



Número: **0858865-56.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA (AUTOR)		CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44722 638	18/06/2019 16:44	Petição	Petição
44722 674	18/06/2019 16:44	2601264 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
44722 703	18/06/2019 16:44	2601264 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08588655620188205001

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 14 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

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



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
Vítima: 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

Pag. 00473/00474 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12355120

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

Nº Sinistro: 3180061203

Vítima: 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

Pag. 00411/00412 - carta_01 - INVALIDEZ



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

Pag. 00905/00906 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12472610

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2018

Carta nº: 12565561

A/C: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

Nº Sinistro: 3180061203
Vitima: 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

Pag. 01591/01592 - carta_15R - INVALIDEZ





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8442560

A/C: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

Sinistro: 3150953326
Vítima: 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

Pag. 00761/00762 - carta_03

00050381



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 e 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 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, 100	Número 411	Complemento CT. PARQUE D. OTTONI
Bairro EMAU	Cidade PARNAMIRIM	Estado RN
E-mail	CEP 59-148-900	Telefone (DDD) (84) 99820-9547
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	
☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ 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) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRO. 2008	CONTA NRO. 00080015
D/V 6	D/V 6
(Informar dígito se existir)	
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. CONTA NRO. D/V D/V (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.

PARNAMIRIM RN 22 de JANEIRO de 2018
Local e Data

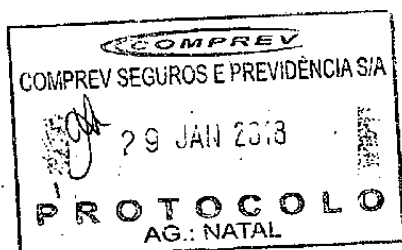
Jefferson Daniel da Nobrega
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Autorização de pagamento



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF-001 V001/2017





Govorno do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Seguranca Pblica 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

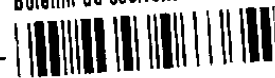
3.23 Cidade: PARNAMIRIM

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 Seguradora: 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

7.1.9 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:

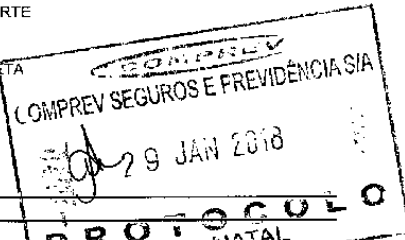
7.1.14 Número do Motor:

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 WALFREDO 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

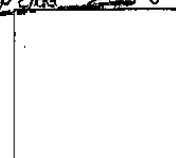
CONFERÊNCIA

A presente fotocópia confere com o documento original que nos foi apresentado do qual teor e forma que lhe deu origem.

Natal, 29 de JANEIRO de 2018

Assinatura do Declarante: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA

Assinatura do Interessado: JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA



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

Protocolo: J2015031002436 - Código de autenticação: 2252734565533-1518284F4u10b6696e

Página 1 1



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Moraes, 159, Bêlo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.189/0001-61 | Insc. Est. 20065199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARCIO ALEXANDRE CHO LUCK MELO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DA PACIFICACAO 411 C/PO DAS
ORQUIDEAS

CPF: 638.155.534-72

EMAUS/AREA URBANA
PARNAMIRIM RN
59148-800

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

DATA DA NOTA FISCAL: 27/12/2017
SÉRIE: 001325865
UNICA
DATA DE EMISSÃO: 27/12/2017
DATA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO: 27/12/2017
Nº DO CONTRATO: 0000896970
Nº DA INSTALAÇÃO: 1238300



	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	35,0000000	0,4387122	15,27
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,15
Contribuição Iluminação Pública			2,38
Multa por atraso-NF 001295082 - 28/08/17			0,41
Multa por atraso-NF 001272940 - 27/10/17			0,45
Juros por atraso-NF 001272940 - 27/10/17			9,21
Juros por atraso-NF 001295082 - 28/08/17			0,84
Atualização ICSPM-NF 001272940 - 27/10/17			0,11
Atualização ICSPM-NF 001295082 - 28/08/17			0,25

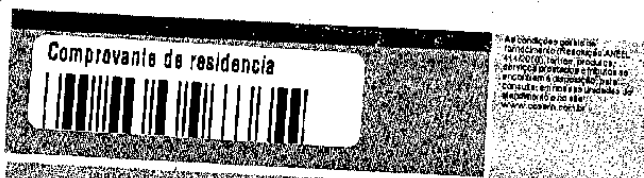
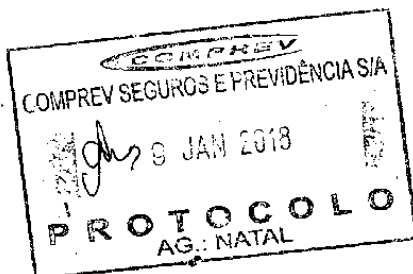
TOTAL DA FATURA

20,88

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
872354	CAI	27/12/2017	30.483,00		27/12/2017	30.483,00		30	0,0000000		35,00

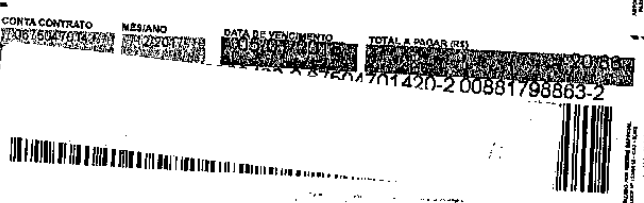
MÊS	CONSUMO (kWh)	VALOR DO MÊS (R\$)	%
DEZ 17	35	15,27	44,28%
NOV 17	30	13,15	31,42%
OUT 17	47	20,38	50,00%
SET 17	43	18,54	45,35%
AUG 17	44	19,08	46,43%
JUL 17	45	19,62	47,50%
JUN 17	46	20,16	48,57%
MAY 17	48	21,00	50,00%
ABR 17	50	21,90	52,38%
MAR 17	50	21,90	52,38%
FEV 17	67	29,01	71,43%
JAN 17	127	54,81	134,29%
DEZ 16	236	103,62	257,14%

11FE 8752 818F E907 0308 E98F 05A5 F818



TIPO DE TENDÃO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
RESIDENCIAL	1,32	5,97	10,16	20,30
COMERCIAL	1,09	3,17	6,35	12,70
INDUSTRIAL	1,32	2,88	0,00	0,00

LIMITE DEBTE 12,22 LIMITE - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 0,82



Declaração do proprietário do



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu João Benício da Nobrega
 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 da Mota, 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 Nobrega cujo o condutor era
Jefferson David da Nobrega.

Veículo: moto

Modelo: HONDA

Ano: 2014

Placa: QPE5960

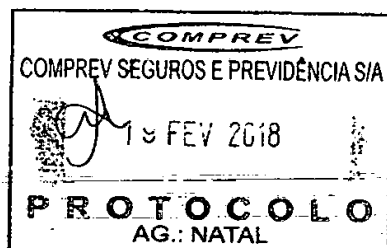
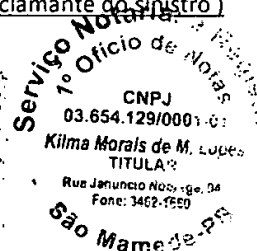
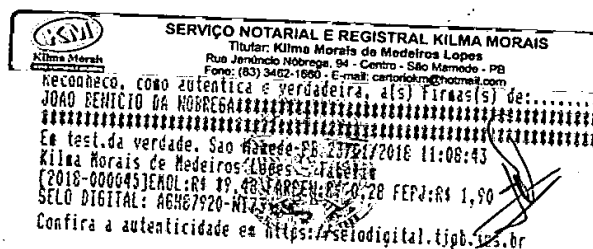
Chassi: 962KD0540ER068416

Data do Acidente: 03/05/2015

Local e Data: João Benício 16/09/2015

João Benício da Nobrega
 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 -
NOME DA MÃE NAO INFORMA
NOME DO PAI
NASCIMENTO 30/10/1992
TELEFONE
RUA/AV. RIO PARAIBA DO SUL Nº 00
COMPLEMENTO
CEP
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) - carro de aproximadamente 1h e meia. O SAMU refere que quando chegou ao local o paciente estava sentado na cadeira do posto de gasolina. Fez uso de capacete, extrairdo pelo mesmo no local do acidente. Representou dor no tórax, dor na cabeça, náuseas e vômitos. Repete dor em ombros direito e/ou outros membros. Condições: boa. Alergia: nega.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VA pérvia. Sem exsudação.
B Supnóico. AP: MVQ, normotensos, A/R.
C Estável hemodinamicamente. ACV - RCR, 2T, SNF.
D Glasgow = 15
E Dor em ombros ①

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Abdom. Flácido, não dolorido.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

29 JAN 2013

Sat. = 94%

PROTOCOLO

TONOZATA
Realizado em 03/05/15 às 7:04
TOMADA NATALIA GUTERRES
PNN 10
Tx. 002MO

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

FERSON DANIEL DA NOBREIA

Nº 84607

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1. NCR. 03/05/2015 às 07:45

ANAMNESE Paciente vítima de colisão moto-carro, há 2,5 horas aproximadamente, em uso de capacete. Relata cefaléia após o acidente, ruído cervical, dor dorsal, náuseas e vômitos, déficits motores e perda de consciência. Nega ingestão de bebida alcoólica previamente.

EXAME FÍSICO ECG = 15, com presenças fibrilativas e isocóricas. Sem déficits motores. Ombro direito imobilizado e lesão com contusão em mão esquerda.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA TCE Luz.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA 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
AG. NATAL

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Abertura dos olhos (AO)	4
Coma ou olhos espontaneamente	4
Olhos se abrem ao comando verbal (O1) e espontaneamente em resposta a uma pergunta direcionada ao paciente (O2)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem	1
Resposta verbal (RV)	5
Orientado (O1), certo sobre tempo e espaço, responde às perguntas sobre nome, idade, onde está o paciente, a data e hora	5
Consciente (O2), responde às perguntas direcionadas, não há qualquer desorientação e confusão	4
Palavras incoerentes (Fala desorganizada, mas não com palavras sem sentido)	3
Sons ininteligíveis (Ruidoso sem palavras compreensíveis)	2
Ausente	1
Resposta motora (MR)	6
Obedece a ordens verbais (O1) e a ordens simples quando lhe é solicitado	6
Localiza estímulos dolorosos	5
Retirada espontânea a dor	4
Retirada flexa a dor (Desorientação)	3
Retirada extensora a dor (Desorientação)	2
Sem resposta motora	1
Total	15

"ESCALA DE TRAUMA DO TRAUMA REVISADA - RTS"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4 10-12 = 3 6-9 = 2 1-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4 6-9 = 3 1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4 70-89 = 3 50-69 = 2 1-49 = 1 0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03-40: grave (necessidade de intervenção imediata)
01-30: moderado
14-15: leve

* Referências: TEASDALE G, JENNET B. A assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2:81-84

* A escala proposta para os 4 pontos considerados e que totalizam com 14 ou superior a 15 pontos, na Escala de Glasgow, indicam o paciente que está em risco de morte ou lesão grave.

SEM DOR	LEVE	Moderado	Intenso	Pior Possível
0	1	2	3	4

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

Document.

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 Paulo 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>Fratura m. braço D</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>LAC</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Após cirurgia</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>COMPRE/SEGUROS E PREVIDÊNCIAS</i>	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Manoel Correia Neto</i>
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - DATA DO PROCEDIMENTO <i>29 JAN 2018</i>	30 - DT SOLICITAÇÃO <i>29 JAN 2018</i>	31 - CNES / CPF <i>Ortopedia-Traumatologia</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNPJ DA SEGURADORA	35 - Nº DO BILHETE	36 - BÔNUS
37 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	38 - CNPJ	39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	40 -
41 - CID PRINCIPAL	DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)	
49 - DT AUTORIZ.	50 - DT AUTORIZ.		
51 - CNES / CPF	52 -		
53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

ESTE HOSPITAL É SEU, É 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

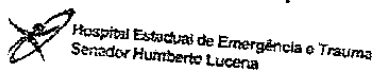
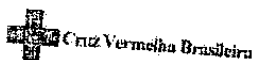
PROTOCOLO

AG: NATAL

Dr. Juan Jaime Arcoaba 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



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

Boletim de Atendimento Emergencial: 834533

Identificação do paciente

ID	886387	Nome	JEFFERSON DANIEL DA NOBREGA		Sexo	Masculino			
Data de nascimento	30/10/1992	Idade	22 anos 6 meses 3 dias	Estado civil	SOLTEIRO(A)	Religião	CATOLICA	Prontuário	
Mãe	SONIA MARIA VIRGINIO MARTINS						Pai	JOAO BENICIO DA NOBREGA	
Escolaridade	MEDIO COMPLETO						Responsável (Parentesco)	JESSICA DA NOBREGA - IRMAO(A)	
DDD Móvel	83	Fone Móvel	87601528	DDD Fixo		Fone Fixo			
Tipo documento	RG (IDENTIDADE)	Número documento	3716945	Nº Cns	708003869709529				
Local de procedência	HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)			Tipo	UNIDADES SAUDE	UF	PB		
Email		Naturalidade	CABEDELO	CBO/R					

Endereço

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

Admissão

Data e Hora Prevista	06/05/2015 13:53:52	Número da pulseira	3197737	Convênio	SUS
Especialidade	CLINICA GERAL				
Classificação de risco	VERMELHA				
Clínica	CLINICA TRAUMA E GERAL				

Caráter de atendimento

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

Indicadores e Transporte

Caso policial	Não	Plano de saúde	Não	Via de ambulância	Não	Trauma	Não
Meio de transporte	CARRO PARTICULAR						
Quem transportou							

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

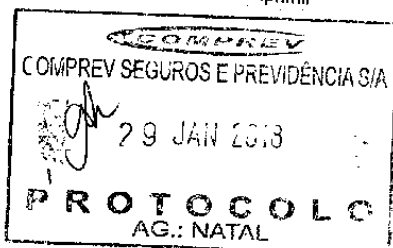
Atendido por

ANA RENNATA DE MEDEIROS NOBREGA

CID

Tempo

Imprimir





Primeir



3187737 BE : 834583
JEFFERSON DANIEL DA NOBREIRA
DT. NASC.: 30/10/1992
MÃE: SONIA MARIA VIRGINIO MARTINS

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

RND: Tabela de Eritróides Níveis Oligúria
N. 170 - Jarda Cidade Universitária
JOÃO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 87601628
IDADE: 22
DT. ENTRADA:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente automobilístico por 2 unidades.
sem quebra de ABC (Class III),
concomitante a Hto. Curioso

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

VIAS () Pêrvias () Obstruídas

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA 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

() Pleórica () 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:

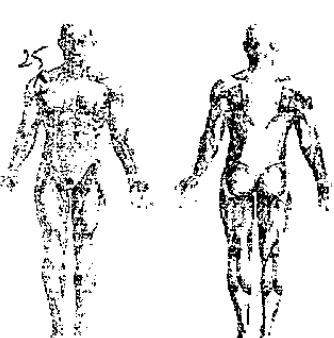
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Esponânea	4:	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo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

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

29 JAN 2018

PROTOCOLO
AG.: NATAL

FIM DO LAUDO

EXAME SECUNDÁRIO																																					
ALERGIA:	() Não () Sim:																																				
MEDICAMENTOS:	() Não () Sim:																																				
IMUNIZAÇÃO:	() Não () Sim:																																				
DOENÇAS:	() Não () Sim:																																				
ALIMENTOS INGERIDOS:	() Não () Sim:																																				
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado →																																				
	<table border="0"> <tr> <td>1 Abrasão</td> <td>19 Fratura Óssea Fechada</td> </tr> <tr> <td>2 Amputação</td> <td>20 Fratura Óssea Aberta</td> </tr> <tr> <td>3 Avulsão</td> <td>21 Hematoma</td> </tr> <tr> <td>4 Contusão</td> <td>22 Ingurgitamento Nervoso</td> </tr> <tr> <td>5 Crepitação</td> <td>23 Laceração</td> </tr> <tr> <td>6 Dor</td> <td>24 Lesão Tendinea</td> </tr> <tr> <td>7 Edema</td> <td>25 Luxação</td> </tr> <tr> <td>8 Empalamento</td> <td>26 Mordedura</td> </tr> <tr> <td>9 Efisema subcutâneo</td> <td>27 Movimento torácico paradoxal</td> </tr> <tr> <td>10 Esmagamento</td> <td>28 Objeto Encaixado</td> </tr> <tr> <td>11 Equimose</td> <td>29 Otorragia</td> </tr> <tr> <td>12 F. Arma Branca</td> <td>30 Paralisia</td> </tr> <tr> <td>13 F. Arma de Fogo</td> <td>31 Paresia</td> </tr> <tr> <td>14 F. Contuso</td> <td>32 Parestesia</td> </tr> <tr> <td>15 F. Cortante</td> <td>33 Queimadura</td> </tr> <tr> <td>16 F. Corto-Contuso</td> <td>34 Rinorragia</td> </tr> <tr> <td>17 F. Perfuro-Contuso</td> <td>35 Sinais de Isquemia</td> </tr> <tr> <td>18 F. Perfuro-Cortante</td> <td>36</td> </tr> </table>	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 Efisema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal	10 Esmagamento	28 Objeto Encaixado	11 Equimose	29 Otorragia	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 Rinorragia	17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia	18 F. Perfuro-Cortante	36
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 Efisema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal																																				
10 Esmagamento	28 Objeto Encaixado																																				
11 Equimose	29 Otorragia																																				
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 Rinorragia																																				
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																																					
1	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS																																				
2	Intervenção																																				
3	André Cristiano da Costa Lira																																				
4	Médico																																				
5	CRM: 7905 RN / 9/14 PR																																				
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
ASSINATURA E CARIMBO																																					
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A																																					
29 JAN 2018																																					
PROTOCOLO																																					
AG. NATAL																																					
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO																																					
Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____																																					
Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____																																					
DESTINO DO PACIENTE																																					
DATA	() Centro cirúrgico																																				
DA	() Transferência (unidade de saúde)																																				
SAÍDA	() Internado (setor)																																				
HORAS:	() Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido																																				
	() Jóbato () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () JIML () SVO																																				
ASSIN																																					
ATURA/CARIMBO																																					
ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL																																					

F(NG).CC.0011



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSRL

Nome: Jefferson J. da Mota BE/Prontuário: 834533
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 07/07/15
 Clínica/Setor: Orto EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tto cirúrgico do LAC o 1
 Cirurgião: Dr. Ricardo de Karra 1º Assistente: Dr. Roberto
 2º Assistente: Dr. Tiof. (R) 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>LAC Grau III o 1</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tto cirúrgico do LAC o 1</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

F(NG).ASCIR.009-1



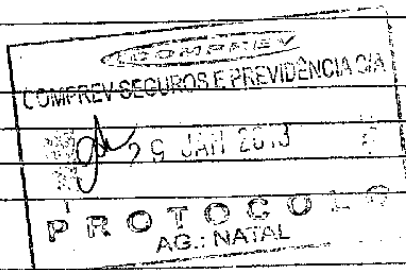
CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HETSIL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: - Paciente em cadeira de prova, sob anestesia - Anestesia e antiseptia da AS7 e entorno - Colocação de campo cirúrgico
Incisão: - Incisão longitudinal supraclavicular à D. - Limpeza por plano
Achados: - Luxação acromio-clavicular e ruptura do lig. coracoclavicular e coracoclaviculares.
Conduta: - Desbridamento da art. acromio-clavicular - Redução + fixação do osso da (D) com placa lateral-mechanism - Paragem de fios de corclapras sob as fôrças da (D) - Fechamento por plano - Sutura - Curativos estáveis
Fechamento: - Sutura - Alcatra 2-0
Observação:



Médico/CRM:

Dr. Ricardo Ramos
Dr. Roberto

Dr. Teófilo Viana
CRM-PB 6889 RN 1719

João Pessoa, 07/01/13

F(NG).ASCIR.009-1

LAUDO MÉDICO/RESUMO DE ALTA

REF: 151

Nome: <u>JEFFERSON D. NOBREGA</u>		Registro:	
Idade: <u>22a</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>P</u>	Clínica:
Data de admissão: <u>5.5.15</u>		Enf.:	Leito:
Diagnóstico inicial:		Data da alta: <u>08.5.15</u>	
Diagnóstico final: <u>LDC (D)</u>			
Outros diagnósticos:			
Principais exames:			
Cirurgia realizada - data e equipe:			
Terapêutica medicamentosa: <u>Do. Nundo Nundo</u>			
Anatomia patológica: <u>ESPALMOTOMIA</u>			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:			
<u>Per. maior em internamento</u>			
Data:		Orientações Pós Alta	
Reposo:		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
Relativo em casa por, <u>30</u> dias.		<u>29 JAN 2018</u>	
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias.		PROTOCOLO	
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>30</u> dias.		AG.: NATAL	
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>estruturalina 1frax</u>			
Retorno: <u>HTOP 14.5.15</u> <u>12h</u>			
Ao posto de saúde em		para retirada de ponto	
Ao ambulatório		em 30 dias para revisão.	
João Pessoa, <u>08</u> de <u>11</u> de <u>15</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,			
Ass. Médico/CRM			
MINISTERIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

Scanned by CamScanner



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr(a) JOÃO PESSOA R. NOBRE portador(a)
da identidade RG 37.16945, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas,
portador(a) da patologia CID-10 S33.1,
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. FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
Otorrinolaringologista
CRM - PE 72357/2013

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

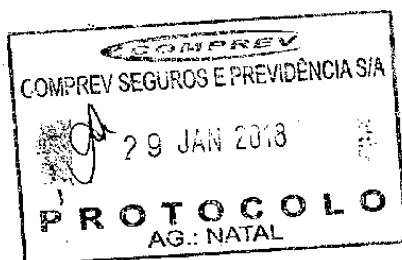
Eu, _____
autorizo o(a) Dr.(a) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - EXAME AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr(a) SETECSON DAVIC DA NEGRE 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-10 543.1, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 dias, a partir desta data.

João Pessoa, 04.05.15

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

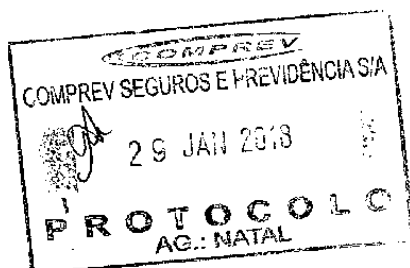
Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extensão neste atestado médico.

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 58056-384, 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

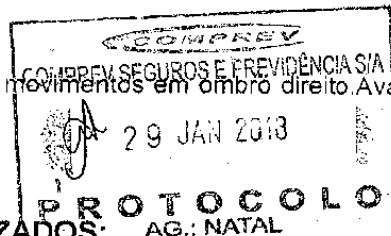
NOME DO PACIENTE Jefferson Daniel da Nóbrega
DATA DE NASCIMENTO 30/10/92
NOME DA MÃE Sônia Maria Virginio Martins

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



VALOR EM TODA A TERRITÓRIA NACIONAL
1031915657

PROBINT PLASTIFICAR
1031915657

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 CALIBRA AB

Nº DE CÍTRIO
05955192289

VALIDADE
08/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
12/12/2013

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA:

Jefferson Daniel da Nobrega

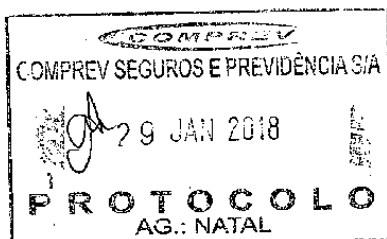
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
NATAL, RN

DATA EMISSÃO
11/05/2015

Renato da Silva

06831381934
RN702113905



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB 011373856054
 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

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

***** P A G O 06/11/2014

A.F BANCO HONDA S.A

SAO MAMEDE - PB 21/11/2014

36633 36

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA
 TRANSPORTADAS OU HAO SEGURO DPVAT

011373856054 RENOME 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

2014 9 9C2KD0540ER068916

***** P A G O

36838-1454252-20141121



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 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.

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 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.

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

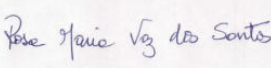
Região Corporal (Sequela):

% 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 prever 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 insusceptíveis 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 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.

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: