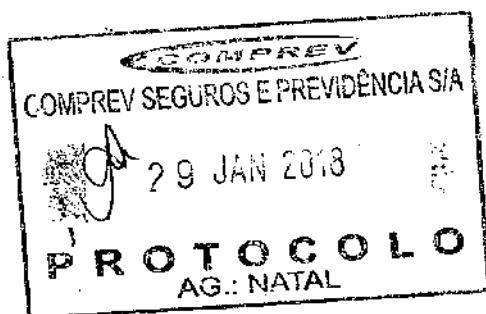
Eu, _____
autorizo o(a) Dr.(a) _____ a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
nesto atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ANEXO AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) SETERSON DAVIG DA NUBREGA 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 S43.1, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 60
sessenta dias, a partir desta data.

João Pessoa, 04.05.15

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

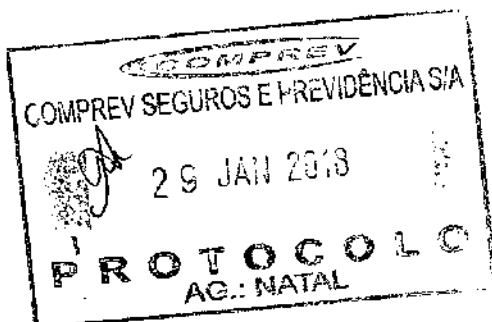
Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-084, Mangabeira II, João Pessoa - PB





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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

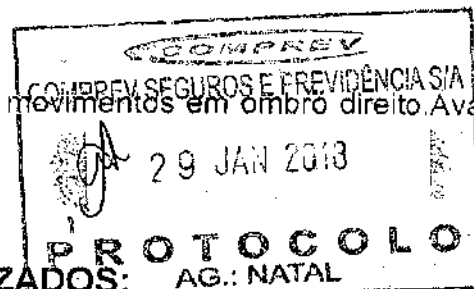
NOME DO PACIENTE Jefferson Daniel da Nóbrega
DATA DE NASCIMENTO 30/10/92
NOME DA MÃE Sônia Maria Virginio Martins

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 87725
BOLETIM DE ENTRADA N.º 834533
DATA DO ATENDIMENTO 05/05/15
HORA DO ATENDIMENTO 13:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Luxação acrômoclavicular direita
CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, apresentando dor, limitação de movimentos em ombro direito. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.



EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acrômoclavicular.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acrômoclavicular direita

ALTA HOSPITALAR: 08/05/15
DATA DA EMISSÃO: 13/08/15

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Documentos de identificação



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
 JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 3716945 SSP PB

CPF
 097.206.094-43 DATA NASCIMENTO
 30/10/1992

FILIAÇÃO
 JOAO BENICIO DA NOBREGA
 SONIA MARIA VIRGINIO MARTINS

PERMISSÃO ACC CALHAB
 AB

Nº DE CÍVIL
 05955192289 VALIDADE
 08/01/2020 1ª HABILITAÇÃO
 12/12/2013

OBSERVAÇÕES
 EXERCE ATIV REMUNERADA:

Assinatura do portador

LOCAL
 NATAL, RN DATA EMISSÃO
 11/05/2015

06831381934
 RN702113905

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1031915657

FIGUEIRA PLASTIFICAR
 1031915657

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

29 JAN 2018

PROTOCOLO

AG.: NATAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB 011373856054
CERTIFICADO DE REGISTRO 20142300005869-6
1 0102495076-7 00/00000000 2014

JOAO BENICIO DA NOBREGA

26232308620

QFF5960/PB

NOVO PB 9C2KD0540ER068916

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ESD

2014 2014

2 P/149 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM 06/11/2014

0

SEGURO

PAGO

06/11/2014

A.F BANCO HONDA S.A

SAO MAMEDE - PB

36633



[Signature]

21/11/2014

36

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

011373856054

ALNETE DE SEGURO DPVAT

JOAO BENICIO DA NOBREGA

26232308620

QFF5960/PB

2014 21/11/2014

JOAO BENICIO DA NOBREGA

1 26232308620

QFF5960/PB

01024950767

HONDA/NXR150 BROS ESD

PRELIMINAR

2014

9

9C2KD0540ER068916

SEGURO

PAGO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

36838-1454252-20141121

FEV-2014

DUT



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA CIA

29 JAN 2018

PROTOCOLO

AG: NATAL

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180061203 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA **Data do acidente:** 03/05/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR, À DIREITA - GRAU III.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR NO OMBRO DIREITO E REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA DO BRAÇO, NÃO CONSEGUINDO ELEVAR CARGA. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO SUPRACLAVICULAR DIREITA DE CERCA DE 12 CM. HIPOTROFIA MUSCULAR DO BRAÇO DIREITO. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO DE 0° À 90°, EXTENSÃO DE 0° À 20°, ADUÇÃO DE 0° À 10°, ABDUÇÃO DE 0° À 90°, ROTAÇÃO INTERNA DE 0° À 20° E EXTERNA DE 0° À 30°. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA COM REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO COM FIOS METÁLICOS E DE CERCLAGEM. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 45 DIAS (SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

UF do CRM do médico: RN

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

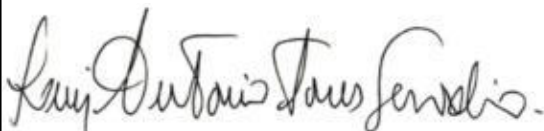
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA** Sinistro: **3180061203** Data: **03/05/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua da Pacificação, 411 - Emaús - Parnamirim - RN - CEP 59148-800**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **3.716.945**

Data local do exame: [**13/03/2018**] **Natal** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR, À DIREITA - GRAU III. A VÍTIMA REFERE DOR NO OMBRO DIREITO E REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA DO BRAÇO, NÃO CONSEGUINDO ELEVAR CARGA. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO SUPRACLAVICULAR DIREITA DE CERCA DE 12 CM. HIPOTROFIA MUSCULAR DO BRAÇO DIREITO. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO DE 0º À 90º, EXTENSÃO DE 0º À 20º, ADUÇÃO DE 0º À 10º, ABDUÇÃO DE 0º À 90º, ROTAÇÃO INTERNA DE 0º À 20º E EXTERNA DE 0º À 30º. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA COM REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO COM FIOS METÁLICOS E DE CERCLAGEM. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 45 DIAS (SIC).

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

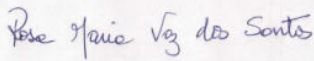
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Rosa Maria Vaz dos Santos
CRM: 2109 - RN

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180061203 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA **Data do acidente:** 03/05/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180061203 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA **Data do acidente:** 03/05/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR, À DIREITA - GRAU III.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR NO OMBRO DIREITO E REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA DO BRAÇO, NÃO CONSEGUINDO ELEVAR CARGA. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO SUPRACLAVICULAR DIREITA DE CERCA DE 12 CM. HIPOTROFIA MUSCULAR DO BRAÇO DIREITO. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO DE 0° À 90°, EXTENSÃO DE 0° À 20°, ADUÇÃO DE 0° À 10°, ABDUÇÃO DE 0° À 90°, ROTAÇÃO INTERNA DE 0° À 20° E EXTERNA DE 0° À 30°. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA COM REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO COM FIOS METÁLICOS E DE CERCLAGEM. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 45 DIAS (SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

UF do CRM do médico: RN

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Luiz Antonio Serodio