
Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190327501

Vítima: GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

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, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190327501

Vítima: GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

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\$ 1.687,50

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: GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000000374

Conta: 0000018845-6

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.

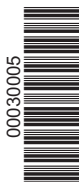
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E

Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410168 - (83) 3310-9819



Ocorrência N° 000090/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000090/19 registrada em 08/05/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de maio do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:45 horas, compareceu o Sr. GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA, com 48 anos de idade, filho de JOÃO CLEMENTINO PEREIRA e RITA ARAÚJO PEREIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, Casado, escolaridade Medio Completo, profissão , portador da Cédula de Identidade N° 1.602.788, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 93108141449, residindo à rua SEVERINO VERÔNICA, 138, bairro CONCEIÇÃO, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 13h30min do dia 25.12.2018, estava trafegando pela Rua anterior Navarro, Bairro da Prata, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, ano/modelo 2013/2013, cor preta, chassi n° 9C2KD0550DR120296, de placa oeu-7733/PB, licenciada em nome de Isaac Ronaldo da Silva, quando no cruzamento com a Rua Presidente João Pessoa foi surpreendido por um veículo de marca, cor, placas e demais características que ignora, inclusive o condutor, que trafegava em velocidade acima do normal, que não obedeceu a sinalização de trânsito e invadiu a via preferencial por onde o comunicante trafegava, atingindo-lhe na lateral esquerda, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo fratura fechada de acromioclavicular E, sendo socorrido para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo causador do acidente ausentou-se do local; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares dos Policiais do BPTTran; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do sinistro, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 8 de Maio de 2019

GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

SABEMI - REC. EM 16 MAI 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Jose Ramos de Araújo

inscrito (a) no CPF/CNPJ

408.289.644, 91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Giovanni Elementino Pereira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 931.081.414

do sinistro de DPVAT cobertura

muçiclez

da Vítima

Giovanni Elementino Pereira

inscrito (a) no CPF sob o Nº

931.081.414, 49

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Reuso

Renda:

Reuso

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Não informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Vital Francisco Silva</u>	Número:	<u>63</u>	Complemento:	<u>1ª andar</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Buenópolis</u>	Estado:	<u>GO</u>
E-mail:				CEP:	<u>58475-000</u>
				Tel. (DDD):	<u>(83) 98822-4322</u>

Local e Data:

Companhia Grande 10/05/2019

Jose Ramos de Araújo

Assinatura do Declarante

SABEMI – REC. EM 16 MAI 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ISAAC RONALDO CLEMENTINO DA SILVA

RG nº 4.003.881, data de expedição 31/10/2011

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 096445084-40

com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de
PARAIBA PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SEVERINO VERNÔNICA, nº 138

complemento RU, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA, cujo o condutor era

GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

Veículo: MOTO Modelo: BMW NXR 150 Ano: 2013

Placa: OEU-7733 Chassi: 9C2KD05500R120286

Data do Acidente: 25/12/2018

Local e Data:

Campina Grande 03/05/2019

ISAAC RONALDO CLEMENTINO DA SILVA

Assinatura do Declarante

Giovanni Clementino Pereira

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA

Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
196.445.084-40 - ISAAC RONALDO CLEMENTINO
DA SILVA. Dou fé. Campina Grande (PB) -
16/05/2019 - 13:12. Selo Digital: A1142112-NKQ1.



Em testemunho da verdade,

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.pb.us.br>

Emol.: R\$ 9,83 FEPJ.: R\$ 1,95 FARPEN: R\$ 0,29 ISSQN.: R\$ 0,50 Total: R\$ 12,70





GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1800498 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52 Data: 25/12/2018
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Maria Klidia Andre Lopes Dos Santos

PACIENTE: GIOVANI CLEMENTINO CEP: 58400002 Nascimento: 29/06/1970

PEREIRA

Endereço: SEVERINA VERONICA

Sexo: M

Telefone: 996142705

Cidade: Campina Grande

Bairro: ALTO BRANCO

Nome da Mãe: RITA ARAUJO PEREIRA

Nº: 138

Responsável:

CPF: 93108141449

Profissão:

Estado Civil:

Data de Atend: 25/12/2018

CNS: 61165151

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 14:19:54

CONVÊNIO: SUS

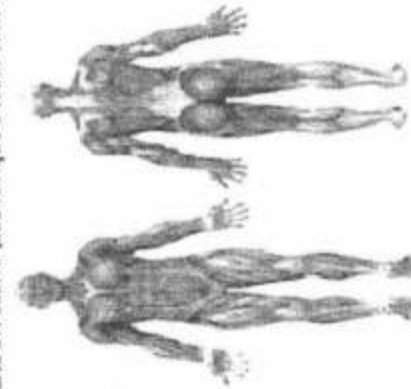
Médico:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Der
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Queimadura
33. Rinoorragia
34. Sinal de Iguemila
35. Sinal de Iguemila
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 70%

DIGNÓSTICO / CID:

1º Grau

2º Grau

3º Grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Sérgio Geral

CRM-PB 7983

EXAME PRIMEIRO DA CLÍNICA

Exame com trauma de coluna moto-carro há cerca de 30 minutos. Após colar de fixação de fixação com capote aberto e colar em ombro (E). Pele também com capote - contusão em cotovelo (E). Vaga para de consciência, náuseas e vômitos.

ALERGIA: Vaga

MEDICAMENTOS: Vaga

PATOLOGIAS: Vaga

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 16 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Dr. Sérgio

Especialista:

Dia / /

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

RAIO X
REALIZADO EM:
25/12/18



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Giovanni Clementino Pereira		
End:	R. Severina Verônica, 138	Bairro:	Alto Bonow
Data de Nascimento:	29/06/1970	Documento de Identificação:	2.440.400.913
Queixa:	Qc de moto	Data do Atend.:	25/12/2018
Acidente de trabalho?	() Sim (x) Não	Hora:	14:30
		Document:	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	(x) Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	(x) Calmo () Fácéis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	(x) Normocorada () Pálida
Deambulação:	(x) Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

MOD. 110

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

(x) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

EXFERMEIRA
COREN-PB 287.537

Assinatura e carimbo do profissional

3
OK
4/

DIAGNÓSTICO

Pe. 1/3 Intestinal Chaveada (E)

8-3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO				
Paciente	Alojamento:		Leito	Convênio
Giovanni Clementino, 48				
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
28/12	1. Dieta Líquida 2. SRL 1500ml EV/24h Jelco. 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN 7. Nauseofron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG 10. Estimulante Deambulação.	08:00 18:00 20:00 08:00	1º DIH BEG, Estável, si distensão. si queixo. Diurese (+) Gase (+) cd: 100% Aguarda cirurgia. Dr. YURY PAIVA coordenador de enfermagem CRM-PA 14.371	
29/12	Dieta Líquida Jelco Dipirona 02 + AD EV 06/06h Tilatil 20 + AD EV 12/12h Estimulante Deambulação SSVV + CCGG	18:00 20:00	2º DIH BEG, Estável, si prurido no momento cd: 100% Dr. YURY PAIVA coordenador de enfermagem CRM-PA 14.371	

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	GIOVANI CLEMENTINO			Alojamento	Leito	Convênio	DESCONTAR
----------	--------------------	--	--	------------	-------	----------	-----------

Fr $\frac{1}{3}$ destul de
clară (5)

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
25/12/18	(1) - Janta livre;	V		25/12/18
14:50	(2) - Jantar;	V		Fol. into no-of
	(3) - Pipoca; (g+as,			
	ou, abba;			
	(4) - Filé de frango +			
	as, ou, 12/12/18;			
	(5) - Pie - op. tolerado	V		ex: UPA
	(6) - SSVU HCGG -	V		

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 5321 - TEQI-12/55
UF-84 CGLUNA VERTEBRAL-SBC

D. 2020-03-04
 D. 2020-03-04
 D. 2020-03-04

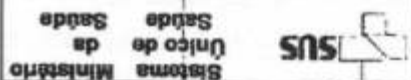
5/18/18

1890
 1891
 1892
 1893
 1894
 1895
 1896
 1897
 1898
 1899
 1900
 1901
 1902
 1903
 1904
 1905
 1906
 1907
 1908
 1909
 1910
 1911
 1912
 1913
 1914
 1915
 1916
 1917
 1918
 1919
 1920
 1921
 1922
 1923
 1924
 1925
 1926
 1927
 1928
 1929
 1930
 1931
 1932
 1933
 1934
 1935
 1936
 1937
 1938
 1939
 1940
 1941
 1942
 1943
 1944
 1945
 1946
 1947
 1948
 1949
 1950
 1951
 1952
 1953
 1954
 1955
 1956
 1957
 1958
 1959
 1960
 1961
 1962
 1963
 1964
 1965
 1966
 1967
 1968
 1969
 1970
 1971
 1972
 1973
 1974
 1975
 1976
 1977
 1978
 1979
 1980
 1981
 1982
 1983
 1984
 1985
 1986
 1987
 1988
 1989
 1990
 1991
 1992
 1993
 1994
 1995
 1996
 1997
 1998
 1999
 2000
 2001
 2002
 2003
 2004
 2005
 2006
 2007
 2008
 2009
 2010
 2011
 2012
 2013
 2014
 2015
 2016
 2017
 2018
 2019
 2020
 2021
 2022
 2023
 2024
 2025
 2026
 2027
 2028
 2029
 2030
 2031
 2032
 2033
 2034
 2035
 2036
 2037
 2038
 2039
 2040
 2041
 2042
 2043
 2044
 2045
 2046
 2047
 2048
 2049
 2050
 2051
 2052
 2053
 2054
 2055
 2056
 2057
 2058
 2059
 2060
 2061
 2062
 2063
 2064
 2065
 2066
 2067
 2068
 2069
 2070
 2071
 2072
 2073
 2074
 2075
 2076
 2077
 2078
 2079
 2080
 2081
 2082
 2083
 2084
 2085
 2086
 2087
 2088
 2089
 2090
 2091
 2092
 2093
 2094
 2095
 2096
 2097
 2098
 2099
 2100
 2101
 2102
 2103
 2104
 2105
 2106
 2107
 2108
 2109
 2110
 2111
 2112
 2113
 2114
 2115
 2116
 2117
 2118
 2119
 2120
 2121
 2122
 2123
 2124
 2125
 2126
 2127
 2128
 2129
 2130
 2131
 2132
 2133
 2134
 2135
 2136
 2137
 2138
 2139
 2140
 2141
 2142
 2143
 2144
 2145
 2146
 2147
 2148
 2149
 2150
 2151
 2152
 2153
 2154
 2155
 2156
 2157
 2158
 2159
 2160
 2161
 2162
 2163
 2164
 2165
 2166
 2167
 2168
 2169
 2170
 2171
 2172
 2173
 2174
 2175
 2176
 2177
 2178
 2179
 2180
 2181
 2182
 2183
 2184
 2185
 2186
 2187
 2188
 2189
 2190
 2191
 2192
 2193
 2194
 2195
 2196
 2197
 2198
 2199
 2200
 2201
 2202
 2203
 2204
 2205
 2206
 2207
 2208
 2209
 2210
 2211
 2212
 2213
 2214
 2215
 2216
 2217
 2218
 2219
 2220
 2221
 2222
 2223
 2224
 2225
 2226
 2227
 2228
 2229
 2230
 2231
 2232
 2233
 2234
 2235
 2236
 2237
 2238
 2239
 2240
 2241
 2242
 2243
 2244
 2245
 2246
 2247
 2248
 2249
 2250
 2251
 2252
 2253
 2254
 2255
 2256
 2257
 2258
 2259
 2260
 2261
 2262
 2263
 2264
 2265
 2266
 2267
 2268
 2269
 2270
 2271
 2272
 2273
 2274
 2275
 2276
 2277
 2278
 2279
 2280
 2281
 2282
 2283
 2284
 2285
 2286
 2287
 2288
 2289
 2290
 2291
 2292
 2293
 2294
 2295
 2296
 2297
 2298
 2299
 2300
 2301
 2302
 2303
 2304
 2305
 2306
 2307
 2308
 2309
 2310
 2311
 2312
 2313
 2314
 2315
 2316
 2317
 2318
 2319
 2320
 2321
 2322
 2323
 2324
 2325
 2326
 2327
 2328
 2329
 2330
 2331
 2332
 2333
 2334
 2335
 2336
 2337
 2338
 2339
 2340
 2341
 2342
 2343
 2344

21/6. Purchase this/ of double (9)
 Price. Buy. Cuntro 1 gano chunt
 9/8/7

Cum gratia
Auribus
Datus
27.12.18
Karl-Fahrer

Giovanni
Giovanni
Giovanni



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: GIOVANI CLEMENTINO PEREIRA
6 - Nº DO PROMTUÁRIO: 1800504
7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 29/06/1970
9 - SEXO: MASC [X] FEM []
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: RITA ARAUJO PEREIRA
11 - TELEFONE DE CONTATO: 996142705
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SEVERINA VERONICA, 138, ALTO BRANCO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande
14 - CÓDIGO MUNICIPAL: 250400
15 - UF: PB
16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Acidente de carro + fratura em o cotovelo e fratura da clavícula*
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *fratura da clavícula*
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *fratura da clavícula*
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: *ortop*
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: *980016278156267*
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 25/12/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *CRM-PB 6321 - TEOT: 12455*
33 - () ACIDENTE DE TRANSPORTO
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOB

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AUTORIZAÇÃO

46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

GOVERNO
DA PARABÁSECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

DN = 03

NOME:

B

I

O

V

A

N

I

E

C

C

A

B

R

A

S

I

D

O

O

O

O

O

O

O

PRONTUÁRIO

IDADE:

B

I

O

V

A

N

I

E

C

C

A

B

R

A

S

I

D

O

O

O

O

O

O

O

SEXO:

B

I

O

V

A

N

I

E

C

C

A

B

R

A

S

I

D

O

O

O

O

O

O

O

COR:

B

I

O

V

A

N

I

E

C

C

A

B

R

A

S

I

D

O

O

O

O

O

O

O

PESO:

B

I

O

V

A

N

I

E

C

C

A

B

R

A

S

I

D

O

O

O

O

O

O

O

ALTURA:

B

I

O

V

A

N

I

E

C

C

A

B

R

A

S

I

D

O

O

O

O

O

O

O

CLÍNICA:

B

I

O

V

A

N

I

E

C

C

A

B

R

A

S

I

D

O

O

O

O

O

O

O

ENF:

B

I

O

V

A

N

I

E

C

C

A

B

R

A

S

I

D

O

O

O

O

O

O

O

LEIT:

B

I

O

V

A

N

I

E

C

C

A

B

R

A

S

I

D

O

O

O

O

O

O

O

DADOS CLÍNICOS:

Pre - op

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

ECG + p. cardíaco

URGÊNCIA:

B

I

O

V

A

N

I

E

C

C

A

B

R

A

S

I

D

O

O

O

O

O

O

ROTINA:

B

I

O

V

A

N

I

E

C

C

A

B

R

A

S

I

D

O

O

O

O

O

O

DATA:

25/12/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEO: 12455
SG DN 00000000000000000000

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:

IDADE:

SEXO:

M ☐ F ☐

COR:

B ☐ P ☐ A ☐

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF.:

LEITC

PRONTUÁRIO

DADOS CLÍNICOS:

gubila pos-lesão

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

PA decubito 9

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:


HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Engenheiro de Saúde
Cirurgião - 19.1507-8788
Cirurgião - 19.1507-8788

RAIO X
REALIZADO EM:
28/12/18

1800438.

DU = 28.06.10

 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXA	
NOME: G I O V A N I C L E M E L T I N O		PRONTUÁRIO 842			
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:
DADOS CLÍNICOS: Politrauma					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: Rx de tórax (AP) Rx de cotovelo E Rx de ombro E (AP e Axilar)					
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	HORA DA SOLICITAÇÃO:			
DATA:					

 Autógrafo do Solicitante
 Carimbo Geral
 nº 08.7983

G

Atividade 2
Tema: O Brasil
Data: 10/05/2019

Assinado por:
Data: 10/05/2019

22

101.

22

2000-00-00
 2000-00-00
 2000-00-00

2.0 - 1.0 - 0.0 - 1.0 - 2.0

π

0000
NEX-

05/11/15

22. *Staphylococcus aureus*

500

05

2

27
27

6.7

$\text{VIC} = 10$
 $\text{VIC} = 15$

К. 1 — 1170200.00

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Graciani Clementino Pereira Nº 029/06/1970		LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	02:30
CIRURGIA: Prost. Cir. Extrema		ANESTESIA: Prost. de Pêlo		CIRURGIÃO: Dr. Roldan		ANESTESIA: Dr. Roldan
INSTRUMENTADORA: Dr. Roldan		DATA: 02/12/18	INÍCIO: 02:30	FIM: 03:30		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
------	--------------------------	------	------	--------

01	Adrenalina amp.	01	Catgut cromado Serlix	1
01	Atropina amp.	01	Catgut cromado Serlix	
01	Diazepam amp.	03	Catgut cromado Serlix	
01	Dimore amp.		Catgut Simples Serlix	
01	Dolantina amp.		Catgut Simples Serlix	
01	Fenega amp.		Catgut Simples Serlix	
01	Fentanil ml		Catgut Simples Serlix	
01	Neveam ml		Catgut Simples Serlix	
01	Ketalar ml		Ethibond	
01	Mercalina		Ethibond	
01	Nubahin amp.		Ethibond	
01	Pavulon amp.		Equipo de Macrogotas	
01	Proligimine amp.		Equipo de Macrogotas	
01	Protóxido l/m		Equipo de Sangue	
01	Quelidol ml		Equipo de Sangue	
01	Rapifen amp.		Equipo de Sangue	
01	Trionebutal ml		Equipo de Sangue	
01	Tractum amp.		Equipo de Sangue	
01	Agua Destilada amp.		Equipo de Sangue	
01	Decadron amp.		Equipo de Sangue	
01	Dipirona amp.		Equipo de Sangue	
01	Flaxidol amp.		Equipo de Sangue	
01	Fiebo cortid amp.		Equipo de Sangue	
01	Geramitina amp.		Equipo de Sangue	
01	Glicose amp.		Equipo de Sangue	
01	Glucos de Cálcio amp.		Equipo de Sangue	
01	Haemacel ml		Equipo de Sangue	
01	Heparina ml		Equipo de Sangue	
01	Kanakon amp.		Equipo de Sangue	
01	Lasix amp.		Equipo de Sangue	
01	Medrobnazol.		Equipo de Sangue	
01	Plasil amp.		Equipo de Sangue	
01	Proamina		Equipo de Sangue	
01	Revvan amp.		Equipo de Sangue	
01	Stuplanon amp.		Equipo de Sangue	
01	Cefalotina 1g		Equipo de Sangue	
01	Sonda Nasogástrica		Equipo de Sangue	
01	Sonda Uretral nº		Equipo de Sangue	
01	Stendrem ml		Equipo de Sangue	
01	Tomeinha		Equipo de Sangue	
01	Vaselina ml		Equipo de Sangue	
01	Gelcon 18		Equipo de Sangue	
01	Latex		Equipo de Sangue	

Qtd.	MEDICAÇÕES	Qtd.	SOROS	
------	------------	------	-------	--

01	Agua Destilada amp.	01	SG Normotermico fr 500 ml	
01	Decadron amp.	01	SG Gelado fr 500 ml	
01	Dipirona amp.	01	SG Hipertermico fr 500 ml	
01	Flaxidol amp.	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Fiebo cortid amp.	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Geramitina amp.	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Glicose amp.	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Glucos de Cálcio amp.	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Haemacel ml	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Heparina ml	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Kanakon amp.	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Lasix amp.	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Medrobnazol.	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Plasil amp.	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Proamina	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Revvan amp.	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Stuplanon amp.	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Cefalotina 1g	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Sonda Nasogástrica	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Sonda Uretral nº	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Stendrem ml	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Tomeinha	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Vaselina ml	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Gelcon 18	01	SG Ringer fr 500 ml	
01	Latex	01	SG Ringer fr 500 ml	

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE	
------	----------------------	------	------------------	--

EQUIPAMENTOS: () Oxímetro de Pulso () Serra () Desfibrilador () Foco Frio () Fonte de Luz () Perfurador Elétrico () Cardiomonitor () Oxímetro () Eletrocautério () Foco Auxiliar

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: **Dr. Roldan**

MOD: **REC. EM 16 MAI 2019**



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

Paciente:	Georgina Clementino Pereira	Idade:	48 A
Convênio:	Sua	Data:	27.08.18
Procedimento:	Tct. cirurg. fatura de craxe		
Cirurgião:	Dr. Raiten	Auxiliar:	
Anestesiista:	Dr. Leonardo	Anestesia:	de Raiten
Início:	09:30	Término:	03:30

[illegible][illegible]

9/10/20

Assinnatura Anestesista

Circulante

[Large handwritten flourish or signature]

[Handwritten notes and signatures]
14.20
22/15/18

[Handwritten signature]

06.12.98 16:00 PA: 30x10. Carimbo elástico, negro
sem alfinete

Data - Hora - PA
07/12/18 8:00 - 110x60

Carimbo c/Auf, sem alfinete
de den, Negro no Puchado
da autelagem

Munio de Souza Santos
Téc. Autelagem
COREN-PB 1184500

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

28/11/18

Diet. livre

S. Pastosos 1000

Cefixima 1x10/12/12

Diluvio 10616

Folaf 400 (0

Docudra 200 (0

Fram 100 (0/12/12 (5x)

Hydrou 10/12/12 (5x)

O. Causa

Dr. João da Costa
CRM-PB 12118
ORTODONTISTA - TEOT 12118
Dr. JOÃO DA COSTA
CRM-PB 12118
ORTODONTISTA - TEOT 12118

Dr. João da Costa
CRM-PB 12118
ORTODONTISTA - TEOT 12118
Dr. JOÃO DA COSTA
CRM-PB 12118
ORTODONTISTA - TEOT 12118

Lequel levou
cabeça raspada
de limpeza (cutis)
surgido e
par. corpo

Paciente admitido para
 tratamento a 28/12/18
 EGR, comunitário, com
 acionamento. Em 28/12/18
 por operação de fatura
 de Davi da E. mudado
 conforme pareceres
 de 28/12/18

28/12/18

28/12/18 9:00h PA 320x80 Paciente evoluí satisf, da
brilando, sem febre e queixas.

RECEBEM 1908
Mcd
Mcd

20h PA 330x80.

Med
Tech
Cont

only

NE

4

83

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9104730

7x	clavata (E)	Común
----	-------------	-------

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio	Evolução Médica
Data	Prescrição Médica	Horário		
28	1. Dieta <i>lgt</i>	08		3. DM
	2. SRL 300mg EV/24h <i>plu</i>	08		
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	18		gta
12	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h <i>gta</i>	06		DM 1
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06		<i>plu</i>
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN			<i>plu</i>
	7. Nauseádron 01 FA + AD EV 8/8h SN			<i>plu</i>
	8. Glasgow 40mg 56/die			<i>plu</i>
	9. SSW + CCGG			<i>plu</i>

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Exame Clínica	8	3	Convenio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1. Dieta livre	2. SRL 1500ml EV/24h		Beta, estável, sem desconfortos
3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	4. Tiliati 20mg + AD EV 12/12h		Náuseas: 0 Vômito: 0
5. Omeprazol 40mg EV/jejum	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		C.D. VPH - Alta hospitalar com TB + AMB
7. Nauseatron 01 FA + AD EV 8/8h SN	8. Clexane 40mg SC/dia		Analgésico + Fentoril de rotina +
9. SSVV + CCGG			Atividade + Fisioterapia + acompanhamento.
(10) Alta Hospitalar			

DIAGNÓSTICO

Paciente	BRUNO	Alojamento:	8	Leito	3	Convênio	Cláusula (C)
----------	-------	-------------	---	-------	---	----------	--------------

[illegible]



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Leandro de Almeida Farias IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaleia	() Tontura	() Sincope
() Dispneia de esforço	() Grande	() Pequena
() Palpitações	() Média	() Ortopnéia
() Dor Precordial	() Tosse Seca	() Expectoração
() Relacionada () Esforço	() Emocões () Frio	() Pós-prandial

Comentários: _____

2 - ATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica	() Hipertensão Pulmonar	() DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus	() Insuf. Cardíaca Congestiva	() Insuficiência Coronariana
() Arritmias	() Insuf. Renal	() Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: <u>Não</u>	() Cirúrgico _____	() Sedentarismo
() Estilismo	() Tabagismo	() Outros
() Dislipidemia	() Outros	

Medicamentos em uso

() Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Cardiovascular - Comentários: ECG: 2T, 5T, 6T, 7T, 8T, 9TFC: 82 b.p.m P.A.: 130x80 mmHgAp. Respiratório - Comentários: LeveAbdômen - Comentários: NDAMembros Inferiores - Comentários: NDA5 - E.C.G.: ECG: 2T, 5T, 6T, 7T, 8T, 9T

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)	() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)	
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)	

Obs.: _____

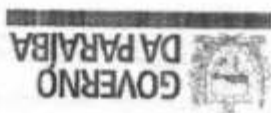
Dr. Silvestre de A. Gonçalves
CRM 794
CARDIOLOGIA

Ass. do Médico

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

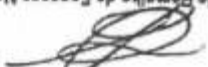


SUS
Sistema
Único
de
Saúde



Sr(a): **GIOVANI CLEMENTINO**
 Dr(a): **RODRIGO AMORIM**
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES**
 RG: **NÃO INFORMADO**
 Origem: **AREA AMARELA**
 Destino: **AREA AMARELA**
 Data: **25-12-2018 17:48**
 Idade: **48 anos**
 Protocolo: **0000442343**

TEMPO DE COAGULACAO **6'30'' min**
 [DATA DA COLETA: 25/12/2018 17:48]
 Material: sangue
 Método: Lee-White
TEMPO DE SANGRAMENTO **1'20''**
 [DATA DA COLETA: 25/12/2018 17:48]
 Material: sangue
 Método: Duke
 Valores de Referência:
 De 1 a 3 minutos
 De 5 a 11 minutos


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM - 5010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍSA

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

R-231




Isaac Ronald Clementino da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 4.003.991 DATA DE
EXPEDIÇÃO 31/10/2011

NOME ISAAC RONALD CLEMENTINO DA SILVA

FILIAÇÃO GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA
MARIA BETÂNIA DA SILVA PEREIRA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 24/12/1995

DOC. ORIGEM

NASC. N. 13177 FLS. 295V LIV. A11
CARTÓRIO CAMPINA GRANDE-PB

CPF 096.445.084-40

Assinatura do Titular

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190327501 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA **Data do acidente:** 25/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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