

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE SOUSA DA SILVA

Sinistro: 3180285844

Vítima: JOSE SOUSA DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

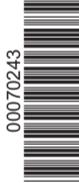
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180285844** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº. 041/2016

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2016, encontramos a ocorrência de nº 041/2016, que passamos a transcrever na íntegra: Aos 11(onze) dias do mês de fevereiro, do ano de 2016 (dois mil e dezesseis), nesta cidade de Juripiranga, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente Dr HUGO PEREIRA LUCENA, Delegado de Polícia Civil, comigo, Policial Civil atendente, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 08:30h, compareceu o senhor **JOSE SOUSA DA SILVA**, conhecido por "MAGO", de nacionalidade brasileira, solteiro, afirma só saber assinar o nome, agricultor, natural de Juripiranga/PB, com 46 anos de idade, nascido aos 12.12.1969, filho de José Fernandes da Silva Irmão e Josefa Maria de Souza, RG. 1.939.501 – 2ª via SSP/PB, CPF 033.610.724-25, residente e domiciliado no Sítio Barra, s/n.º - zona rural - Juripiranga/PB, telefone: 8603-3987, o qual passou a NOTICIAR:

Afirma o noticiante que no dia 17/04/2016, esteve nessa delegacia para registrar a ocorrência de um acidente de moto, a fim de receber os benefícios do seguro DPVAT; QUE a referida certidão foi registrada sob o nº 098/2015 a qual continha o seguinte texto: "Afirma o noticiante que no dia 14 de Dezembro de 2014, estava na garupa de uma motocicleta transitando pelas imediações do Sítio Barra, Zona Rural de Juripiranga/PB, quando o Moto-taxista que o levava para casa perdeu o controle da motocicleta e ambos caíram; QUE foi socorrido pelo SAMU para o Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity em João Pessoa/PB, tendo ficado cerca de 26 dias internado; QUE não sabe informar quem era o Moto-taxista nem se ele sofreu ferimentos, e não sabe informar os dados da motocicleta"; QUE, a seguradora solicitou que fossem acrescentados os dados da motocicleta; QUE, procurou o condutor da moto e trouxe os referidos dados; QUE a moto na qual o noticiante sofreu o acidente era: **HONDA/CG 125 FAN**, ano/modelo2008, COR PRETA, PLACA ECD 7203/PB, chassi 9C2JC30708R176856, em nome de **JOSE PEDRO DOS SANTOS**, O QUAL ERA O CONDUTOR DO VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE;

Era o que continha dita ocorrência. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Juripiranga/PB, aos 17 (dezessete) dias do mês de FEVEREIRO de 2016 (Dois Mil e dezesseis), eu policial civil que digitei, assino.


JOSE SOUSA DA SILVA

Noticiante


Josilene Maria da Silva Gonçalves
APC – Mat. 181.960-7

DOCUMENTO 1 *T1%*





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº. 098/2015

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2015, encontramos a ocorrência de nº 098/2015, que passamos a transcrever na íntegra: Aos 17(dezessete) dias do mês de abril, do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade de Juripiranga, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente JOÃO AMARO GOMES FILHO, Delegado de Polícia Civil, comigo, Policial Civil atendente, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:00h, compareceu o senhor **JOSÉ SOUSA DA SILVA, conhecido por "MAGO", de nacionalidade brasileira, solteiro, afirma só saber assinar o nome, agricultor, natural de Juripiranga/PB, com 46 anos de idade, nascido aos 12.12.1969, filho de José Fernandes da Silva Irmão e Josefa Maria de Souza, RG. 1.939.501 - 2ª via SSP/PB, CPF 033.610.724-25, residente e domiciliado no Sítio Barra, s/nº - zona rural - Juripiranga/PB, telefone: 8603-3987**, o qual passou a **NOTICIAR**:

Afirma o noticiante que no dia 14 de Dezembro de 2014, estava na garupa de uma motocicleta transitando pelas imediações do Sítio Barra, Zona Rural de Juripiranga/PB, quando o Moto-taxista que o levava para casa perdeu o controle da motocicleta e ambos caíram; QUE foi socorrido pelo SAMU para o Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity em João Pessoa/PB, tendo ficado cerca de 26 dias internado; QUE não sabe informar quem era o Moto-taxista nem se ele sofreu ferimentos, e não sabe informar os dados da motocicleta.

Era o que continha dita ocorrência. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Juripiranga/PB, aos 17 (dezessete) dias do mês de abril de 2015 (Dois Mil e quinze), eu policial civil que digitei, assino.

JOSÉ SOUSA DA SILVA

Noticiante

Ryzemberg G. de Lima Santos
Comissário de Polícia Civil
MAT. 156.463-3





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº. 098/2015

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2015, encontramos a ocorrência de nº 098/2015, que passamos a transcrever na íntegra: Aos 17(dezessete) dias do mês de abril, do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade de Juripiranga, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente JOÃO AMARO GOMES FILHO, Delegado de Polícia Civil, comigo, Policial Civil atendente, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:00h, compareceu o senhor **JOSÉ SOUSA DA SILVA, conhecido por "MAGO", de nacionalidade brasileira, solteiro, afirma só saber assinar o nome, agricultor, natural de Juripiranga/PB, com 46 anos de idade, nascido aos 12.12.1969, filho de José Fernandes da Silva Irmão e Josefa Maria de Souza, RG. 1.939.501 - 2ª via SSP/PB, CPF 033.610.724-25, residente e domiciliado no Sítio Barra, s/nº - zona rural - Juripiranga/PB, telefone: 8603-3987**, o qual passou a **NOTICIAR**:

Afirma o noticiante que no dia 14 de Dezembro de 2014, estava na garupa de uma motocicleta transitando pelas imediações do Sítio Barra, Zona Rural de Juripiranga/PB, quando o Moto-taxista que o levava para casa perdeu o controle da motocicleta e ambos caíram; QUE foi socorrido pelo SAMU para o Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity em João Pessoa/PB, tendo ficado cerca de 26 dias internado; QUE não sabe informar quem era o Moto-taxista nem se ele sofreu ferimentos, e não sabe informar os dados da motocicleta.

Era o que continha dita ocorrência. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Juripiranga/PB, aos 17 (dezessete) dias do mês de abril de 2015 (Dois Mil e quinze), eu policial civil que digitei, assino.

José Sousa Silva

JOSÉ SOUSA DA SILVA

Noticiante

Ryzemberg G. de Lima Santos
Ryzemberg G. de Lima Santos
Comissário de Polícia Civil
MAT. 156.463-3



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: 02/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SOUSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 00000008470-7

Nr. da Autenticação BA233E441FBAB7F2



PROBLEMA PRINCIPAL DE SOCIO PESSOA DE ATENDIMENTO: Data: 14/12/2014 Local: Rio de Janeiro
 COMPLEJO HOSPITALAR RIOGRANDE 4
 R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, 374/N
 38056-364 JUAO PESSOA PB
 Fone: 83/3214-1780
 FAX: 83/3214-2181 CNPJ: 03.202.464/0001-28
 Data: 14/12/2014
 Local: Rio de Janeiro
 Rua: 044-47-44
 Recetor: GRACIELA CRUZ PEREIRA
 Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
 Nome: JOAO PESSOA DA SILVA
 CNE: 250004130601457 Sexo: M Idade: 37 Anos
 Natural: JUAO PESSOA/PB Data: Nasc: 12/12/1976 Id: 43 Anos
 End: SANTO ANTONIO
 Endereço: RUA FERAL CIDADE: JUAO PESSOA UF: PB
 Pai: JOSE FERNANDES DA SILVA
 Mae: JOSEFA MARIA DE SOUZA
 Ocupação: AGRICULTOR
 INFORMACOES DE ENTRADA
 Paciente: JOAO PESSOA
 Tel/Doc. Responsavel: / Soc. Documento: 01
 Procedencia: SAMU a

Transporte utilizado: SAMU
 Vítima de acidente com: NAO
 Vítima de violencia com: NAO
 / Caso Policial

ENCONTRADA

ATEN:

Tipo de classificação do paciente

PA: PR:

PC: PR:

Peso: Altura:

Glicemia: PMS:

Circ. Abd: G2:

Socorro: financeiro

Aberramente N: em Grave
 Politraumatizado: 0: Convalesce
 Hemorragia: 1: Disponivel
 Urticaria: 1: Agitado
 Reular: 1: Choque
 Vomito: Desconhecido

CONDIÇOES DO PACIENTE AO SOC

*Umedecido, procedente de Juazeiro
 (aparece entre outras frases de cunho brancas) pertence a
 onda (1).*

Diagnóstico

Londrina

Entre feridas (1)

dúzia rébu

Prescrição

Relatório da medicina

Date 10-10-1988 Received signature initials

o - - - - o

Answers to the following

10

విశ్వామిత్ర

ପାତାରେ କାହାରେ କାହାରେ କାହାରେ
କାହାରେ କାହାରେ କାହାରେ କାହାରେ

Tipps 11. Aug.

9-1 2002

Assinatura da enfermeira: _____ | Reservado o/ liberado

PROBLEMA 10 - 12400

10

ESTRÉG DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UNI
 Alta & pedido Enfermería Unidad Arrestado SVB TDC

They forgot the Levi's

Assinatura e Carijuba do Mecônico

Assinatura do paciente/Responsável

A CARGO DO SNS

IRLIANA SEGUROS
02 MAI 2016



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Tom. Siqueira Dr. Silveira</i>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	ESCR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>19/12/14</i>	DATA DE ALTA <i>03/01/15</i>			TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fist. diafragmática do nódulo F</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEMONSTRATIVO <i>Fist. diafragmática do nódulo F</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS <i>Fist. diafragmática D</i>					
PRINCIPAIS EXAMES <i>RX</i>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Reduções abutis e fregos com placa e parafuso</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETO DE INTERNAZ.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES: <i>Fistula diafragmática do nódulo F, realizou reduções abutis e fregos com placa e parafuso.</i>				

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:					
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dia e com esforço maior em _____ dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:					

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do DR. VÁRICO _____ em 30 dias para revisão.

03/01/15

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

MARQUA SEGURO

02 MAI 2016



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: José Souza da Silva

Melhorias gerais

Paciente portador da covid-19.
S42.0 e S52.4, Gasto
respiratório crônico agudo
desde 14/11/2014. A evolução,
embora lenta, se opte am-
bulatório, possuindo respon-
sividade às manutenções
laboratoriais.


1. Perna, 05/04/18

Assinatura e Carimbo

06 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: João Souza da Silva

Thiago Souza

paciente desabilitado por
lesão da coluna 552.4.
Motivo: cirurgia para
corrigir o eixo da coluna
em 2014. Estava com
compliques (obesidade
e artrite) que fez
a recuperação ser
muito lenta. Paciente fez anti-
res para esse problema
mas não recupera
o eixo da coluna.

Dr. Francisco Laetia Vieira Barreto
Ortopedia Pediátrica
CRM-PB 3913

Assinatura e Carimbo

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: José Souza da Silva

Melhorias gerais

Paciente portador da covid-19.
S42.0 e S52.4, Gasto
respiratório crônico agudo
desde 14/11/2014. A evolução,
embora lenta, se opte am-
bulatório, possuindo respon-
sividade às manutenções
laboratoriais.


1. Perna, 05/04/18

Assinatura e Carimbo

06 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha N°		Data:	14/12/14
Paciente:	Juci Siqueira Dilm		
Origem:	W. Fase H. R. I.		
Solicitante:	W. Siqueira	Clinica:	Ortopédica

Motivos do Encaminhamento

entrou d. pedra d. mto gorda
d. + adun. no pulm. esq.
d. d. mto gorda m. m. m.
n. p. paciente.

fruta /

gr.
Hildberto Freire
Médico - CRM 4979
M.R. 18.21-22

Medicação administrada



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOÃO PESSOA Fone: 83/3214-1980
FAX: 83/3214-1981 CNPJ: 10.202.454/0001-28

FECHA DE ATENDIMENTO: 2014/12/2014 Atend: Nao Regulado
Data: 14/12/2014
Hora: 04:47:44
Recepcionista: BRAYCIANE CRUZ FERREIRA
Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE SOUSA DA SILVA

CNS: 898004101601457 Sexo: M

Natural: JOAO PESSOA/PB

End: SITIO BARRA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: JUZIPIRANGA UF: PB

Pai: JOSE FERNANDES DA SILVA IRMÃO

Mae: JOSEFA MARIA DE SOUZA

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: IRMÃO JOSE SERGIO

Tel/Doc. Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: SAMU a

Transporte utilizado: SAMU

Vítima de acidente: NAO

Vítima de violência: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

ATEN

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FRA

PC: TPI

Peso: Altura:

Glicemias: IMC:

Circ. Arter: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER

- [] Adarentemente B: Em Grau
[] Politraumatizado: o 1 Convulsao
[] Hemorragia: [] Dispneia
[] Diarréia: [] Agitado
[] Requiar: [] Choquado
[] Vomito
Observação:

Medicamento procedente de Tharene
apresentado a hora do atendimento (00)
olho (D).

Diagnóstico

Intre Cleminte (+) desse rebus

Prescrição

: Condica

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

: Horario da medicacao

DR. TORIBIO GOMES PEREIRA
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO OLHO
CRM: 6350

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

de: Medicamentos ; Dose : Horario : Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado a/ liberacao

COMPREY SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

PROCEDIMENTO REALIZADO

22 FEV. 2018

PROTÓCOLO
AG. 10/02/2018

GESTAO DO PACIENTE

Residencia Transferico Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IMC

Yor Sergio de Souza

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS

Hospital: Onto trauma de mangabeira Código: _____
Procedimento: Frat. diafragma Rádio E. Cód. do Procedimento: _____
Paciente: João Souza
Data da Cirurgia: 05/01/15 Nº prontuário: 2014.12.12.14 Convênio: _____
Cirurgião: dr. Lautio + br. Remo Código: _____ Reposição Caixa Pronta

DESCRICAO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Espojonso 4,0 mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Espojonso 6,5 mm R/16 CURTA	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Espojonso 6,5 mm R/32 LONGA	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							

Obs.: O preenchimento prontuário é obrigatório.

~~PRÉ-ENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE~~

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento:

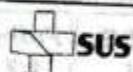
Faturar N.F. para:

Cód. do consultor: 228 Total:

ANEXO II

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				Folha 1/2		
Identificação do Estabelecimento de Saúde									
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY						2 - CNES 2 3 9 9 6 2 8			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY						4 - CNES 2 3 9 9 6 2 8			
Identificação do Paciente									
5 - NOME DO PACIENTE José Souza						6 - N° DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO / /	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3		
10 - NOME DA MÃE						11 - TELEFONE DE CONTATO DDD / N° DO TELEFONE			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)						13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)									
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO									
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR						19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA						21 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III									
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31-QTDE			
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-QTDE			
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-QTDE			
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO									
01 - Placa Cx. 3,5 estreita de 07 F 04 - Paraf. eort. nº 34 02 - Paraf. eort. nº 42 02 - Paraf. eort. nº 46						COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 22 FEV. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			
PROFISSIONAL SOLICITANTE									
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>07/02/2018</i>			
41 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>2018637</i>			
AUTORIZAÇÃO									
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			

ANEXO II (continuação)



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
2/2

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52-QTDE
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55-QTDE
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58-QTDE
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	59-QTDE
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64-QTDE
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67-QTDE
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70-QTDE
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73-QTDE
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76-QTDE
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79-QTDE
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82-QTDE
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	83-QTDE
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88-QTDE
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	89 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91-QTDE
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94-QTDE
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97-QTDE

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)



7 fôr. 3.6.10
100.000,00 reais - 10
100.000,00 reais - 10
100.000,00 reais - 10
100.000,00 reais - 10

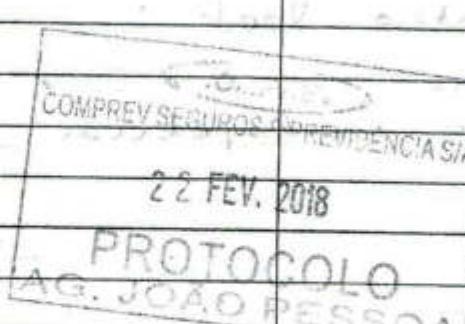
PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>João Silveira</u>				Registro:	
Idade: <u>05.03.15</u>	Sexo: <u></u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u></u>	EMP: <u></u>	LR: <u></u>
Data: <u></u>	Cirurgião: <u>Dr. Lemos</u>			1º Assistente: <u>Dr. Remo</u>	
2º Assistente: <u>Dr. Luiz Júnior</u>	3º Assistente: <u></u>			Instrumentador: <u></u>	
Anestesista: <u></u>	Tipo Anestesia: <u></u>			Horário: <u>I:</u>	<u>T:</u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura Fracção de Rádio L</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <u>Osteosíntese</u>					
CÓDIGO <div style="text-align: center;">  </div>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Ascenso + Antissepsia
- ② Aposição de pinças esterilizadas

Incisão:

- ③ Incisão de Thomasen em anelar
- ④ Desliso da placa

Achados:

- ⑤ Hiperemia da face da placa
- ⑥ Redução exente da placa

Conduta:

- ⑦ Aposição da placa ICP 01 para
- ⑧ Fixação com parafusos corticos
- ⑨ Sutura da placa
- ⑩ Anelar local
- ⑪ Talo artroplastico

Fechamento:

OBS:

DR. LUIZ JOSÉ M. MACHADO Cirurgião e Traumatologista	COMPROV. SEGUROSE PREVIDENCIA
	22 FEVEREIRO 2018
	PROTÓCOLO
	AG. 1000

Data: Dr. 101 / 15

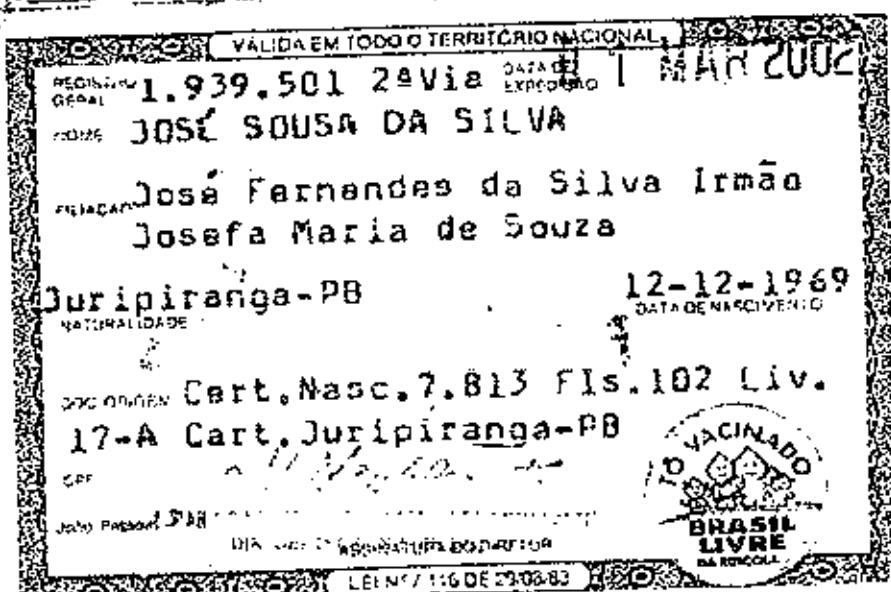
MÉDICO/CRM

DR. LUIZ JOSÉ M. MACHADO
Cirurgião e Traumatologista
CRM - PB 867



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Jair Souza da Silva						PRONTUÁRIO N°
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO	
DATA DE ADMISSÃO 14/12/14		DATA DE ALTA 07/01/15		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL Fract. da fíbula do rádio E						CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Fract. da clavícula 2						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES RX						
PROCEDIMENTO REALIZADO: Redução aberta e fixação com placa e parafuso						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATHOLÓGICA						
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO.	IREMOVIDO	À PEDIDO	CURADO	ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO <small>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES</small> Fractura da fíbula do rádio E; realizada redução aberta e fixação com placa e parafuso						
						COMPROV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA						22 FEV. 2018
DIETA:						
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.						
MEDICAÇÕES PARA CASA:						
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do DR. CAÉRCIO em 30 dias para revisão.					
07/01/15						DATA
						ASS. MÉDICO / CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.						



ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 033.610.724-25

Nome da Pessoa Física: JOSE SOUSA DA SILVA

Data de Nascimento: 12/12/1969

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 03/12/1997

Dígito Verificador: 00

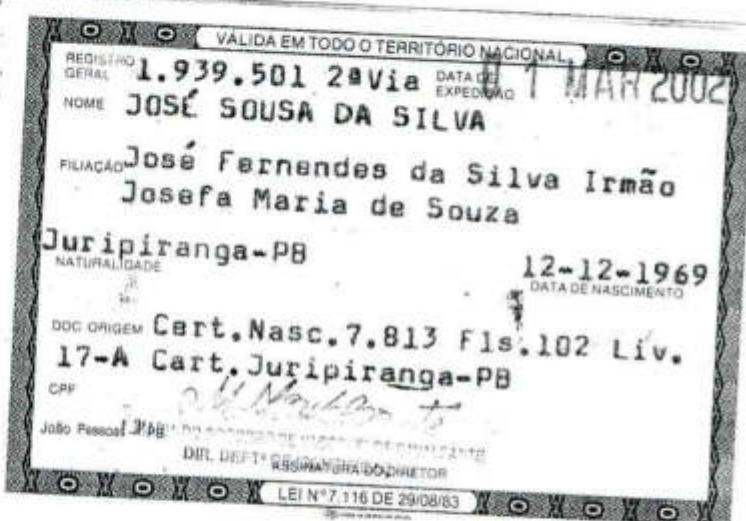
Comprovante emitido às: 14:03:12 do dia 12/04/2016 (hora e data de Brasília).

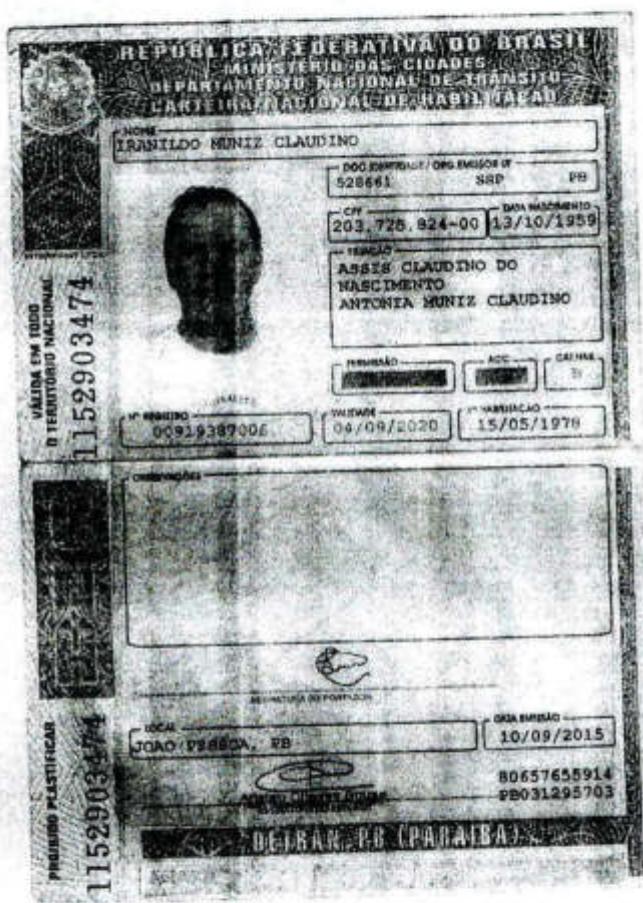
Código de controle do comprovante: 67B9.D0A0.14EE.556C

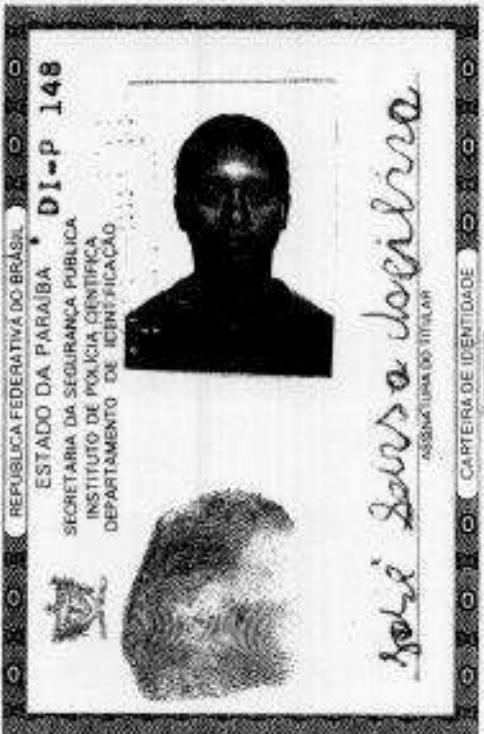
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFaautentic.asp>)

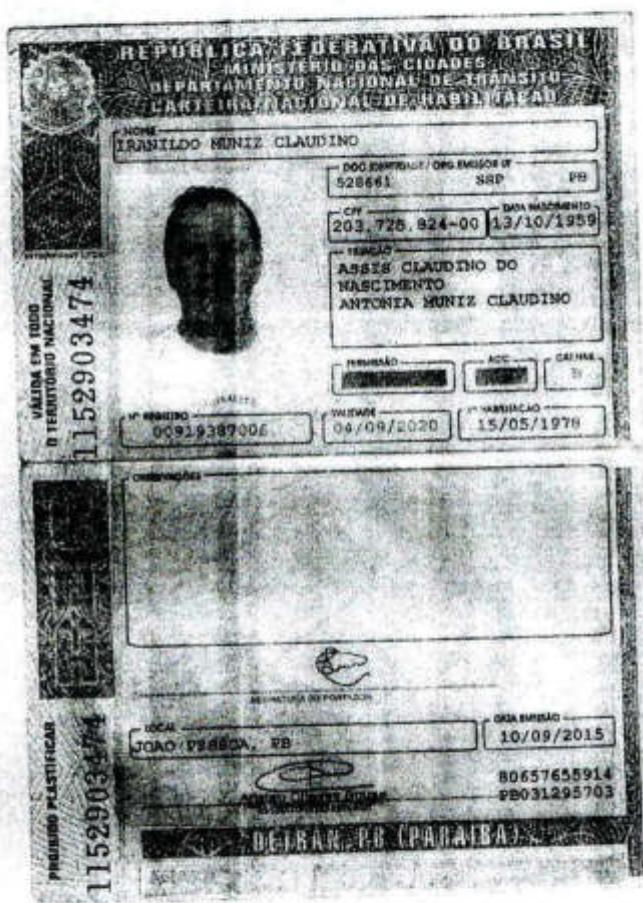
ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016







COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 JUN. 2018
PROTÓCULO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180285844 **Cidade:** Juripiranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DUAS CICATRIZES EM TERÇO MÉDIO DISTAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO MEDINDO CERCA DE 09 CM , PSEUDOARTROSE DO PUNHO ESQUERDO, REDUÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS, HIPOTROFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. PRESENÇA DE BATENTE ÓSSEO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE CLAVÍCULA DIREITA, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO,ROTAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO DIREITO COM REDUÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS QUE EVOLUIU COM REJEIÇÃO DO MATERIAL DE SÍNTESE, INFECÇÃO E ABCESO LOCAL. FEITA DRENAGEM DE ABCESO E RETIRADA DA PLACA E PARAFUSOS QUE EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE DO PUNHO ESQUERDO. FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA COM IMOBILIZAÇÃO E QUE EVOLUIU COM BATENTE ÓSSEO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do punho esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'O. Corrêa dos Santos Filho'.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180285844**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE SOUSA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO BARRA, S/N - ZONA RURAL - Juripiranga - PB - CEP 58330-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1939501**

Data e local do acidente: [**14/12/2014**] **ZONA RURAL DE JURIPIRANGA-PB**

Data e local do exame: [**11/07/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA DUAS CICATRIZES EM TERÇO MÉDIO DISTAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO MEDINDO CERCA DE 09 CM , PSEUDOARTROSE DO PUNHO ESQUERDO, REDUÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS, HIPOTROFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. PRESENÇA DE BATENTE ÓSSEO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE CLAVÍCULA DIREITA, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO,ROTAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO DIREITO COM REDUÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS QUE EVOLUIU COM REJEIÇÃO DO MATERIAL DE SÍNTESE, INFECÇÃO E ABCESO LOCAL. FEITA DRENAGEM DE ABCESO E RETIRADA DA PLACA E PARAFUSOS QUE EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE DO PUNHO ESQUERDO. FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA COM IMOBILIZAÇÃO E QUE EVOLUIU COM BATENTE ÓSSEO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA CLAVÍCULA DIREITA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB