
Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190203031

Vítima: REGINA DUARTE DE SOUZA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINA DUARTE DE SOUZA

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

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190203031

Vítima: REGINA DUARTE DE SOUZA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINA DUARTE DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.050,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: REGINA DUARTE DE SOUZA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000059765-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 008984/19 CPF da vítima: 398.017.804-87 Nome completo da vítima: Regina Duarte de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Regina Duarte de Souza CPF: 398.017.804-87

Profissão: D. Informou Endereço: Joaquim Ferreira Número: 39 Complemento: -

Bairro: Centro Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 58306-160

E-mail: Abraaoze@gmail.com Tel. (DDD): (83) 991928028

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1911 CONTA: 59765 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Joaquim Ferreira 15/03/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Regina Duarte de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: 15 MAR. 2019

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01244.01.2019.1.00.402

 CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01244.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:45 horas do dia 28 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Juvanira Holanda Linhares, matrícula 1332171, e lavrado por Igor de Araujo Melo, Agente de Investigação, matrícula 1819364, ao final assinado, compareceu **Regina Duarte de Souza**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, filho(a) de Posidônia Maria Duarte e Augusto de Aquino Duarte, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 06/06/1954 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Joaquim Fernandes, Nº 35, bairro Centro, tendo como ponto de referência Antigo Chamegão, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98733-5489.

Dados do(s) Fatos:

Local: Central de Polícia, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/09/18 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE VINHA SENDO TRANSPORTADA NO VEÍCULO DE MARCA GM CELTA, DE COR PRETA, PLACA DE PERNAMBUCO KKP-3778, CHASSI 9BGRZ48908G160653, LICENCIADO EM NOME DE EVANDRO DA SILVA PAULO (CPF: 551.843.594.00); QUE O VEÍCULO CELTA ESTAVA SENDO CONDUZIDO PELO SR JOSÉ COSTA DE SOUZA, ESPOSO DA NOTICIANTE; QUE SEU ESPOSO VINHA CONDUZINDO O VEÍCULO NA BR 230, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA ENTRADA DO BAIRRO DO GEISEL, FOI DE ENCONTRO À MURETA DE PROTEÇÃO DA RODOVIA. APÓS SER TRANCADO POR UM VEÍCULO DE DADOS NÃO IDENTIFICADOS; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA) E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS, SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 28 de fevereiro de 2019.


IGOR DE ARAUJO MELO
Agente de Investigação




REGINA DUARTE DE SOUZA
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01244.01.2019.1.00.402

 CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01244.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:45 horas do dia 28 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Juvanira Holanda Linhares, matrícula 1332171, e lavrado por Igor de Araujo Melo, Agente de Investigação, matrícula 1819364, ao final assinado, compareceu **Regina Duarte de Souza**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, filho(a) de Posidônia Maria Duarte e Augusto de Aquino Duarte, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 06/06/1954 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Joaquim Fernandes, Nº 35, bairro Centro, tendo como ponto de referência Antigo Chamegão, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98733-5489.

Dados do(s) Fatos:

Local: Central de Polícia, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/09/18 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE VINHA SENDO TRANSPORTADA NO VEÍCULO DE MARCA GM CELTA, DE COR PRETA, PLACA DE PERNAMBUCO KKP-3778, CHASSI 9BGRZ48908G160653, LICENCIADO EM NOME DE EVANDRO DA SILVA PAULO (CPF: 551.843.594.00); QUE O VEÍCULO CELTA ESTAVA SENDO CONDUZIDO PELO SR JOSÉ COSTA DE SOUZA, ESPOSO DA NOTICIANTE; QUE SEU ESPOSO VINHA CONDUZINDO O VEÍCULO NA BR 230, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA ENTRADA DO BAIRRO DO GEISEL, FOI DE ENCONTRO À MURETA DE PROTEÇÃO DA RODOVIA. APÓS SER TRANCADO POR UM VEÍCULO DE DADOS NÃO IDENTIFICADOS; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA) E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS, SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de fevereiro de 2019.


IGOR DE ARAUJO MELO
Agente de Investigação




REGINA DUARTE DE SOUZA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 008984/19 CPF da vítima: 398.017.804-87 Nome completo da vítima: Regina Duarte de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Regina Duarte de Souza CPF: 398.017.804-87

Profissão: D. Informou Endereço: Joaquim Ferreira Número: 39 Complemento: -

Bairro: Centro Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 58306-160

E-mail: Abraaoze@gmail.com Tel. (DDD): (83) 991928028

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1911 CONTA: 59765 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Joaquim Ferreira 15/03/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Regina Duarte de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: 15 MAR. 2019

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

Documento de Alta

Nome: REGINA DUARTE DE SOUZA		Número Prontuário: 111176	
Data de 08/08/1964	Sexo: Feminino	Data de Internação: 20/09/2018 08:48:24	Data de Alta: 11/10/2018 14:04:03
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: TRATAMENTO CIRURGICO			
Resumo da Internação: PACIENTE INTERNADA COM FRATURA DE FEMUR DISTAL E PATELA ESQUERDOS. SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FEMUR DISTAL E TRATAMENTO CONSERVADOR EM FRATURA DE PATELA ESQUERDA			
Resultado de Exames: RX			
Tratamento: CIRURGICO			
Diagnóstico: S72.4 - Fratura da extremidade distal do fêmur			
Recomendações:			

Data: 11/10/2018

JACQUES PAIVA CAVALCANTI
CRM: 7625 - PB

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINA DUARTE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000059765-9

Nr. da Autenticação FD1DBB5599227022



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Regina Duarte de Souza
DATA DE NASCIMENTO 06/06/54
NOME DA MÃE Posidonia Maria Duarte

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 111176
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1109580
DATA DO ATENDIMENTO 19/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 22:36
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de automóvel
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula E + fratura de fêmur distal E e patela E.
CID 10 S42.0 S72.4 S82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, com história de acidente de automóvel, trazido pelo SAMU, com queixa de dor em coxa esquerda, onde apresenta edema, trauma em ombro e clavícula esquerda, nega perda da consciência ou vômitos. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Rx tórax, ombro E, bacia, coxa e perna E
USG(fast)



RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de 3º arco costal E. Fratura de clavícula E, fratura de fêmur distal E, fratura de patela E.
USG: sem anormalidades

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula esquerda e fratura de fêmur distal esquerdo. Tratamento conservador de fratura da patela E.

ALTA HOSPITALAR: 11/10/18
DATA DA EMISSÃO: 21/02/19


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

RUA PEDRO GONDIM, S/N -- CNES: 122343 - Tel:

Boletim de Atendimento: 1109680



Identificação do paciente			
ID 1327807	Nome REGINA DUARTE DE SOUZA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 06/08/1954	Idade 64 anos 4 meses 9 dias	Estado civil	Religião
Mãe POSSIDONIA MARIA DUARTE	Pai AUGUSTO AQUINO DUARTE		Produtor 111176
Escolaridade	Responsável (Parentesco)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988607884	DDD Fixo 83	Fone Fixo 988617566
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO		UF PB
E-mail	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58308160	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro JOAQUIM FERNANDES
Número 36	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 18/09/2018 22:35:54	Número da pulseira 1000006938368	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhe do acidente VEÍCULO X OBJETO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CD
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA			Tempo 62seg

Imprimir



Documento de Alta

Nome: REGINA DUARTE DE SOUZA			Número Prontuário: 111176
Data de 06/06/1954	Sexo: Feminino	Data de Internação: 20/09/2018 08:48:24	Data de Alta: 11/10/2018 14:04:03
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: TRATAMENTO CIRURGICO			
Resumo da internação: PACIENTE INTERNADA COM FRATURA DE FEMUR DISTAL E PATELA ESQUERDOS. SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FEMUR DISTAL E TRATAMENTO CONSERVADOR EM FRATURA DE PATELA ESQUERDA			
Resultado de Exames: RX			
Tratamento: CIRURGICO			
Diagnóstico: S72.4 - Fratura da extremidade distal do fêmur			
Recomendações:			

Data: 11/10/2018

JACQUES PAIVA CAVALCANTI
CRM: 7625 - PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, em - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 5332165700

Boletim de Atendimento: 1109580



Identificação do paciente				Sexo
ID	Nome	Estado civil	Religião	Masculino
1327907	REGINA DUARTE DE SOUZA			Prontuário
Data de nascimento	Idade	Pai		
06/05/1954	84 anos 3 meses 13 dias	AUGUSTO AQUINO DUARTE		
Mãe	Responsável (Parentesco)			
POSSIDONIA MARIA DUARTE	MARTA REGINA			
Escolaridade	DDD Fixo		Fone Fixo	
	Fone Móvel			
	988507884			
documento	Número documento	Nº Cns		
da procedência		Tipo		UF
130		BAIRRO		PB
id	Naturalidade	CBO/R		
	SANTA RITA			
dereção		UF	Logradouro	
		PB	JOAQUIM FERNANDES	
68308150		Bairro		
Número		CENTRO		
35				
Admissão		Convênio		
Data e Hora		SUS		
18/09/2018 22:38:54				
Número da pulseira		Clínica		
1000006938368				
Especialidade		Origem do paciente		
CIRURGIA GERAL		RODOVIA		
Classificação de risco		Detalhe do acidente		
		VEICULO X OBJETO		
Caráter de atendimento		Motivo do atendimento		
		ACIDENTE DE AUTOMÓVEL		
Indicadores e Transporte				
io policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma	
	Não	Não	Não	
io de transporte	Quem transportou			
MU				
Sinais Vitais				
Pulso		Temperatura		
X mmHg				
Exames complementares				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
			ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos				
19/09/18 Paciente trazido pelo socorro vital para o acidente de moto no momento consciente e orientado, não há lesão da CPM e encaminha-se ao CDE.				
Diagnóstico				
Atendido por				
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA				

Imprimir

19/09/2018 22:22



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
Tel:
CNES: 6121221

Paciente	REGINA DUARTE DE SOUZA	BAE	1109580	Data/Hora Entrada	19/09/2018 22:38:54	Data Baixa	
Data de nascimento	06/09/1954	Idade	64a 3m 14d	Sexo	Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988507864
Mãe	POSSIDONIA MARIA DUARTE						Prontuário
Endereço	JOAQUIM FERNANDES, 35	Bairro	CENTRO	Município	BAYEUX	UF	PB
Acidente	VEICULO X OBJETO	Motivo	ACIDENTE DE AUTOMOVEI	Profissional	MOURIBE ARRUDA FELINTO	Nº Cons. Regional	7522/PB
Data/Hora Classificação	19/09/2018 22:38:54	Data/Hora Prescrição	20/09/2018 03:45:22				

Anamnese

#Ortopedia#

>>>Paciente vítima de acidente de trânsito há 4h apresentando dor em ombro esquerdo, coxa esquerda e joelho esquerdo.
>>>Ao exame dor, deformidade e ferimento em 1/3 distal da coxa esquerda, ADM prejudicado pela dor.
>>>Radiografia evidenciando fratura de 1/3 medio da clavícula esquerda, fratura de fêmur distal esquerdo e fratura de patela esquerda.

CD: Aguarda parecer da cirurgia torácica
Liberado pela CG para cirurgia de controle de danos
Ao BC para limpeza cirúrgica e aposição de tração esquelética
Interno paciente

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

PIRONA 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, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 ML VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

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

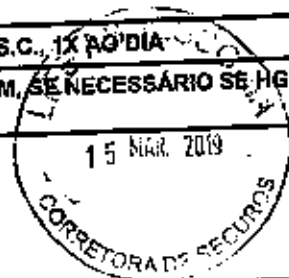
Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: LENTO, S/N)

Diluir

TRAMADOL 50MG ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H



PANTOPRAZOL SÓDICO 40MG INJETAVEL, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V, 1X AO DIA

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

REIA

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

CID10

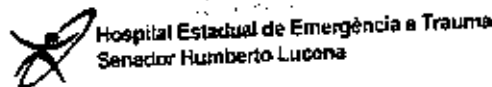
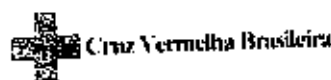
Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula
S72.4	Fratura da extremidade distal do fêmur
S82.0	Fratura da rótula (patela)

Conduta

Internar Paciente

REGINA DUARTE DE SOUZA

MOURIBE ARRUDA FELINTO
(CRM: 7822/PB)



ESTOQUES

Endereço: S/N, S/N, BESSA, JOAO PESSOA - PB, 99999999

Tel:

CNES: 1123443

Paciente REGINA DUARTE DE SOUZA		BAE 1109580	Data/Hora Entrada 19/09/2018 22:36:54	Data Baixa
Data de nascimento 06/06/1954	Idade 64a 3m 14d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988507884
Mãe POSSIDONIA MARIA DUARTE				Prontuário
Endereço JOAQUIM FERNANDES, 35		Bairro CENTRO	Município BAYEUX	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO		Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVELO	Profissional FRANCISCO JUNIOR PEREIRA LEITE	Nº Cons. Regional 7270/PA
Data/Hora Classificação 3/09/2018 22:36:54		Data/Hora Prescrição 19/09/2018 22:54:30		

Anamnese

Paciente com história de acidente automobilístico, ficou com a perna presa no banco do motorista, removida pelo SAMU em prancha rígida e com colar cervical. Consciente, orientada, eupnéica, Glasgow = 15, queixando-se de dor em coxa esquerda, onde apresenta edema, ombro esquerdo e clavícula esquerda. Nega vômito, desmaio e cervicalgia. Nega alergia medicamentosa.

Abdome: Flácido, sem sinais de peritonite, indolor.

Conduta:

- 1- Solicito radiografia de tórax, ombro esquerdo, bacia pélvica e coxa esquerda;
- 2- Solicito FAST;
- 3- Solicito avaliação da Ortopedia.

MEDICAÇÃO

- DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD 10 ML)**
- TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., ACM, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM SF 0,9% 100 ML (INFUNDIR EM 30 MINUTOS))**
- SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/TSM)**

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

- RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA**
- RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA**
- RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)**
- ULTRASSONOGRAFIA - FAST**
- RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)**
- RADIOGRAFIA DE BACIA**

CID10

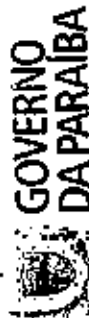
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA**ESTOQUES**

Endereço: S/N, S/N, BESSA, JOAO PESSOA - PB, 999999999

Tel:

CNES: 1123443

Paciente REGINA DUARTE DE SOUZA	BAE 1109580	Data/Hora Entrada 19/09/2018 22:38:54	Data Baixa
Data de nascimento 05/06/1954	Idade 64a 3m 14d	CNS	Telefone da Contato (83) 988507884
	Sexo Masculino		Prontuário
Mãe POSSIDONIA MARIA DUARTE			
Endereço JOAQUIM FERNANDES, 35	Bairro CENTRO	Município BAYEUX	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional FRANCISCO JUNIOR PEREIRA LEITE	Nº Cons. Regional 7270/PA
Data/Hora Classificação 19/09/2018 22:38:54		Data/Hora Prescrição 20/09/2018 02:18:32	

Anamnese

Radiografia de tórax evidencia fratura de 3° arco costal à esquerda, sem pneumotórax e sem hemotórax.

Conduta:

- 1- Aguardo TC de tórax;
- 2- Aguardo avaliação da Cirurgia Torácica;
- 3- Liberada para cirurgia da Ortopedia.

Conduta

Sem observação



REGINA DUARTE DE SOUZA

FRANCISCO JUNIOR PEREIRA LEITE



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente REGINA DUARTE DE SOUZA		BAE 1109680	Data/Hora Entrada 19/09/2018 22:36:54	Data Baixa
Data de nascimento 06/06/1954	Idade 64a 3m 14d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988507884
Mãe POSSIDONIA MARIA DUARTE				Prontuário
Endereço JOAQUIM FERNANDES, 35		Bairro CENTRO	Município BAYEUX	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEIL	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO		Nº Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Classificação 19/09/2018 22:36:54		Data/Hora Prescrição 20/09/2018 00:24:58		

anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE AUTOMOBILÍSTICO HÁ CERCA DE 2H (NÃO SABE INFORMAR SOBRE O MECANISMO DE TRAUMA), QUEIXA-SE DE DOR EM COXA E E TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA E. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. APRESENTA FERIMENTO NA COXA E SUGERINDO FRATURA EXPOSTA. NÃO TEM QUEIXAS DE DOR, NEM SINAIS DE FRATURAS EM MMSS E MID. REFERE HAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. FAST NÃO EVIDENCIOU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE ABDOMINAL. NO RX DE TÓRAX, OBSERVA-SE FRATURA DE CLAVÍCULA E 3° AICP A E (DERRAME ?). CONDUTA= SOLICITO TC DE TÓRAX + SOLICITO PARECER DA CIRURGIA TORÁCICA.

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

CID10

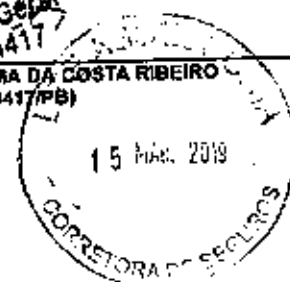
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

REGINA DUARTE DE SOUZA

Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417
ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
(4417/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: MATHEUS
MARINHO ENOMOTO
Em: 26/09/2018 10:57:31

Paciente REGINA DUARTE DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1109580	Data/Hora Entrada 19/09/2018 22:36:54	Data/Hora Saída
Data de nascimento 06/06/1954	Idade 64	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 111176
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (MATHEUS MARINHO ENOMOTO - 26/09/2018 10:57:21)**EVOLUÇÃO :**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.

#POSSUI AINDA FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO

CD: HEMI J

RX DE CONTROLE

6KGS EM TRAÇÃO TRANSESQUELETICA

CEFALOTINA

SOLICITO HEMOGRAMA DE CONTROLE

Seção: POSTO II - ENF 20 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: MATHEUS MARINHO ENOMOTO

Número Conselho: 10204

Dr. Matheus Enomoto
Ortopedia e Traumatologia
Médico
CRM 10204



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.: (351) 3211.1111

Impresso por: MATHEUS
MARINHO ENOMOTO
Em: 21/09/2018 08:30:28

Paciente REGINA DUARTE DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1109580	Data/Hora Entrada 19/09/2018 22:36:54	Data/Hora Saída
Data de nascimento 06/06/1934	Idade 84	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 111176
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plano DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (MATHEUS MARINHO ENOMOTO - 21/09/2018 08:23:30)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

-SOLICITO HEMI J + NOVO RX

- (POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO CONSERVADOR)

#FRATURA DE PATELA ESQUERDA

#FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO (EXPOSTA)

#EXAMES: OKAY

#RISCO CIRURGICO: AGUARDA

-EM USO DE TRACAO TRANSESQUELETICA

#PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE BEM, SEM INTERCORRENCIAS.

#CD: SOLICITO HEMI J

+ RX DE CLAVICULA ESQUERDA (APOS IMOBILIZACAO)

+ RX DE JOELHO ESQUERDO AP + PERFIL.

+ECG E RISCO CIRURGICO

Seção: POSTO II - ENF 20 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela Informação: MATHEUS MARINHO ENOMOTO

Número Conselho: 10204





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Impresso por: JOAO
HENRIQUE ARRUDA
RAMALHO
Em: 20/09/2018 11:46:31

Paciente REGINA DUARTE DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1109580	Data/Hora Entrada 19/09/2018 22:36:54	Data/Hora Saída
Data de nascimento 06/06/1954	Idade 64	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 111176
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 20/09/2018 11:46:20)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

1º DPO- FRATURA EXPOSTA DO FEMUR - TRAÇÃO ESQUELÉTICA

ESTAVEL

CD: VPM

Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: LEITO EXTRA 3
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149



07:07 99.00 1

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY, ANN ARBOR, MICHIGAN 48106-1000

MEMORANDUM FOR THE DIRECTOR, FBI (100-388610)
FROM: SAC, NEW YORK (100-100000)
SUBJECT: [REDACTED]
[REDACTED]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

EST. PIA AC ALVA PESADA

17 JUL 74	17 JUL 74
17 JUL 74	17 JUL 74

	FUNDING	
SOLICITORS		PAYMENT

TECHNICAL AL		ALL INFORMATION		TOP SECRET
--------------	--	-----------------	--	------------

PA 111-11 RA		
PA 111-11 RA		

INSURANCE	REVENUE
SALES TAX	SALES TAX

ADDITIONAL	DATE
MATERIALS	DATE

2005 4 17 10 4	OSVA 5 17 10 4
2005 4 17 10 4	OSVA 5 17 10 4

401114-23X08	✓	401114-23X08
401114-23X12	✓	401114-23X12

AGRICULTURAL RESEARCH		
AGRICULTURAL RESEARCH		

100 LTR PERIODICALS		100 LTR PERIODICALS
100 LTR PERIODICALS		100 LTR PERIODICALS

1	AGLHARADU	
2	AGLHARADU	

KRANTZMAN, A.		
BORN 1910		AGE 18 RAGLINTO

ALGODÃO CRISTOPEDIO		SETEMBRO 2000 *
ALGODÃO DE CREMOSO		

SA NINETEEN		ATAD RA CESSAD
TEPENTAL		

010	01054 P COLONDA	01054 P COLONDA
010	01054 P COLONDA	01054 P COLONDA

[illegible]

ATROPIA	CA 1318 EPID RAL N°10
---------	-----------------------

DEPT. OF HEALTH	2	CATERER EPIDURAL N°19
CEFAZOLINA		CATERER EPIDURAL N°18

DEVALUTASO	9	TERA PARASSO
EXPOSICAO	9	TERA PARASSO

FEEDBACK	
COLET LIXA FECHADO	COMPRESSAS C/PAKIGAS

FLORISSON		
CURTISE 50%		
COYNE 50%		

GRUPO DE CALIO	GRUPO DE CALIO
GRUPO DE CALIO	GRUPO DE CALIO

ELÉKTRODOS		
ALIMENTACIÓN		

ONDA SVENTRONA		EUTRO IN-REMOVAL		EUTRO TRANSF SANQIE	M 451
----------------	--	------------------	--	---------------------	-------

PROSTIGLINE		
EOLIPRO MICROGOTAS		ESCOLA DE PVP

TEONICAN		ESPARADPO
PROFANINA		

John

THURSDAY

10/10/1944

11/11/2021

[illegible][illegible]



RELATÓRIO DE CIRURGIA

IPRESSIL

Nome: Regina Duarte de Souza BE/Prontuário: FE 1109580

Idade: 64 Sexo: () Masculino ☒ Feminino Cor: _____ Data: 26/09/18

Clinica/Setor: ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: tratamento cirurgico da fratura de clavícula

Cirurgião: Dr. Eder Tinto 1º Assistente: Dr. Eder Tinto (C)

2º Assistente: Dr. Sérgio MBS 3º Assistente: Dr. Matheus MBS

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>fratura de clavícula E.</u>	
<u>+ fratura de fêmur distal E.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento da fratura de clavícula E.</u>	
<u>com placa de reconstrução</u>	
<u>de 9 parafusos + parafusos</u>	
<u>corticais</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Matheus Enomoto
CRM: 1109580
Médico
Cirurgião

João Pessoa. 19/09/18

FICHA DE ANESTESIA

PRONTUÁRIO: 1109580 DATA: 06/09/18 SEXO: F COR: IDADE: 64

GRUPO SANGÜÍNEO

RESPIRAÇÃO: espontânea

ESTADO GERAL: (BOM) (REGULAR) (MAU) (PESSIMO) RISCO CIRÚRGICO: (BOM) (REGULAR) (MAU) (PESSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES: NENHUM

AP. RESPIRATÓRIO: OK

AP. DIGESTIVO: Bom

PRÉ-ANESTÉSICO: sem

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: TX DE GLAUCOMA (E)

CIRURGIA REALIZADA: TX DE GLAUCOMA (E)

CIRURGIA DE EDEN TÍPO

INÍCIO DA ANESTESIA: 8:30h

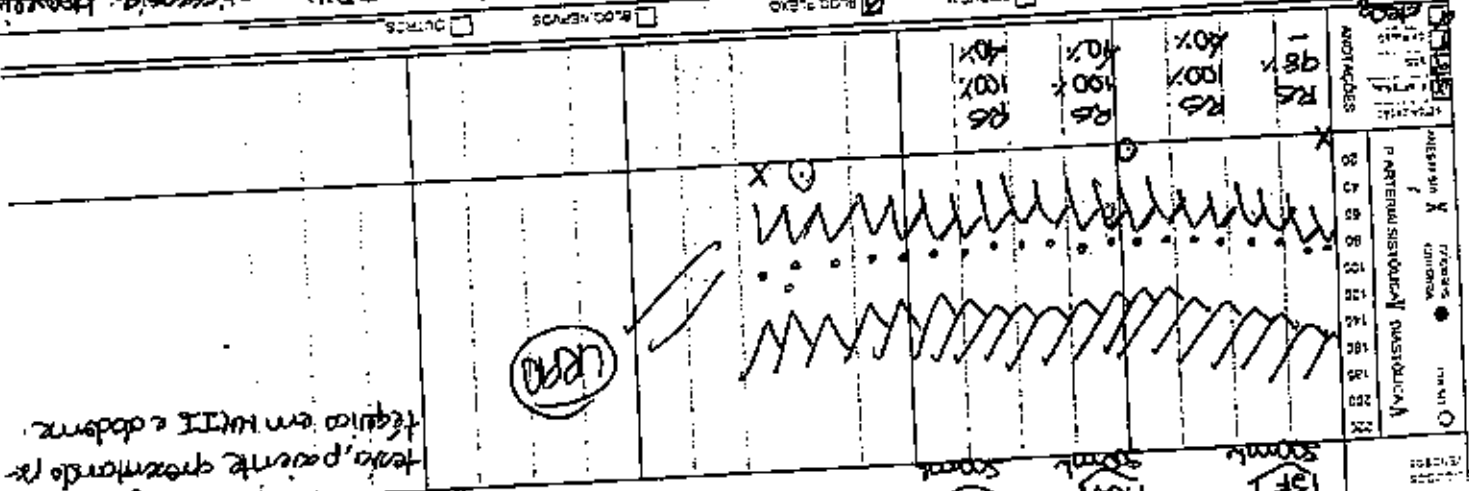
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

ANESTESISTA: Br. Daniel, Alana (Rq) CPF

VALORES R\$

CRIM-PB 1027

Previamente a cirurgia o paciente apresentava técnica em WIT e abdome



Medicamentos e materiais usados no ato anestésico

- 1. Etomidato - 10mg
- 2. Oxigenio - 100%
- 3. Propofol - 100mg
- 4. Lidocaina - 100mg
- 5. Fentanyl - 200mcg
- 6. Fentanyl - 100mcg
- 7. Etomidato - 10mg
- 8. Etomidato - 10mg
- 9. Etomidato - 10mg
- 10. Etomidato - 10mg

Observações: (text partially obscured)

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTSIL

Nome: Luciana Dantas de Souza BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 30/09/13
 Clínica/Setor: Oncof EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: T22 Ca de Pâncreas
 Cirurgião: Marcelo Azeiteiro 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Sérgio
 Tipo de Anestesia: Amid Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Exposta de</u>	
<u>Exposta de</u>	
<u>Exposta de</u>	
<u>Exposta de</u>	
<u>Exposta de</u>	
<u>Exposta de</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Lupia crânica</u>	
<u>Ressecção de T.E.</u>	
<u>Ressecção de T.E.</u>	
<u>Ressecção de T.E.</u>	
<u>Ressecção de T.E.</u>	
<u>Ressecção de T.E.</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 1/10/13

Médico/CRM: _____



CORE-2012-12-12-12



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 20/04/18

PRONTUÁRIO:

SEXO:

COR:

IDADE:

PACIENTE: REGINA AVALTE DE SAUZA

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO:

RESPIRAÇÃO:

TEMPERATURA: PESO:

GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

RISCO CIRÚRGICO: () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP. CIRCULATÓRIO:

AP. RESPIRATÓRIO:

ESTADO MENTAL:

DROGAS EM USO:

AP. DIGESTIVO:

ESTADO FÍSICO (ASA):

PRE-ANESTÉSICO:

DOSE/HORA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA: TIRÓIDE - E. R. E. S. A. V. L. E. S. A. U. Z. A.

CIRURGIÃO: DR. MOURIBE

AUXILIARES:

DURAÇÃO DA ANESTESIA:

INÍCIO DA ANESTESIA: 02:30

TÉRMINO DA ANESTESIA:

VALORES RS:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

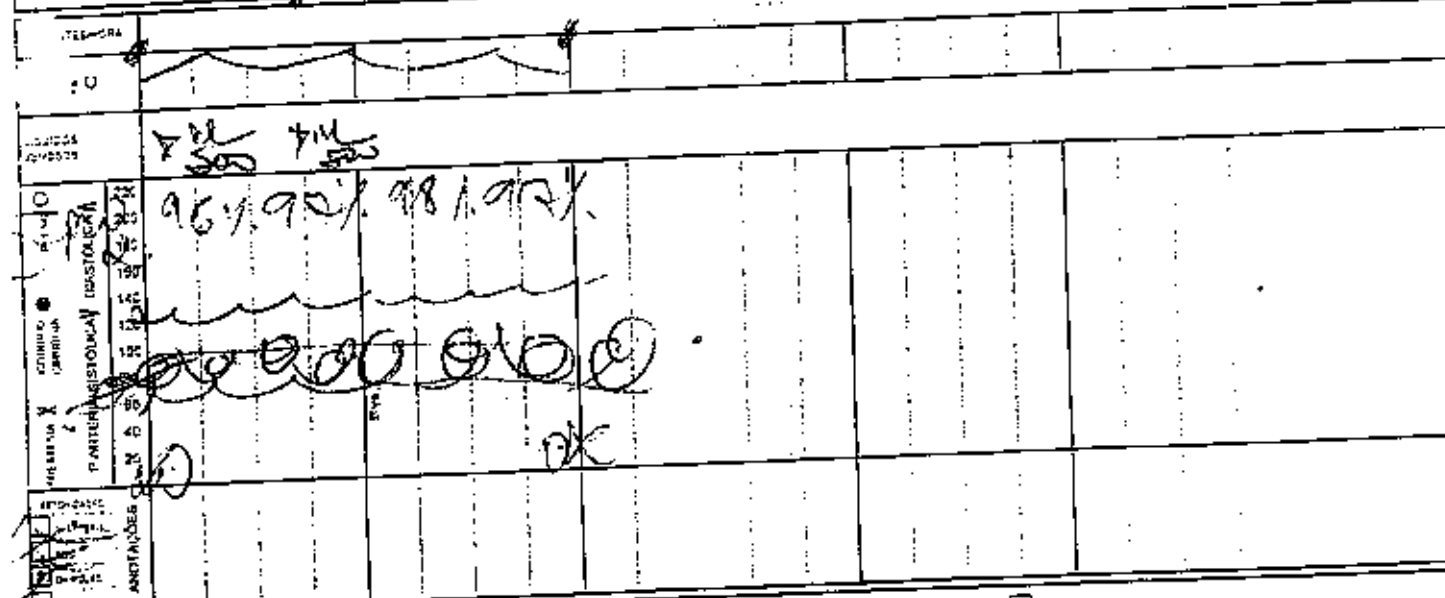
QUANT. DE CH:

CRM-PB:

6565

ANESTESISTA: DR. MOURIBE

CPF:



ANESTESIA GERAL: ☒ BRANQUINA ☐ BRONCAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS

INDICAÇÃO: TIRÓIDE - E. R. E. S. A. V. L. E. S. A. U. Z. A.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	B201 DECAAA - 15 mg	11	PARALIN
2		12	
3	DECAAA - 10 mg	13	
4		14	
5	NAIAGUA - 3 mg	15	
6		16	
7	LETROIN - 2 mg	17	
8		18	
9	DIFICOR - 2 mg	19	
10		20	

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

CEDULA DE IDENTIDADE



REGINA DUARTE DE SOUZA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

POLEGAR DIREITO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

962.792

REGINA DUARTE DE SOUZA

Augusto Aquino Duarte

Posição: Lda Duarte

Santa Rita-PB

06/06/1954

20/Nov/1983

DATA DO NASCIMENTO

1983

ANTOPO O TERRITÓRIO NACIO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

398.017.804-87

Nome

REGINA DUARTE DE SOUZA

Nascimento

06/06/1954



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Regine Duarte de Souza
 DATA DO ACIDENTE 19/09/2018 CPF DA VITIMA 398.017.804-87
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Regine Duarte de Souza
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Jaguari Fátima n.º 4
 Nº 35 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
 CIDADE Bayeux UF RN CEP 58306-160
 E-MAIL Abraaielep@gmail.com TELEFONE 83, 91918028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 15/10/2019IDENTIDADE Regina DuarteASSINATURA Regina Duarte

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME DO RECEBENTE

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190203031 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINA DUARTE DE SOUZA **Data do acidente:** 19/09/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DO 3º ARCO COSTAL ESQUERDO.
FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FÊMUR E PATELA -TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA P.17/18 / CLAVÍCULA P.16),
CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089811/19

Vítima: REGINA DUARTE DE SOUZA

CPF: 398.017.804-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/09/2018

Titular do CPF: REGINA DUARTE DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

REGINA DUARTE DE SOUZA : 398.017.804-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/03/2019
Nome: REGINA DUARTE DE SOUZA
CPF: 398.017.804-87

REGINA DUARTE DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA