

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, 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



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, 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



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, 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 0221200 (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 DE LIMA	CPF titular da conta 092.894.274-00	Profissão Desempregado
Endereço PRA DESEMBARQUE SUNDAY SANTIAGO	Número 296	Complemento
Raírm POPULAR	Cidade SANTA RITA	Estado PB
Email dept.cerdo@hotmail.com	CEP 58303-380	Telefone (DDD) 583) 98776-7500

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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 CONTA NRO. 000.000.337.991 D/V (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	
(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

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Senho

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sortelos de segunda-feira a sábado. Apos

049-591467090-6

18/FEV/2019

HORA DF 13:33:56

LOT. 13.015769-4

TERM 016298

LOCALIDADE: SANTA RITA

AG. VINCULADA: 1914

CONTROLE: 49401732

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPI CAIXA FACIL

NOME: RAPHAEL MENDES DE LIMA

AGENCIA: 1914

OPERAÇÃO: 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 Noticante QUE** no dia **12/02/2018** por volta das **20:hs30min** 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 Noticante conforme documentos. Nada mais a notificar, encerro este termo que lido e achado conforme, fica a noticante advertida das penas do que refere-se o Art. 299 do C P B. O referido é verdade. Dou fé.

Noticante:

Raphael Mendes de Lima



3º OFÍCIO DE NOTAS DE SANTA RITA/PB
Rua Siqueira Campos, 19, Centro, Santa Rita - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que encontra-se arquivado (Art. 425-III do CPC).
Santa Rita/PB - 20/06/2018
Selo Digital AHK49899-15QN
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol R\$2,37 ISS R\$0,12 Farpen R\$0,28 MP R\$0,04 Fazenda Pública



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

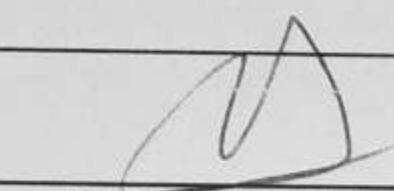
AVALIAÇÃO INICIAL:

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



Sociedade Naufragada Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

100

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, 383		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 Matrícula			

Siamese

ESTAMOS PRESENTES NA TRAJINA EM QUALQUER DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

PACIENTE APRESENTOU TRAUMA EM OMBRO DIREITO APÓS ACCIDENTE DE TRÂNSITO, COM PARADA POR UM TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIR.

EX FÍSICO. - DEFORMIDADE E DOR EM TERÇO MÉDIO DE CANTO DA BOCA, VENDAS E SWASCHI 10 EM MEMBRO SUPERIOR DIF.

SEM DÉFICIT NEUROVASCULAR EM MEMBRO SUPERIOR DIR.
SEM DÉFICIT NEUROVASCULAR EM MEMBRO SUPERIOR DIR.

IRXS DE OMBRO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

BARNAEI, MENDES DE LIMA

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(10204/PB)



ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNPJ: 6121221

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

Sintomas

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO

ENCAMINHADO DO ORTOPROTRAUMA 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
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

em observação

RAPHAEL MENDES DE LIMA

David da Silveira
CRM 7038
Cirurgia Geral

DAVID DA SILVEIRA FARIAS DE MELO
(CRM: 7038/PB)

Área 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

CNPJ 6121221

RAFAEL MENDES DE LIMA		BAE 1062036	Data/Hora Entrada 12/02/2018 00:23:54	Data Baixa
Data de Nascimento 05-1989		Idade 28	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987786555
ROSCICLEIDE MENDES DE LIMA		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	Prontuário
RIO BRANCO, 383		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO	UF PB
QUEDA / OUTROS			Data/Hora Prescrição 12/02/2018 13:20:41	Nº Cons. Regional 10204/PB
Data Entrada Classificação 12/02/2018 00:23:54		Nº Matrícula		Senha
GUS				

Anamnese

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

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

ALTA DA ORTOPEDIA

ANALGESIA

CID10	Fractura - contusão - lesão - infarto - edema - etc
Código	Descrição

Fratura da clavícula

Conduta

Em observação

RAPHAEL MENDES DE LIMA

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(: 10204/PB)



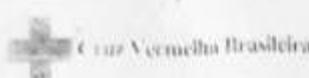
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Nome RAPHAEL MENDES DE LIMA	Nº Boletim Emergência 1062036	Prontuário
Data de 21/03/1989		
Material a examinar		

PROCEDIMENTO
IMOBILIZAÇÃO B

12/03/2017
Ano 2017
10:55:32





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
RAPHAEL MENDES DE LIMA	1062036	12/02/2018 00:23:54	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
21/03/1989	28	Masculino	(83) 987786555
Mae			
ROSCICLEIDE MENDES DE LIMA			Prontuário
Endereço	Bairro	Município	UF
RIO BRANCO, 383	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	STEFFERSON PINHEIRO DINIZ	5762/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
12/02/2018 00:23:54		12/02/2018 02:52:12	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

Anamnese

FACIENTE 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 S; DEPOIS RADIOGRAFIAS DE CONTROLE.

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO S

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

Prontuário

Material a examinar

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

Rivaldo Alves Jr. (Apelido) (Controle)

52 02 1-58
00:50

RX
12 02

Pedro Alves Jr.
CRTR. Nº 010627

11

David Silveira
Radiografia Geral
06/03/2018

12 de Fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



Atendimento: 201831114316

Data Nasc: 21/03/1989 - 28 anos

Paciente: RAPHAEL MENDES DE LIMA

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. Phydiás 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. Abdômen 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:

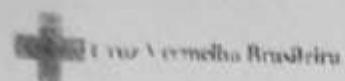
Redução e imobilização de fratura de clavícula direita.

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. ORELHAS LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 5332166700

Boletim de Atendimento: 1067235



Identificação do paciente

ID 449486	Nome RAPHAEL MENDES DE LIMA	Sexo Masculino		
Data de nascimento 21/03/1953	Idade 28 anos 11 meses 13 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário
Mae ROSCLEIDE MENDES DE LIMA	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 Cns 701803234786572		
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO UF PB			
Email	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	Clínica	
Classificação de risco	Ongem do paciente RESIDENCIA	
Caráter 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	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

Atendido por

ANNE WALESKA PEREIRA LIMA

Tempo

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA



Documento de Alta

Nome:

EDSON MENEDES DE LIMA

Sexo:

Masculino

Data de

1980

Data de Internação:

06/03/2018 12:07:40

Número Prontuário:
10751

Data de Alta:
14/03/2018 16:28:42

Motivo da alta:

LT - HOSPITALAR

Conduta:

paciente submetido a rai de fratura da clavícula direita evoluindo bem e sem intercorrências

Resumo da Internação:

Resultado de Exames:

Tratamento:

Rai de fix da clavícula direita

Diagnóstico:

AVZ - Fratura da clavícula

Comendações:

PARAR MOVIMENTOS DO OMBRO, MOVIMENTAR COTOVELO SEM PEGAR PESO.

Renilis GOMES
Enfermeira



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente RAPHAEL MENDES DE LIMA	BAE 1067235	Data/Hora Entrada 06/03/2018 10:38:59	Data Baixa
Data de nascimento 21/03/1989	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 701803234786572
Máis ROSICLEIDE MENDES DE LIMA			Prontuário
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 clavicula direita ha 24 dias. foi tentado o tratamento conservador sem sucesso
cd: internação hospitalar para procedimento cirúrgico

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

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 (MGTS)

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 (MGTS)

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 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

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

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 (MGTS)

Diluir

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

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

E-mail: reparado@pb.gov.br ANNE VALENTINA PEREIRA LIMA ENT 09/03/2018 10:41:27

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSW + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

CID 10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula
Conduita	
Internar Paciente	



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Santana - Mato Grosso - MT

GOVERNO
DA PARÁ

Impresso por: **Fábio Fernandes Vieira**
Fábio Fernandes Vieira
Em: 11/03/2018 06:56:10

AV. ORESTES LIEBOA, 591 - PEDRO GONÇALVES
CNPJ: 2778596 - Tel: 6532165700

paciente			
RAPHAEL MENDES DE LIMA			
Data de nascimento	Boletim de Atendimento	Distância Enviada	Impresso por: Fábio Fernandes Vieira
21/03/1988	1067239	06/03/2018 16:58:59	Fábio Fernandes Vieira
Idade	Sexo	CNS	Em: 11/03/2018 06:56:10
	Masculino	7018601234786572	
Tempo de Internação	Convenio		
	SUS		

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRICAÇÃO 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 Letto: 0009
Profissional responsável pela informaçāo: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Número Conselho: 6013

Dr. ALISSON, F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6913 CRM-PE 17606
SBOF 12614



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

GOVERNO
DA PARAÍBA

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:

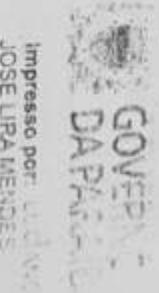
FRATURA DA CLVICULA
EVOLUI ESTAVEL
PRE OP OK
AGUARDA CIRURGIA

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

Número Conselho: 6913

AV. DRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2778996 - Tel: 8332165700

GOVERNO
DA PARAÍBA



Impresso por:

JOSE LIRA MENDES

Em: 09/03/2018 12:17:35

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	ProntoJunto
21/03/1989		701803234786572	107511
Tempo de Internação	Convênio		Plantão
	SUS		DIURNO

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

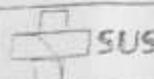
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

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

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0009
Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Número Conselho: 4290

Dr. Lira
Dr. Lira
Dr. Lira



Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - N° DO PRONTHAS

6 - NOME DO PACIENTE

706423

8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

100

Male

Female

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21-UTI

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-UTI

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-UTI

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01/06/2010
Solicitação de AIH - AIS
01/06/2010

Ex 63 Kompaz
O paciente (Anônimo) de internação 840.000
01/06/2010 encerrado para 11/05/2010
O Bloco de Kompaz deve ser mantido

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO SONSERH)

01-ICPF

01-ICPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - COD ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO SONSERH)

01-ICPF



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 CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
 CIRURGIANO: DR LUCIANO LIRA 1º ASS: DR MATHEUS MR2
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO PLEXO BRHORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA</u>	

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

ANESTESIA INICIO

CIRURGIA INICIO

- FIN -

13/15

ASSOCIATION DE CHIRURGIANS-AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS

ESTIMACIONES DE CONTAMINACIONES EN EL TERRITORIO NACIONAL

MEDICAMENTOS ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALGINA SINA ISOBARICA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
ALGINA SINA PESADA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
ALGINA		JELCO Nº22		FIO DE ACON	
ALGINA		JELCO Nº24		FIO DE ACON	
ALGINA		KIT SIST DREN TORANICAN		FIO DE NYLON Nº 3.0	
ETOHIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº1	FIO DE NYLON Nº	
ENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVP DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº21	FIO POLIGLACTINA Nº	
FEN. ANIL	PVP TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº	
AN	PVP TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA Nº	
PIVACAINA C VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº	
PIVACAINA S VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	22	FIO POLIPROPILENO Nº
LIODCAINA C VASO	AGULHA 13X4.5		LUVA ESTERIL Nº7.0	FIO POLIPROPILENO Nº	
EDOCAINA S VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTERIL Nº7.5	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
EDAZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTERIL Nº8.0	FIO SEDAN	
MUSICA	AGULHA 40X17		LUVA ESTERIL Nº8.5	FITA CARDIACA	
AGULHA	AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRURGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCREÔMICO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC	
PERITÔMIA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRURGICO	
ALGODÃO	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	CLIP TITANIO LIGADURA	
ALGODÃO	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21	FIO DE KIRSCHNER Nº	
ALGODÃO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº	
ALGODÃO	ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 3ML	FIO STEINMAN Nº	
ALGODÃO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº	
ALGODÃO	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	HEMOST ABSORVIVEL
DERIVA		CANULA P. TRAQUEOGSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	PROTESE VASCULAR
TRICINA		CATETER ENBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT PAM
TRICINA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIXADOR EXTERNO
TRICINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	EMPRESA
TRICINA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
TRICINA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais
TRICINA		COLET URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais
TRICINA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONJOSO
TRICINA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
TRICINA		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
TRICINA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
TRICINA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
TRICINA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
TRICINA		EQUIPO TRANSF SANGUE			PLACA
TRICINA		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
TRICINA		ESPONJA DE PVP		FIOS	QTD.
TRICINA		ESPARADRAPO		FIOS ALGODÃO S/A Nº	1 ASPIRADOR
TRICINA		GAZES		FIOS ALGODÃO S/A Nº	1 BISTURI ELETTRICO
TRICINA		GAZES ALGODOADAS		FIOS ALGODÃO C/A Nº	1 CAPNOGRAFO
TRICINA		GEI ELETROLITICO		FIOS ALGODÃO C/A Nº	1 CARDIOMONITOR
TRICINA		JELCO Nº14		FIOS ALGODÃO C/A Nº	1 DESFIBRILADOR
TRICINA					1 FOGO ALUMINIO

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 21/11/78

PRONTUÁRIO:

1257245

SEXO: M COR:

IDADE: 1

PACIENTE: *Dr. J. M. M. da Cunha*

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 93 RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA PESO

GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL BOM REGULAR MAU PESSIMORISCO CIRÚRGICO BOM REGULAR MAU

EXAMES COMPLEMENTARES

AP RESPIRATÓRIO *24/min*AP CIRCULATÓRIO *70*AP DIGESTIVO *12 mm*ESTADO MENTAL *10/10*

DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO

DOSE HORA

ESTADO FÍSICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FRATURA DE CERVICAL SÍNTE

CIRURGIA REALIZADA

EXSTIRPO DE TUMOR DE CERVICAL

CIRURGÃO *Dr. J. M. M. da Cunha*AUXILIARES *W. M. da Cunha*INÍCIO DA ANESTESIA *12:45*TÉRMINO DA ANESTESIA *13:15*

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

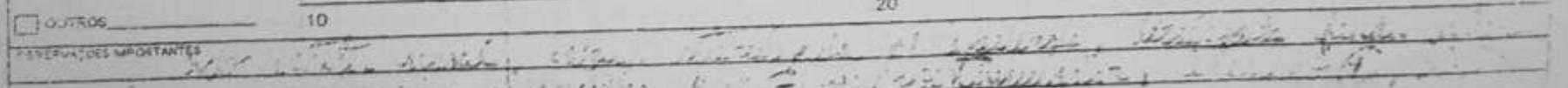
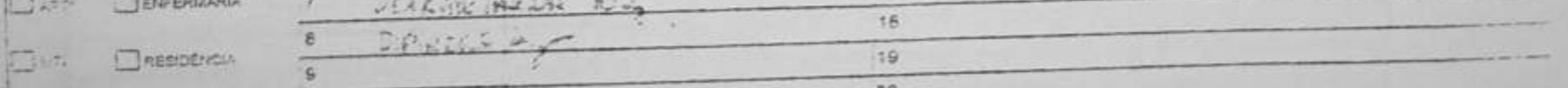
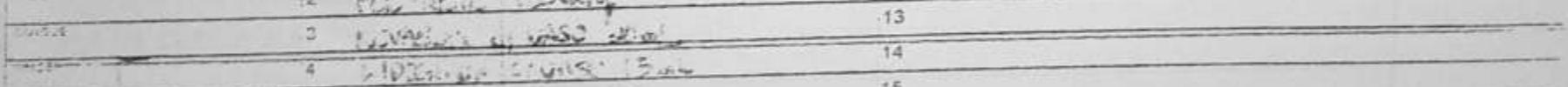
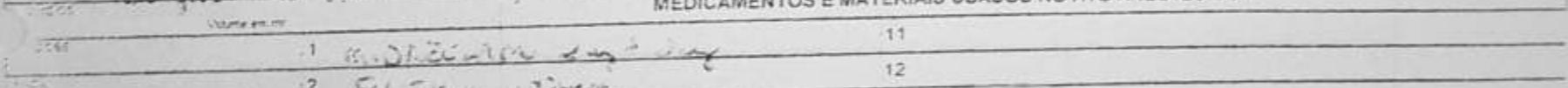
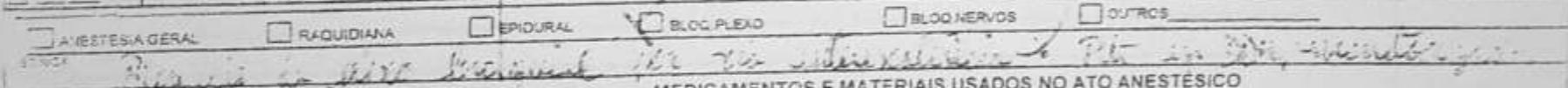
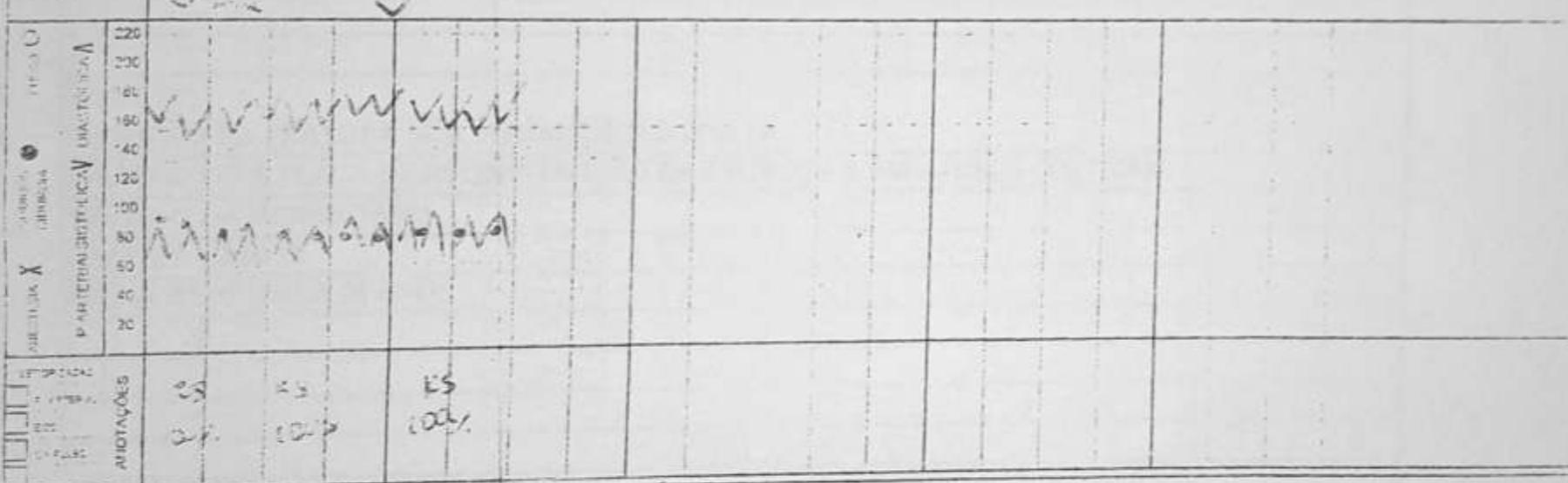
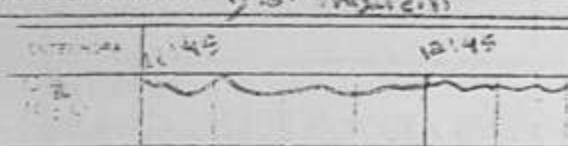
QUANT. DE CH

VALORES RS

ANESTESISTA *Dr. Fagundes*

CPF

CRM-PB





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEC 7451

DESCRÍÇÃO 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 CLAVICULA	
AVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS	
CUIDADOS DE HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA	
Conduta:	
REDUÇÃO DA FRATURA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA	
FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 8 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICIAIS	
REVISAO 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

OF

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:

Q. de Lapa
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:

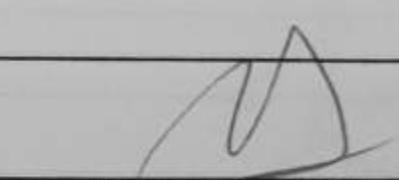
Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado do Htop, com fratura de clavícula há 24 dias, foi tentado tratamento conservador sem sucesso. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

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

Joas 3075xx / Entrada Correção CUEC



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. Abdômen 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: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Raphael Mendes de Lima

ASSISTÊNCIA DOUTRINARIA

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

3 4 6 7 3 0 9

11 JUL 2006
DATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME: RAPHAEL MENDES DE LIMA

FILIAÇÃO: Rosicleide Mendes de Lima

Santa Rita, PB

21.03.1989.

NATURALIDADE:

DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM:

Cert. Nasc. N° 43.705 Fls. 230 Liv. 4.37. Cart. de Santa Rita, PB.

CPF:

João Pessos - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

PENHARIBA/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”

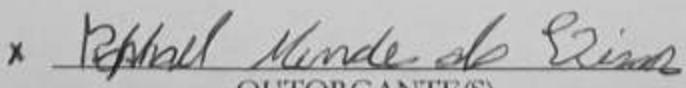
OUTORGANTE(S): RAPHAEL MENDES DE LIMA, brasileiro, portador do RG N° 3.464.309-5/PE e do CPF N° 092.884.274-00, residente a Rua Das Linduínas, 296, popular, bairro Rita - PB, CEP: 58300-180,

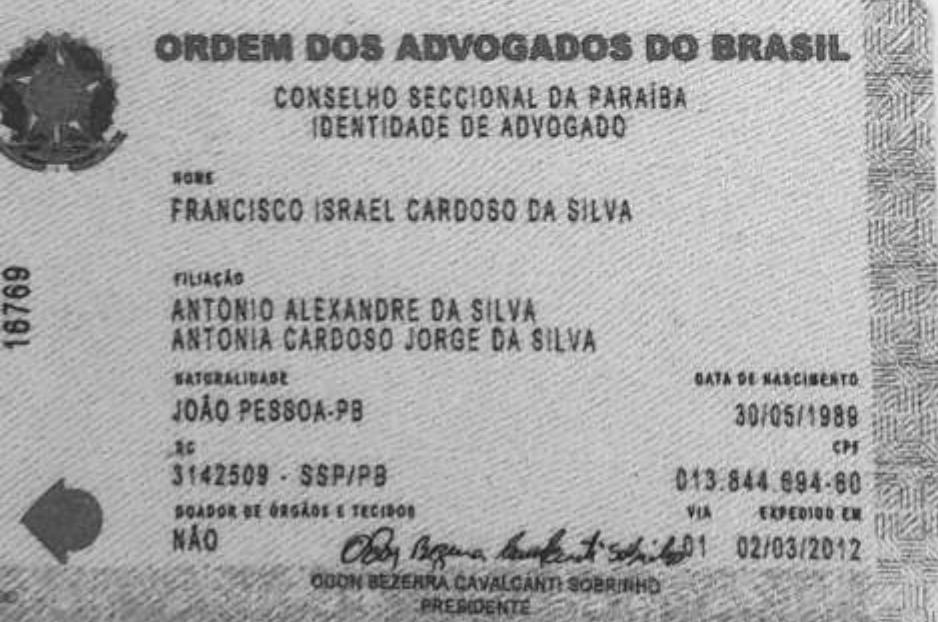
OUTORGADOS: FRANCISCA CARDozo DA SILVA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº. 15011, e/ou FRANCISCO ISRAEL CARDOSO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº. 16769, e/ou DAVI CARDozo SARAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº. 24651, 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 Lider 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 Janeiro de 2019.


OUTORGANTE(S)



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 - OSTEOSÍNTESE 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