
Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190085391

Vítima: RAPHAEL MENDES DE LIMA

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAPHAEL MENDES DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085391

Vítima: RAPHAEL MENDES DE LIMA

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAPHAEL MENDES DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190085391**

Vítima: RAPHAEL MENDES DE LIMA

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

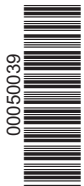
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190085391

Vítima: RAPHAEL MENDES DE LIMA

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAPHAEL MENDES DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 com 16 ou 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

Nome completo da vítima

092.894.274-00

RAPHAEL MENDES DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RAPHAEL MENDES DELIMA		CPF titular da conta 092.894.274-00	Profissão Desempregado
Endereço RUA DESEMBARGADOR SINDRO SANTIAGO		Número 296	Complemento
Bairro POPULAR	Cidade SANTA RITA	Estado PB	CEP 58303-380
Email dpt.cedba@hmail.com		Telefone (DDD) (83) 98776-750	

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
 ☐ 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)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO
3934

D/V

CONTA

NRO
000.000.337.991

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

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 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.

SANTA RITA, 07 de MARÇO de 2019.

Local e Data

Raphael Mendes de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Senho

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sortelos de segunda-feira a sábado. Após

049-591467090-6

18/FEV/2019

HORA DE 13:33:56

LOT, 13.015769-4

TERM 016290

LOCALIDADE: SANTA RITA

AG. VINCULADA: 1914

CONTROLE: 49401732

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUF CAIXA FACIL

NOME: RAPHAEL MENDES DE LIMA

AGENCIA: 1914

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.137.991-0

DATA DA ABERTURA: 18/02/2019

LOTerias CAIXA

049-591467090-6

1ª VIA

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e à requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a OCORRENCIA POLICIAL de Nº **1.521/2018**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **20/06/2018** nesta cidade de Santa Rita, Estado da Paraíba, e no Cartório desta Delegacia Distrital, onde se encontrava presente a Bel. Pedro Martins dos Santos, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das **09:10** horas, compareceu:

NOME: **RAPHAEL MENDES DE LIMA**
NACIONALIDADE: **BRASILEIRO** ; **NATURALIDADE:** **S.RITA/PB**
ESTADO CIVIL: **Solteiro** ; **TELEFONE:** **9-8776-7904**
FILIAÇÃO: **Pai Não Declarado e de Rosicleide Mendes de Lima**
NASCIMENTO: **21/03/1989** ; **IDADE:** **29 ANOS DE IDADE**
ENDEREÇO: **R. Des.Simdulfo nº 296** **S.Rita/PB**
RG **3.467.309** **SSP/PB** ; **CPF: 092.894.274-00**

a qual notifica **Afirma o Notificante QUE no dia 12/02/2018 por volta das 20:hs30mim quando estava saindo desta Cidade de Santa Rita/PB com destino a Cidade de Lucena pela PB 025 em uma moto de Marca HONDA/NXR 160 TIPO BROS DE COR BRANCA ANO 2014 MODELO 2014 DE PLACA NQG-9411/PB CHASSI DE Nº 9C2KD0810FR41401, quando o mesmo perdeu o controle da moto em uma curva veio cair ao solo sendo socorrido por treseiro para o Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena conforme Laudo que tem o CID-10 Mais S42.0 Diagnóstico (S) Fratura de Clavícula Direita assinado pelo Drº JUAN JAIME ALCOBA ARCE que tem CRM-3323/PB, sendo esta moto em nome do Notificante conforme documentos. Nada mais a notificar, encerro este termo que lido e achado conforme, fica a notificante advertida das penas do que refere-se o Art. 299 do C P B. O referido é verdade. Dou fé.**

Notificante: _____

Santa Rita/PB, **20/06/2018**,**Escrivão de Polícia Ad Hoc**



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Raphael Mendes de Lima
DATA DE NASCIMENTO	21/03/89
NOME DA MÃE	Rosicleide Mendes de Lins

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	107511
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1062036
DATA DO ATENDIMENTO	12/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	10:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Trauma
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura de clavícula direita
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado do Htop, com fratura de clavícula há 24 dias, foi tentado tratamento conservador sem sucesso. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula direita

ALTA HOSPITALAR:	14/03/18
DATA DA EMISSÃO:	01/06/18


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



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RAPHAEL MENDES DE LIMA		BAE 1062036	Data/Hora Entrada 12/02/2018 00:23:54	Data Baixa
Data de nascimento 21/03/1989	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987786555
Mãe ROSICLEIDE MENDES DE LIMA			Prontuário	
Endereço RIO BRANCO, 353		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO		Nº Cons. Regional 10204/PB
Data/Hora Classificação 12/02/2018 00:23:54		Data/Hora Prescrição 12/02/2018 08:06:52		Senha
Convênio SUS	Nº Matricula			

Exame

PACIENTE APRESENTOU TRAUMA EM OMBRO DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO.
EX FÍSICO: - DEFORMIDADE E DOR EM TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIR.
SEM DÉFICIT NEUROVASCULAR EM MEMBRO SUPERIOR DIR.
RXS DE OMBRO DIR.: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA.

CD. (nao realizados ainda)- ENFAIXAMENTO EM 8; DEPOIS RADIOGRAFIAS DE CONTROLE.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

RAPHAEL MENDES DE LIMA

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(: 10204/PB)

Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel

CNES: 6121221

Paciente RAPHAEL MENDES DE LIMA		BAE 1062036	Data/Hora Entrada 12/02/2018 00:23:54	Data Baixa
Data de nascimento 21/03/1989	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987786555
Tipo ROSICLEIDE MENDES DE LIMA			Prontuário	
Endereço RIO BRANCO, 383		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Queda / Outros QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DAVID DA SILVEIRA FARIAS DE MELO		Nº Cons. Regional 7038/PB
Data/Hora Classificação 12/02/2018 00:23:54		Data/Hora Prescrição 12/02/2018 00:28:35		
SUS		Nº Matrícula	Senha	

S. **anamnese**

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO

ENCAMINHADO DO OPRTOTRAUMA DEVIDO DOR EM OMBRO E HEMITORAX DIREITO

ABDOMEN INDOLOR A PALPACAO

CD: RX

AVALIACAO DA ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

CID10

Código	Descrição
T12.9	Traumatismo não especificado

Conduta

em observação

RAPHAEL MENDES DE LIMA

David Silveira
 Cirurgião Geral
 CRM 7038
DAVID DA SILVEIRA FARIAS DE MELO
(CRM: 7038/PB)



ÁREA VERMELHA

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

CNES 6121221

CONE 6121221		Data/Hora Entrada		Data Baixa
RAPHAEL MENDES DE LIMA		BAE	12/02/2018 00:23:54	Telefone de Contato
1062036		CNS	(83) 987786553	Prontuário
Idade	Sexo			
28	Masculino			
ROSICLEIDE MENDES DE LIMA		Município	UF	
RIO BRANCO, 383		SANTA RITA	PB	
Bairro		Profissional	Nº Cons. Regional	
POPULAR		MATHEUS MARINHO ENOMOTO	10204/PB	
Motivo	Data/Hora Prescrição		Senha	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA	12/02/2018 13:20:41			
Data Hora Classificação		Nº Matrícula		
12/02/2018 00:23:54				
SUS				

Anamnesis

Anamnese
 PACIENTE APRESENTOU TRAUMA EM OMBRO DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO.
 EX FÍSICO: - DEFORMIDADE E DOR EM TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIR.
 SEM DÉFICIT NEUROVASCULAR EM MEMBRO SUPERIOR DIR.
 RX DE OMBRO DIR.: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA.

PX BOA REDUÇÃO DA FX DE CLAVICULA D(COM S) + DR FRANCISCO

ALTA DA ORTOPEDIA
E ALGESIA

CID10

Descrição

Fratura da clavícula

Conduta

Em observação

RAPHAEL MENDES DE LIMA

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(: 10204/PB)

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Nome
RAPHAEL MENDES DE LIMA

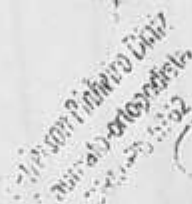
Data de
21/03/1989

Nº Boletim Emergencia
1062036

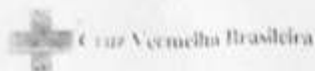
Prontuario

Material a examinar

PROCEDIMENTO
IMOBILIZAÇÃO 8


Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena
21/03/1989





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente RAPHAEL MENDES DE LIMA		BAE 1062036	Data/Hora Entrada 12/02/2018 00:23:54	Data Baixa
Data de nascimento 21/03/1989	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987786555
Mê ROSICLEIDE MENDES DE LIMA			Prontuário	
Endereço RIO BRANCO, 363		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional STEFFERSON PINHEIRO DINIZ	Nº Cons. Regional 5762/PB	
Data/Hora Classificação 12/02/2018 00:23:54			Data/Hora Prescrição 12/02/2018 02:52:12	
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha

Anamnese

PACIENTE APRESENTOU TRAUMA EM OMBRO DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO.
EX.FÍSICO: - DEFORMIDADE E DOR EM TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIR.
SEM DÉFICIT NEUROVASCULAR EM MEMBRO SUPERIOR DIR.
RXS DE OMBRO DIR.: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA.
CD: ENFAIXAMENTO EM Ø; DEPOIS RADIOGRAFIAS DE CONTROLE.

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO 8

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

RAPHAEL MENDES DE LIMA

STEFFERSON PINHEIRO DINIZ
(CRM: 5762/PB)

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome RAPHAEL MENDES DE LIMA		
Data de 21/03/1989	Nº Boletim Emergência 1062036	Prontuario
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) <i>Rx do Ombro direito (AP e lateral) (controle)</i>		
<div style="text-align: center;"> <p>12 02 18</p> <p>00:50</p> <p>Pedro Alves Jr.</p> <p>CRTR. Nº 010627</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>Rx 12 02 11</p> <p>David Silveira</p> <p>Endereço Geral</p> <p>CRM 1038</p> </div>		

12 de Fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831114316

Paciente: RAPHAEL MENDES DE LIMA

Data Nasc: 21/03/1989 - 28 anos

Data Exame: 12/02/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura cominutiva no terço médio da clavícula com diástase dos fragmentos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 12/02/2018 08:01.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - 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	RAPHAEL MENDES DE LIMA
DATA DE NASCIMENTO	21/03/89
NOME DA MÃE	ROSICLEIDE MENDES DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.067.235
DATA DO ATENDIMENTO	12/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	00:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE EDE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em ombro direito, dor e deformidade em terço médio de clavícula direita. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura em terço médio de clavícula direita. Imobilização em 8.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito
RX de torax

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita

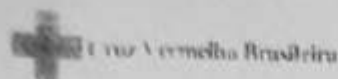
TRATAMENTO:

Redução e imobilização de fratura de clavícula direita.

ALTA HOSPITALAR:	12/02/18
DATA DA EMISSÃO:	25/05/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/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



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORENTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1067235



Identificação do paciente

ID 449486	Nome RAPHAEL MENDES DE LIMA	Sexo Masculino
Data de nascimento 21/03/1999	Idade 28 anos 11 meses 13 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe ROSICLEIDE MENDES DE LIMA	Religião Prontuário	Pai NAO DECLARADO
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) LUZINETE MENDES DE LIMA - AVO(O)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987786555	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3467309	Nº Cris 701803234786572
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R

Endereço

CEP 58301195	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro RIO BRANCO
Número 383	Complemento		Bairro POPULAR

Admissão

Data e Hora 06/03/2018 10:38:59	Número da pulseira 1010006377327	Convênio SUS
Especialidade ORTOPEDIA	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA	
Gerador de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio 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

CID

Atendido por
ANNE WALESKA PEREIRA LIMA

Tempo



Documento de Alta

Nome:

MICHAEL MENDES DE LIMA

Data de

11/03/1989

Sexo:

Masculino

Data de Internação:

06/03/2018 12:07:40

Número Prontuário:

107511

Data de Alta:

14/03/2018 16:28:42

Motivo da alta:

ALTA HOSPITALAR

Conduta:

PACIENTE SUBMETIDO A RAFI DE FRATURA DA CLAVICULA DIREITA EVOLUINDO BEM E SEM INTERCORRÊNCIAS

Resumo da Internação:

Resultado de Exames:

Tratamento:

RAFI DE FX DA CLAVICULA DIREITA

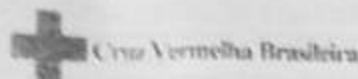
Diagnóstico:

Q42.0 - Fratura da clavícula

Recomendações:

ITAR MOVIMENTOS DO OMBRO. MOVIMENTAR COTOVELO SEM PEGAR PESO

Leah Ranná Gomes



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente RAPHAEL MENDES DE LIMA	BAE 1067235	Data/Hora Entrada 06/03/2018 10:36:59	Data Baixa
Data de nascimento 21/03/1989	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 701803234786572
Mãe ROSICLEIDE MENDES DE LIMA			Telefone de Contato (83) 987786555
Endereço RIO BRANCO, 383	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo TRAUMA	Profissional PEDRO ROMAO DANTAS	Nº Cons. Regional 9799/PB
Data/Hora Classificação 06/03/2018 10:49:14		Data/Hora Prescrição 06/03/2018 11:16:13	
Convênio US	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

paciente encaminhado do htop por dr steferson com fratura de clavícula direita ha 24 dias. foi tentado o tratamento conservador sem sucesso
cd: internação hospitalar para procedimento cirurgico

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 : AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0.0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

CID10

Código

Descrição

S42.0

Fratura da clavícula

Conduta

Internar Paciente

44/11



Clínica e Serviço de Traumatologia

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Serviço de Traumatologia



GOVERNO
DO PARÁ

AV. ORESTES LIEBOWITZ, S/N - PEDRO GONDIM
CINEL 2776696 Tel: 9332162700

Impresso por: ALISSON
FABIO FERNANDES VIEIRA
Em: 11/03/2018 06:56:10

Paciente	RAPHAEL MENDES DE LIMA			Boletim de Atendimento	06/03/2018 10:38:59	Classificação
Data de nascimento	21/03/1989	Idade	29	Sexo	Masculino	107511
Tempo de Internação				Convênio	SUS	Prontidão NOTURNO

EVOLUÇÃO MÉDICA (ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - 11/03/2018 06:56:10)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA
fratura TERÇO MÉDIO de clavícula DIREITA
HEMOGRAMA E COAGULOGRAMA SEM ALTERAÇÕES
AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA
OPME: PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5

Sessão: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0009
Profissional responsável pela informação: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Número Conselho: 6012

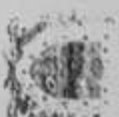
Dr. ALISSON F. F. VIEIRA
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 69130CRM-PE 17606
SBOJ 12614



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ALISSON
FABIO FERNANDES VIEIRA
Em: 10/03/2018 06:50:13

Paciente		Boletim de Atendimento		Data/Hora Entrada		Data/Hora Saída
RAPHAEL MENDES DE LIMA		1067235		06/03/2018 10:38:59		
Data de nascimento		Idade		CNS		Prontuário
21/03/1989				701803234786572		107511
Tempo de Internação		Convênio				Plantão
		SUS				NOTURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - 10/03/2018 06:50:05)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DA CLAVICULA
EVOLUI ESTAVEL
PRE OP OK
AGUARDA CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0009
Profissional responsável pela informação: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Número Conselho: 6913



HOSPITAL Vermelho D'Amélia
Secretaria Municipal de Saúde

AV. DRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 27.969.961 - Tel: 8332.165700

Impresso por: LUCIANO JOSE LIRA MENDES
Em: 09/03/2018 12:17:35

Paciente			RAPHAEL MENDES DE LIMA			Boletim de Atendimento		1067235		Data/Hora Entrada		06/03/2018 10:38:59		Data/Hora Saída					
Data de nascimento			21/03/1989			Idade		Sexo		Masculino		CNS		701803234786572		Procedimento		107511	
Tempo de Internação								Convênio		SUS						Plantão		DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 09/03/2018 12:17:35)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

fratura TERÇO MÉDIO de clavícula DIREITA
HEMOGRAMA E COAGULOGRAMA SEM ALTERAÇÕES
AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA
OPME: PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3.5

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0005
Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Número Conselho: 4290

Dr. Luciano Jose Lira Mendes
CRM 4290

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: **RAPHAEL MENDES DE LIMA** BE/PRONTUÁRIO: **1067235**
 IDADE: **28** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **12/3/2018**
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
 CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA**
 CIRURGIÃO: **DR LUCIANO LIRA** 1º ASS: **DR MATHEUS MR2**
 2º ASS: 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO PLEXO BR** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM:

DATA: **12/3/2018**

MATERIAIS DE CONSUMO (CONTAS DE MATERIAIS DE CONSUMO)				MATERIAIS DE CONSUMO (CONTAS DE MATERIAIS DE CONSUMO)			
QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
1	ALCOOL ETILICO 70%	LITRO	1,50	1	ALCOOL ETILICO 70%	LITRO	1,50
1	AGULHA 13X4,5	UNIDADE	0,10	1	AGULHA 13X4,5	UNIDADE	0,10
1	AGULHA 25X08	UNIDADE	0,10	1	AGULHA 25X08	UNIDADE	0,10
1	AGULHA 40X17	UNIDADE	0,10	1	AGULHA 40X17	UNIDADE	0,10
1	AGULHA PERIDURAL N°16	UNIDADE	0,10	1	AGULHA PERIDURAL N°16	UNIDADE	0,10
1	AGULHA PERIDURAL N°17	UNIDADE	0,10	1	AGULHA PERIDURAL N°17	UNIDADE	0,10
1	AGULHA PERIDURAL N°18	UNIDADE	0,10	1	AGULHA PERIDURAL N°18	UNIDADE	0,10
1	AGULHA RAQUIM N°25G	UNIDADE	0,10	1	AGULHA RAQUIM N°25G	UNIDADE	0,10
1	AGULHA RAQUIM N°26G	UNIDADE	0,10	1	AGULHA RAQUIM N°26G	UNIDADE	0,10
1	AGULHA RAQUIM N°27G	UNIDADE	0,10	1	AGULHA RAQUIM N°27G	UNIDADE	0,10
1	ALGODÃO ORTOPEDICO	UNIDADE	0,10	1	ALGODÃO ORTOPEDICO	UNIDADE	0,10
1	ATADURA DE CREpom	UNIDADE	0,10	1	ATADURA DE CREpom	UNIDADE	0,10
1	ATADURA GESSADA	UNIDADE	0,10	1	ATADURA GESSADA	UNIDADE	0,10
1	BOLSA P. COLOSTOMIA	UNIDADE	0,10	1	BOLSA P. COLOSTOMIA	UNIDADE	0,10
1	CANULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	UNIDADE	0,10	1	CANULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	UNIDADE	0,10
1	CATETER DE OXIGENIO	UNIDADE	0,10	1	CATETER DE OXIGENIO	UNIDADE	0,10
1	CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	UNIDADE	0,10	1	CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	UNIDADE	0,10
1	CATETER EPIDURAL N°16	UNIDADE	0,10	1	CATETER EPIDURAL N°16	UNIDADE	0,10
1	CATETER EPIDURAL N°17	UNIDADE	0,10	1	CATETER EPIDURAL N°17	UNIDADE	0,10
1	CATETER EPIDURAL N°18	UNIDADE	0,10	1	CATETER EPIDURAL N°18	UNIDADE	0,10
1	CEPA PARA OSSO	UNIDADE	0,10	1	CEPA PARA OSSO	UNIDADE	0,10
1	COLET. URINA FECHADO	UNIDADE	0,10	1	COLET. URINA FECHADO	UNIDADE	0,10
1	COMPRESSAS CIRURGICAS	UNIDADE	0,10	1	COMPRESSAS CIRURGICAS	UNIDADE	0,10
1	COMPRESSAS CIRURGICAS	UNIDADE	0,10	1	COMPRESSAS CIRURGICAS	UNIDADE	0,10
1	DRENO DE PENROSE	UNIDADE	0,10	1	DRENO DE PENROSE	UNIDADE	0,10
1	DRENO DE SUCCAO	UNIDADE	0,10	1	DRENO DE SUCCAO	UNIDADE	0,10
1	ELETRODOS	UNIDADE	0,10	1	ELETRODOS	UNIDADE	0,10
1	EQUIPO MACROGOTAS	UNIDADE	0,10	1	EQUIPO MACROGOTAS	UNIDADE	0,10
1	EQUIPO TRANSF. SANGUE	UNIDADE	0,10	1	EQUIPO TRANSF. SANGUE	UNIDADE	0,10
1	EQUIPO MICROGOTAS	UNIDADE	0,10	1	EQUIPO MICROGOTAS	UNIDADE	0,10
1	ESPONJA DE PVPI	UNIDADE	0,10	1	ESPONJA DE PVPI	UNIDADE	0,10
1	ESPARADRAPO	UNIDADE	0,10	1	ESPARADRAPO	UNIDADE	0,10
1	GAZES	UNIDADE	0,10	1	GAZES	UNIDADE	0,10
1	GAZES ALGODOADAS	UNIDADE	0,10	1	GAZES ALGODOADAS	UNIDADE	0,10
1	GEL ELETROLITICO	UNIDADE	0,10	1	GEL ELETROLITICO	UNIDADE	0,10
1	JELCO N°14	UNIDADE	0,10	1	JELCO N°14	UNIDADE	0,10
1	JELCO N°18	UNIDADE	0,10	1	JELCO N°18	UNIDADE	0,10
1	JELCO N°20	UNIDADE	0,10	1	JELCO N°20	UNIDADE	0,10
1	JELCO N°22	UNIDADE	0,10	1	JELCO N°22	UNIDADE	0,10
1	JELCO N°24	UNIDADE	0,10	1	JELCO N°24	UNIDADE	0,10
1	KIT SIST. DREN. TORACICA N°	UNIDADE	0,10	1	KIT SIST. DREN. TORACICA N°	UNIDADE	0,10
1	LAMINA BISTURI N°11	UNIDADE	0,10	1	LAMINA BISTURI N°11	UNIDADE	0,10
1	LAMINA BISTURI N°15	UNIDADE	0,10	1	LAMINA BISTURI N°15	UNIDADE	0,10
1	LAMINA BISTURI N°21	UNIDADE	0,10	1	LAMINA BISTURI N°21	UNIDADE	0,10
1	LAMINA BISTURI N°24	UNIDADE	0,10	1	LAMINA BISTURI N°24	UNIDADE	0,10
1	LAMINA DE DERMATOMO	UNIDADE	0,10	1	LAMINA DE DERMATOMO	UNIDADE	0,10
1	LAMINA DE ENXERTO	UNIDADE	0,10	1	LAMINA DE ENX		

115

PRONTUÁRIO: 156723-3

SEXO: M COR: BR IDADE: 25

Pressão Arterial Pulso 93 Respiração

TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
-------------	------	-----------------

ESTADO GERAL	() BOM	() REGULAR	() MAU	() PÉSSIMO	TEMPERATURA PESO	GRIPO SANGUI
RISCO CIRÚRGICO	() BOM	() REGULAR	() MAU	() PÉSSIMO		

EXAMES COMPLEMENTARES

AP RESPIRATÓRIO *Adm. H. 10*

AP. CIRCULATORIO

AP DIGESTIVO

ESTADO MENTAL 0.75

DROGAS EM USO

PRE-ANESTESICO

ESTADO FLORIDA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

CIRURGIA REALIZADA - ENCAMENTAMENTO CIRURGICO EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE COLON

CIRURGIÃO Dr. خالد محمد عبد الله AUXILIARES اسماء محمد عبد الله

INICIO DA ANESTESIA	13:45	TÉRMINO DA ANESTESIA	13:55	DURAÇÃO DA ANESTESIA	10 min
---------------------	-------	----------------------	-------	----------------------	--------

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$
------------------------	---------------	-------------

ANESTESISTA Dr. Wagner CPF _____ CRM-PB _____

12:45	12:45
-------	-------

Graph showing V_{max} vs $[S]$ for a partially inhibited enzyme. The y-axis represents V_{max} (0 to 220) and the x-axis represents $[S]$ (0 to 100). Two curves are plotted: a solid line for $V_{max} = 200$ and a dashed line for $V_{max} = 160$. The dashed curve is lower than the solid curve, indicating non-competitive inhibition.

ES	ES	ES
100%	100%	100%

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS

First Interview Mr. & Mrs. [illegible] at [illegible]

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

LOCAL DE MORADIA		VALOR EM REAIS	VALOR EM DOLÁRES
1	ALUGUEIRO	100,00	100,00
2	ALUGUEIRO	100,00	100,00
3	ALUGUEIRO	100,00	100,00
4	ALUGUEIRO	100,00	100,00
5	ALUGUEIRO	100,00	100,00
6	ALUGUEIRO	100,00	100,00
7	ALUGUEIRO	100,00	100,00
8	ALUGUEIRO	100,00	100,00
9	ALUGUEIRO	100,00	100,00
10	ALUGUEIRO	100,00	100,00

RESERVAS IMPORTANTES



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nº 0794

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM "CADEIRA DE PRAIA" SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO ANTERIOR A CLAVÍCULA
AVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
Condução:
REDUÇÃO DA FRATURA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA
FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 8 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS
REVISÃO DA HEMOSTASIA
LIMPEZA COM SF
FECHAMENTO POR PLANOS
Fechamento:
SUTURA
CURATIVOS ESTEREIS
RX DE CONTROLE
Observação:
TPOIA M-J

Médico/CRM:

:

João Pessoa,

12/3/2018



SOLICITAÇÃO

SOLICITAÇÃO: (X) LAUDO (X) PRONTUARIO

NOME DO PACIENTE: RAPHAEL MENDES DE LIMA	
BE: 1062036	PRONTUÁRIO:

DATA DA SOLICITAÇÃO: 20/03/2018

SERVIDOR-ATENDENTE

SOLICITANTE: (X) PACIENTE () ADVOGADO:

() FAMILIA :

INFORMAÇÃO DE LAUDO MÉDICO ATRAVÉS DO SITE

<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/>

TELEFONE: 3216-5760

- ATENDIMENTO POR TELEFONE: SEGUNDA, TERÇA, QUINTA E SEXTA PELA MANHÃ. / SEGUNDA, QUARTA, QUINTA E SEXTA PELA TARDE.
- HORARIO DE ATENDIMENTO: SEGUNDA À SEXTA (08:00H às 17:00H)



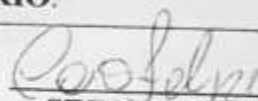
SOLICITAÇÃO

SOLICITAÇÃO: (X) LAUDO (X) PRONTUARIO

NOME DO PACIENTE: RAPHAEL MENDES DE LIMA	
BE: 1067235	PRONTUÁRIO:

DATA DA SOLICITAÇÃO: 20/03/2018

SOLICITANTE: (X) PACIENTE () ADVOGADO:


SERVIDOR-ATENDENTE
() FAMILIA :

INFORMAÇÃO DE LAUDO MÉDICO ATRAVÉS DO SITE
<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/>

TELEFONE: 3216-5760

- ATENDIMENTO POR TELEFONE: SEGUNDA, TERÇA, QUINTA E SEXTA PELA MANHÃ. / SEGUNDA, QUARTA, QUINTA E SEXTA PELA TARDE.
- HORARIO DE ATENDIMENTO: SEGUNDA À SEXTA (08:00H às 17:00H)

Av. Orestes Lisboa, s/n- CEP: 58031-090 – Conj. Pedro Gondim - João Pessoa/PB - Brasil - Fone/Fax:(0xx83)3216-5700



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 Raphael Mendes de Lima
DATA DE NASCIMENTO 21/03/89
NOME DA MÃE Rosicleide Mendes de Lins

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 107511
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1062036
DATA DO ATENDIMENTO 12/02/18
HORA DO ATENDIMENTO 10:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO Trauma
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula direita
CID 10 S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado do Htop, com fratura de clavícula há 24 dias, foi tentado tratamento conservador sem sucesso. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula direita

ALTA HOSPITALAR: 14/03/18
DATA DA EMISSÃO: 01/06/18


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

João Batista / Unidade Cirúrgica



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	RAPHAEL MENDES DE LIMA
DATA DE NASCIMENTO	21/03/89
NOME DA MÃE	ROSICLEIDE MENDES DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.067.235
DATA DO ATENDIMENTO	12/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	00:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE EDE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em ombro direito, dor e deformidade em terço médio de clavícula direita. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura em terço médio de clavícula direita. Imobilização em 8.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito
RX de torax

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita

TRATAMENTO:

Redução e imobilização de fratura de clavícula direita.

ALTA HOSPITALAR:	12/02/18
DATA DA EMISSÃO:	25/05/18

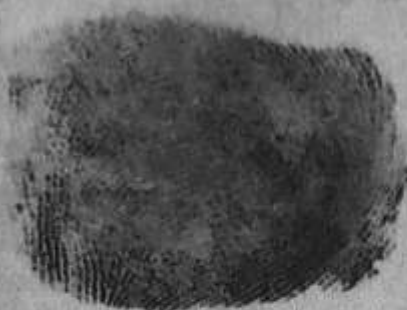
Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

ESTADO DA PARAÍBA



SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Raphael Mendes de Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

092.894.274-00

Nome

RAPHAEL MENDES DE LIMA

Nascimento

21/03/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPECACAO

41 JUL 2006

NOME

RAPHAEL MENDES DE LIMA

FILIAÇÃO

Rosicleide Mendes de Lima

Santa Rita.PB

21.03.1989.

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORDEM

**Cert.Nasc.Nº 43.705 Fls.230 Liv.
A.37.Cert.de Santa Rita.PB.**

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

RECIBO Nº 08/83

**CÓDIGO DE CONTROLE
10EC.E076.46BF.B07A**

**A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço**

www.receita.fazenda.gov.br

**Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil**

**às 12:23:38 do dia 03/01/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00**

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA JUDICIA"

OUTORGANTE(S): RAPHAEL MENDES DE LIMA, brasileiro, portador do RG N° 3.464, 309 SSP/PB e do CPF N° 092.984.274-00, residente a Rua Des. Lindolfo, 296, popular, Santa Rita - PB, CEP: 58300-380,

OUTORGADOS: FRANCISCA CARDOZO DA SILVA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o n°. 15011, e/ou FRANCISCO ISRAEL CARDOSO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n°. 16769, e/ou DAVI CARDOZO SARAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n°. 24651, todos com endereço profissional descrito no rodapé desta outorga, onde recebe notificações, citações e intimações de estilo.

PODERES: Para o fim de defender os interesses do(s) outorgante(s), que lhe confere amplos poderes para o foro em geral e para representá-lo(s) em repartições públicas federais, estaduais, municipais, autarquias e quaisquer outras pessoas jurídicas de direito público ou privado, inclusive e especialmente perante Seguradoras, a **Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT**, para tratar de assunto do seu interesse, assinando livros, requerimento, guias e documentos, **requerer o seguro DPVAT, em qualquer de suas modalidades, seja administrativamente ou judicialmente**, benefícios previdenciários e suas revisões, transformação, desistência, reafirmação de protocolo, parcelamento, confissões, alteração de dados especiais, cadastro, ficha, obter vista em procedimento administrativo ou fiscal, concordar ou recorrer de decisões administrativas, apresentar razões e contrarrazões, acompanhar os recursos e procedimentos em qualquer instância, tudo requerendo para defesa dos citados interesses, conferindo-lhe, ainda, poderes para, utilizando dos recursos judiciais legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizado a **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, assinar declaração de hipossuficiência econômica**, nos termos do art. 105 do CPC, prestar compromisso, declarações e acordo, **receber alvará judicial, RPV e precatórios**, deduzindo e compensando os seus por despesas de verbas honorária contratual e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas ou depósitos judiciais, **agindo em conjunto ou separadamente**, autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem, com **poderes para renunciar, sobretudo os valores que excederem o teto do Juizado Especial Federal ou Estadual** no afã de utilização de seu rito célere, praticando todos os atos que se fizerem necessários ao fiel desempenho do presente mandato, dando por bom, firme e valioso.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA: Desejando obter os benefícios da gratuidade da justiça, declara(m) o(s) outorgante(s), sob as penas da lei, que não possui(em) recursos suficientes para custear qualquer demanda sem prejuízo do seu sustento próprio e de sua família, nos termos do artigo 98 do CPC, declarando, ainda, ser(em) conhecedor(es) das sanções administrativas, civis e penais advindas de inverdades da presente declaração.

Santa Rita/PB, 15 de Jan de 2019.

x Raphael Mendes de Lima
OUTORGANTE(S)

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 1º da Lei nº 8.906/94)

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 09260633



OAB



ASSINATURA DO PORTADOR

[Handwritten signature]

OBSERVAÇÕES



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

FRANCISCO ISRAEL CARDOSO DA SILVA

FILIAÇÃO

ANTÔNIO ALEXANDRE DA SILVA
ANTÔNIA CARDOSO JORGE DA SILVA

NATALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

30/05/1988

RG

3142509 - SSP/PB

CPF

013.844.894-80

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDOS

VIA

EXPIDIDO EM

NÃO

02/03/2012

[Handwritten signature]
ODON BEZERRA CAVALCANTI SOBRINHO
PRESIDENTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190085391 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAPHAEL MENDES DE LIMA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190085391 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAPHAEL MENDES DE LIMA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50