
Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190409286

Vítima: ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES

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, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190409286

Vítima: ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES

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: ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000015108-1

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 03900768480 3 - CPF da vítima: 03900768480 4 - Nome completo da vítima: Telicia Gomes de F. Rodrigues

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

5 - Nome completo: Telicia Gomes de F. Rodrigues 6 - CPF: 03900768480
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Sen Humberto Bucena 9 - Número: 83 10 - Complemento:
11 - Bairro: Maria Andreazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 988634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo, informar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1911 CONTA: 15108 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 sem reservas, a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impressionado 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 (assinilar 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 acima, solicito a 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 a avaliação médica ou aos testes da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme o art. 2º da Lei nº 249/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o laudo emitido, da sua validade.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (vivos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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 229 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a resposta pedido

36 - CPF legível de quem assina a resposta pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a resposta pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

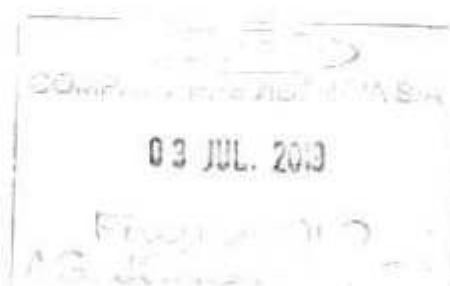
40 - Local e Data:

João Perseca - PB 03/07/19
Telicia Gomes de F. Rodrigues

Assinatura da Vítima/Beneficiário (Declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07046.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07046.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:05 horas do dia 27 de junho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Iclécia Gomes de França Rodrigues**, CPF nº 039.007.684-80, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Tec. de Enfermagem, filho(a) de Analice Gomes do Nascimento e Ivan Lira de França, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/06/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua. Senador Humberto Lucena, Nº 63, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Antonio Gomes, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98629-2143.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Após Ao Posto da Polícia Rodoviária Federal, Bayeux/PB, bairro Mário Andreazza; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 08/04/19 07:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

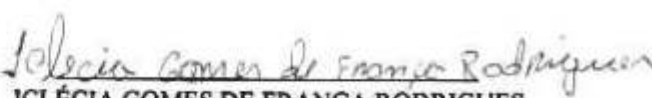
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

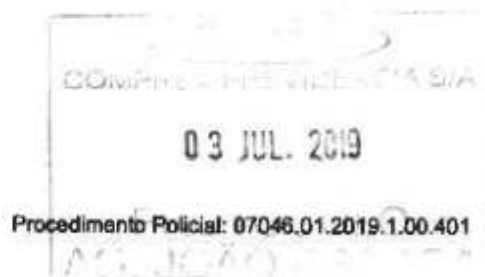
QUE NO DIA 08/04/2019, POR VOLTA DAS 07H20MIN, VINHA TRAFEGANDO NA BR-230, APÓS O POSTO DA POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, NA MOTO DE MARCA-HONDA/CG 160 TITAN EX, DE COR-BRANCA, ANO-2015/2016, PLACA-OEU9091/PB, CHASSI: 9C2KC2210GR011945, CRLV EM NOME DE JOSÉ RAFAEL GOMES DOS SANTOS, QUANDO FOI VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDA EM VEÍCULO PARTICULAR PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO CIRURGIADA NO DIA 11/04/2019, DE ACORDO COM O CID-10 S42.0, TENDO ALTA HOSPITAL NO DIA 13/04/2019, PELO MEDICO ELIVALDO SALES DE TOLEDO.

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 fé.

João Pessoa/PB, 27 de junho de 2019.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


ICLÉCIA GOMES DE FRANÇA RODRIGUES
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 03900768480 3 - CPF da vítima: 03900768480 4 - Nome completo da vítima: Telicia Gomes de F. Rodrigues

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

5 - Nome completo: Telicia Gomes de F. Rodrigues 6 - CPF: 03900768480
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Sen Humberto Bucena 9 - Número: 83 10 - Complemento:
11 - Bairro: Maria Andreazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 988634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo, informar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1911 CONTA: 15108 AGÊNCIA: CONTA: (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 sem reservas, a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impressionado 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 (assinilar 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 acima, solicito a 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 a avaliação médica ou aos testes da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme o art. 2º da Lei nº 249/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o laudo emitido, da Seguradora.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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 229 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a resposta pedido

36 - CPF legível de quem assina a resposta pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a resposta pedido

38 - 1ª Nome: 03 JUL 2019

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

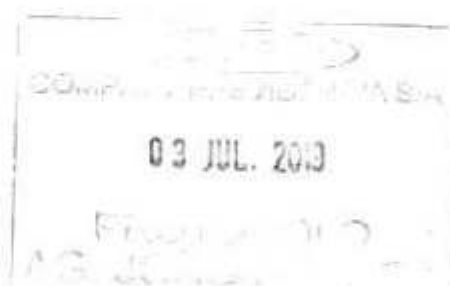
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 03/07/19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Telicia Gomes de F. Rodrigues

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):




Identificação do paciente

ID 1392001	Nome ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES			Sexo Feminino
Data de nascimento 16/06/1980	Idade 38 anos 9 meses 23 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ANALICE GOMES DO NASCIMENTO			Pai IVAN LIRA DE FRANCA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986292143	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2469903	Nº Cns		
Local de procedência BAYEUX			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR		

Endereço

CEP 58305260	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro MONSENHOR ALMEIDA
Número SN	Complemento RUA SENADOR HUMBERTO LUCENA,63	Bairro SESI	

Admissão

Data e Hora 08/04/2019 08:00:18	Número da pulseira 1000000738762	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVA

Imprimir



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: 10/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000015108-1

Nr. da Autenticação 78B5E41F149C3C9D



Ligação: MONOFÁSICO
 Dia/Sem: RES/MTOR/BI/RESIDENCIAL/RESIDENCIAL
 Rotas: 16/8-529-1222 Referência: Mar/2019
 Mensurador: 00008011119 Emissão: 25/03/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 250, Km 25 - Distrito Redentor, João Pessoa/PB - CEP 54071-800
CNPJ 09.095.193/0001-40 - Insc. Est. ICMS 15.015.925/0
fones e e-mail: Central de Energia distribuidora@0022.427.600
Cód. para DDD Automático: 0800.4181000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAND
Mar / 2019	26/03/2019	25/04/2019	039.007.884-80 RND - E

UC (Unidade Consumidora): 5/418750-6

Canal de contato

Com a fatura por e-mail, você ainda apresenta 3 mais benefícios: tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão. Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
22/02/19	11560	28/02/19	11725	1	142	09
Demonstrativo						
COD	Descrição	Gasto em R\$	Valor Bruto em R\$	Imposto de Renda em R\$	Base de Cálculo em R\$	Código
TED	Transferência TED	142,00	0,00	0,00	142,00	0,00
JANUÁRIOS E SERVIÇOS						
0001	CONTRIBUIÇÃO LUM.PÚBLICA	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 02/2019	0,47	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	M.S.T.A 02/2019	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00

VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR	
02/04/2019		R\$ 132,14	

88	137	172	182	188	171	214	204	182	119	167	140
Mar18	Apr18	May18	Jun18	Jul18	Aug18	Sep18	Oct18	Nov18	Dec18	Jan19	Feb19

#2387 AND AD FISCO

891f.1ab6.3382.f91f.5ef2.f722.7f52.d8a4

Indicadores de Qualidade			Limite de Tensão (V)	
	Limite do ANEEL	Apurado		
FIC MENSAL	8,10	0,00	NOMINAL	+20
FIC TRIMESTRAL	10,26			
FIC ANUAL	20,77			
FIC MENSAL	8,36	0,00		
FIC TRIMESTRAL	10,45			
FIC ANUAL	21,34			
FIC MENSAL	8,44	0,00	CONTRATADO	+20
FIC TRIMESTRAL	10,55			
FIC ANUAL	21,11			

ATENÇÃO

Featured em **atraso**

03 JUL 2013

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Rafael Gomes dos Santos
RG nº 1239361 data de expedição 23.02.1987
Orgão SSP portador do CPF nº 004.953.647-89 com
domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Paraíba onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Prof. Inácio Serrano de Andrade nº 60
complemento _____ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Iselcio G. de F. Rodrigues cujo o condutor era
Iselcio Gomes de Francisco Rodrigues

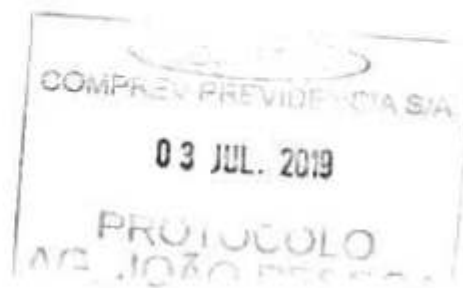
Veículo: moto
Modelo: Honda/CG 160 Titan ex
Ano: 2015/2016
Placa: DEU9093/PB
Chassi: 9C2K22J0G2051945 CR2U
Data do Acidente: 08/04/19
Local e Data: João Pessoa, 27/06/19.

Jose Rafael Gomes dos Santos
Assinatura do Declarante



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

 **CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JACELINO KUBITSCHEK S/Nº - IMPOSTO GISEL - CEP 5015-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (81) 3031-4018
Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE RAFAEL GOMES
DOS SANTOS, [123641], J. Pessoa-PB, 27/06/2019 12:01:36
Emol: R\$9,91 Farpen: R\$0,29 Fepj: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em
test da verdade. Tabela: CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA
Selo Digital A1994279-DPT0 Consulte em
<https://selodigital.trib.br>





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ICLECIA GOMES DE FRANÇA RODRIGUES
DATA DE NASCIMENTO 16/06/80
NOME DA MÃE ANALICE GOMES DO NASCIMENTO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 115048
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1154667
DATA DO ATENDIMENTO 08/04/19
HORA DO ATENDIMENTO 08:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10 S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR E DIMINUIÇÃO DE MOVIMENTOS EM OMBRO DIREITO. AFIRMA DOR TORACICA. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA. INTERNADO

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE TORAX, OMBRO DIREITO
EXAMES HEMATOLOGICOS
ECG com risco cirúrgico.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX DE OMBRO DIR. - FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

ALTA HOSPITALAR: 13/04/19
DATA DA EMISSÃO: 18/06/19

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO
CRM: 1873/PB

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1154667


Identificação do paciente

ID 1392001	Nome ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES			Sexo Feminino
Data de nascimento 16/06/1980	Idade 38 anos 9 meses 23 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ANALICE GOMES DO NASCIMENTO			Pai IVAN LIRA DE FRANCA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986292143	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2469903	Nº Cns		
Local de procedência BAYEUX		Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR		

Endereço

CEP 58305260	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro MONSENHOR ALMEIDA
Número SN	Complemento RUA SENADOR HUMBERTO LUCENA,63	Bairro SESI	

Admissão

Data e Hora 08/04/2019 08:00:18	Número da pulseira 1000000738762	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVA

Imprimir



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES		BAE 1154667	Data/Hora Entrada 08/04/2019 08:00:18	Data Baixa
Data de nascimento 16/06/1980	Idade 38a 9m 23d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 986292143
Mãe ANALICE GOMES DO NASCIMENTO				Prontuário
Endereço MONSENHOR ALMEIDA, SN - RUA SENADOR HUMBERTO LUCENA, 63		Bairro SESI	Município BAYEUX	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	Nº Cons. Regional 185222/SP
Data/Hora Classificação 08/04/2019 08:00:18		Data/Hora Prescrição 08/04/2019 09:20:46		

Anamnese

#ORTOPEDIA

DOR E LIMITAÇÃO DE ADM DO OMBRO DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HA DUAS HORAS
NEGA OUTRAS QUEIXAS
NEUROVASCULAR PRESERVADO

CDT. IMOBILIZAÇÃO EM OITO
TRAMADOL
RETORNO POS IMOBILIZAÇÃO

STAFF DR ROBERTO SANTOS

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: EM 100ML DE SORO)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E ZANCA)

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO 8, (OBSERVAÇÕES: DEPOIS FAZER RX)

Conduta

Em observação

Dr. José Rogaciano
CRM-MG 9215
CRM-SP 185222

ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 JUL. 2019

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES		BAE 1154667	Data/Hora Entrada 08/04/2019 08:00:18	Data Baixa
Data de nascimento 16/06/1980	Idade 38a 9m 23d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 986292143
Mãe ANALICE GOMES DO NASCIMENTO				Prontuário
Endereço MONSENHOR ALMEIDA, SN - RUA SENADOR HUMBERTO LUCENA, 63		Bairro SESI	Município BAYEUX	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS	Nº Cons. Regional 4827/PB
Data/Hora Classificação 08/04/2019 08:00:18			Data/Hora Prescrição 08/04/2019 08:10:57	

Anamnese
CIRURGIA GERAL

PACIENTE COM QUADRO DE DOR EM OMBRO DIREITO E EM PAREDE ANTERIOR DO TÓRAX. ACIDENTE DE MOTO.
 NEGA TRAUMA EM CRANIO.
 EUPNEICA.
 AUSCULTA RESPIRATÓRIA NORMAL.
 ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR.
 PADRÃO HEMDINAMICO ESTÁVEL.

CD: SOLICITO R-X OMBRO DIREITO E TORAX
 PARECER DA ORTOPEdia

MEDICAÇÃO

DICLOFENACO SÓDICO 75MG/3ML INJETÁVEL(AMPOLA 3ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES

Dr. Emerson Medeiros
 Urologista / Cir. Geral
 CRM-PB: 4471 CREMEPE: 1263

EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS
 (: 4827/PB)

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 JUL. 2019

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES	BAE 1154667	Data/Hora Entrada 08/04/2019 08:00:18	Data Baixa
Data de nascimento 16/06/1980	Idade 38a 9m 23d	Sexo Feminino	CNS
Mãe ANALICE GOMES DO NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 986292143
Endereço MONSENHOR ALMEIDA, SN - RUA SENADOR HUMBERTO LUCENA, 63	Bairro SESI	Município BAYEUX	UF PB
Acidente VEÍCULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	Nº Cons. Regional 185222/SP
Data/Hora Classificação 08/04/2019 08:00:18		Data/Hora Prescrição 08/04/2019 11:00:08	

Anamnese

#ORTOPEDIA

DOR E LIMITAÇÃO DE ADM DO OMBRO DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HA DUAS HORAS
NEGA OUTRAS QUEIXAS
NEUROVASCULAR PRESERVADO

CDT: IMOBILIZAÇÃO EM OITO
TRAMADOL
RETORNO POS IMOBILIZAÇÃO

REAVLIAÇÃO AS 10: 40 (DR ROBERTO SANTOS E DR FRANCISCO)

INDICARAM CIRURGIA POIS A IMOBILIZAÇÃO EM OITO NAO DIMINUIU O DESVIO DA CLAVICULA DIREITA

STAFF DR ROBERTO SANTOS

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

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

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

Diluir

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

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)

CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

HGT 6/6HS

Dr. Jose Rogaciano
CRM-PB 185222
15/04/2019

COMPREV PREVIDENCIA S/A

03 JUL. 2019

PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

**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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSHL

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jelecia Gomes de Franco Rodrigues

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1154667

7 - CERTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ 1Feminino ☐ 3

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. 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 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ex. 3,5 TMC

02 Placas de reconstrução 1/4 os poros

Obs: 01 placa densificada.

06 Parafusos control 05 - n=12

01 - n=16

02 Agulha de
plexo A-50**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

43 - ASSINATURA

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

45 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

03 JUL. 2019

PROTOCOLO



HEE TSHL

Dr. José Rogaciano
Medico
CRM-PB 9215
CRM-SP 185222



NOME DO PACIENTE: Jelcia Gomes de Franco Rodrigues

IDADE: 38 BE 1154667 ENFERMARIA: LEITO

CIRURGIÃO: Trat. cirúrgico de fístula de cloaca do

CIRURGIÃO: Inibrica + Mackes + Francisco

ANESTESIA: Bloqueio de plexo sacral

ANESTESISTA: Daniel Albuquerque

INSTRUMENTADOR: 11/04/19

DATA: 15:20 17:00 15:35 16:45

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	500 500ml	ELCO Nº18		FIO CAT. GLT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		ELCO Nº20		FIO CAT. GLT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	50 500ml	ELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETANINA		ELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETONIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOSARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº5		FIO DE NYLON Nº	2-0 L
FENTANIL	PVPI DERMOMANTE	LÂMINA BISTURI Nº22		FIO POLILACTINA Nº	1 L
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLILACTINA Nº	
ISOPURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOM		FIO POLILACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO P/ R		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4.5	LUVA ESTÉRIL Nº0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº5	AL	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
NUD-GEOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº0	L	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº5		FITA CARDIACA	
NDMSUM	AGULHA PERIDURAL Nº18	MÁSCARA CIRÚRGICA	AL	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANORONDO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFORADOR DE SORO		COMENTO CIRÚRGICO	
PROPORPOL	AGULHA RAQUI Nº250	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMFENTANIL	AGULHA RAQUI Nº260	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº270	SERINGA 1ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 2ML		FIO STEDMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	AL	FIO STEDMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	L	GRANDEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA	CÂMULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		KIT-SERVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA	CATETER EMBOLO C/ ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT-PHARM	
BEXTRA	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CETAMOLINA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA	CERA PARA OSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FLUORENIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 30%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS MALDOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALDOLAR	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
LIDOCAÍNA GELIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	05	PLACA	
ONDASINTERONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		EQUIPAMENTOS	
PLASEL	EQUIPO TRANSF. SANGUE			() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE	ESPONJA DE PVPI			() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA	ESPARADRAPO			() CAPNÓGRAFO	
TENOXICAN	GAZES			() CARDIOMONITOR	
	GAZES ALGODOADAS			() DESFIBRILADOR	
	GEL ELETROLÍTICO			() FOCO AUXILIAR	
	ELCO Nº14			() FOCO CENTRAL	
	ELCO Nº16			() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P/ ANESTESIA INVASIVA	
				() PERFORADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

Agulha flexo A50-01

02 placas 1/4 recastrop 8mm

06 parafusos cada um 05-06-12

01-ni-16

Assinatura: Luciano Vaz



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HOSPITAL
DE ANILÉIA

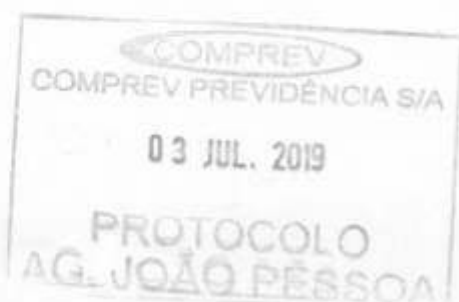
HEETSHI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB CADEIRA TIPO CADEIRA DE PRAIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
INCISAO EM SOBRE CLAVÍCULA DIREITA
Achados:
FRATURA DE CLAVICULA DIREITA
Condução:
DISSECÇÃO + HEMOSTASIA CRITERIOSA
DIVULSAO DA FASCIA
VISUALIZAÇÃO DIRETA DA FRATURA
REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 8 FUROS
E 4 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5
REVISAO DA HEMOSTASIA
LAVAGEM DA FERIDA COM SF0,9%
Fechamento:
SUTURA
CURATIVOS ESTEREIS
RX DE CONTROLE
TIPOIA M-J
Observação:
NÃO COLOCADO MAIS PARAFUSOS POIS NAO HAVIA ESPAÇO

Médico/CRM:

João Pessoa,

11/4/2019



Dr. João
CRM-PB 8215
165222

DATA: 11 04 19

PRONTUARIO: 1154667

INVT: 38A

PACIENTE		ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES F		SEXO	F	COR	38A
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO		
135x80	95	18x40	36,9				
ESTADO GERAL		TOM		REGULAR	MAU	PENSAIO	RISCO CIRURGICO
EXAMES COMPLEMENTARES		C HOCADOS (ADM)					
AP. RESPIRATORIO		GUINCHO		AP. CIRCULATÓRIO		ESTÁVEL	
AP. DIGESTIVO		SEM		ESTADO MENTAL		LTO	
PRE-ANESTÉSICO		SEM		DROGAS EM USO		ESTADO FISIOLÓGICO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO		FRATURA DE CLAVÍCULA D.				T	
CIRURGIA REALIZADA		TRATAMENTO CIRURGICO DE FRAT. CLAVÍCULA D.					
CIRURGIÃO		AUXILIARES					
A. TIBIRICI		DR. JACQUES					
INÍCIO DA ANESTESIA		15:20h		TERMINO DA ANESTESIA		17:00	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				DURAÇÃO DA ANESTESIA		1h40'	
ANESTESISTA		DR. DANIEL		VALORES RS			
CPE		011689714-2		CRM-PR		7567	

$\rightarrow \text{D.R.} = W_{\text{E}} / V_{\text{C}} (\%)$

$\frac{1}{2}$	
---------------	--

112

Washing Machine
Coke
X
X

RS RS RS RS
999 1000 1000 1000

☐ PRE-MORTEM ☐ ANESTESICO ☐ SONDAGEM ☒ RENOVAÇÃO ☐ SUBSIDIÁRIOS ☐ OUTROS

Paciente D.D.H., monitorada (int, sat, etc), oxigenar e controlar local com álcool

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	UNABOPI CIV ORA - 15y	12
2	LIDOCIAH CIV 2Y. - 15y	13
3	FORANUC - 100mg	14
4	MIDNEOCAM - 25y	15
5	CYACOTIAH - 7y	16
6	DEOALICIAH ORA - 10y	17
7	ALUSOTRON - 8y	18

☐ 1st ☐ 2nd ☐ 3rd ☐ 4th ☐ 5th ☐ 6th ☐ 7th ☐ 8th ☐ 9th ☐ 10th ☐ 11th ☐ 12th

Transf. / plasm. intracelularis cum auxilio H₂O₂ et auxilio NAD. Infekto 0.7%
Semi in vitro.

Daniel Albuquerque M. D.
Anestesiologia
Terapia da Dor
CRM-PE 1567

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190409286 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 09.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190409286 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 09.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0223275/19

Vítima: ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES

CPF: 039.007.684-80

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 08/04/2019

Titular do CPF: ICLECIA GOMES DE
FRANCA RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES : 039.007.684-80

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: 03/07/2019
Nome: ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES
CPF: 039.007.684-80

ICLECIA GOMES DE FRANCA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA