
Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2016

Carta nº: 9155677

A/C: JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

Sinistro: 3160173831 ASL-0101916/16
Vitima: JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA
Data Acidente: 19/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EG. José Antônio Almeida da Costa

PORTADOR(A) DO RG Nº 3 979 338 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 09/06/13
 CPF 23.000.740-041-63 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO ESTUDANTE
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 10 meses. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta ou documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomenda-se a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia de documento multíplo com informação do código de segurança.

MBM
SEGURADORA

26 JAN 2017

DPVAT/RJ

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

OP 013

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28936-0

n.s.

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pedro, 02 de setembro de 2016 José Antônio Almeida da Costa
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

LOCALE DATA



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legitimos beneficiários, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodobrasileiro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de Terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, José Antônio Alves da Costa
 POR (ADORA) DO RG Nº 3.979.338 EXPEDIDO POR SSP-PR EM 05/06/13 E
 CPF 226.804.404-63 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO meu recuso
 E RENDA MENSAL DE R\$m (meu) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Antônio Alves da Costa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou MEI;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Económica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de aderir ao cartão como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receitafazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 401 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 40.110 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28936-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Pernambuco, 32 de Setembro de 2016 x José Antônio Alves da Costa
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidade permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00280.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00280.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na Integra: Ao(s) 16 dia(s) do mês de Fevereiro do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO, comigo, CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX, ESCRIVÃO DE POLICIA, às 11:38 horas, compareceu JOSÉ ANTÔNIO ALEIXO DA COSTA, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Pedreiro, naturalidade [NÃO INFORMADO], data de nascimento 26 de Abril de 1966, Idade 49, filiação Benedita Maria da Silva e Manoel Aleixo da Costa, Documento - CPF: 726.804.404-63, residente Rua Chile,SN, Cristo Redentor, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98820-6184

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 19/12/15, por volta das 07:00h, quando se encontrava como carona numa motocicleta de placa não sabida, conduzida por um conhecido identificado apenas por BINHO, na ocasião que este trafegava pela Rua Adelaide Novais, no Bairro do Cristo Redentor, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato o notificante veio a sofrer luxação acrômio clavicular esquerda, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achedo conforme, excepto a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 16 de Fevereiro de 2016

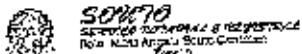
José Antônio Aleixo da Costa

JOSÉ ANTÔNIO ALEIXO DA COSTA

Noticiante

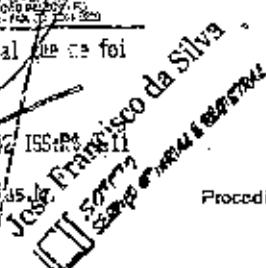
CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLICIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Policia Civil
2016-016022



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi
apresentado. Em testemunho da veridade.
João Pessoa-PB 22/02/2016 10:48:53
José Francisco da Silva - Escrivente
[2016-016022] Endereço 2,12 FASE II
SELO DIGITAL: 40862258-X3BT
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Procedimento: 00280.01.2016.1.02.202





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Antônio Almeida da Costa,
portador da carteira de identidade nº 1979 338 e inscrito no
CPF nº 726 804 404-63, residente e domiciliado na
Rua Brile, 318 - Cristo Rei,

João Pessoa, Cidade
Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado
de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de
requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

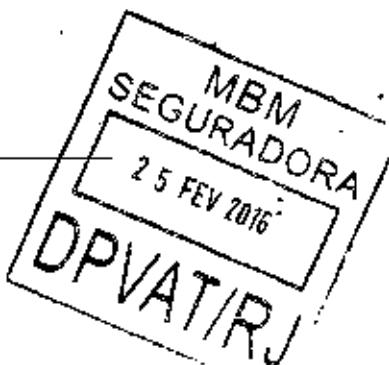
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Antônio Almeida da Costa
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa - PB 22/02/116
Local e data



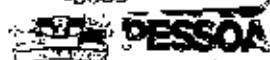


192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME

Protocolo declaratório
Comprovante de protocolo
0005



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua Diógenes Chianca, 1777

Agua Fria - CEP 58053-900

João Pessoa - PB

D E C L A R A Ç Ã O

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 601/017, **DECLARA**, para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1086214, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA** idade 49 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 19/12/2015, Rua Adelaide Novais, Bairro: Cristo Redentor - João Pessoa - aproximadamente às 07:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 06 de Janeiro de 2015.



Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



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: 15/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 00000028936-0

Nr. da Autenticação D1D78615032887E6

JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA
RUA OFICL. 591 - CRISTO REDENTOR
CIDAO FESSOA/PB CEP 52770-812 (AG. 1)

Comprovante de residência

Classe/Bairro RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rotação 10 - 2 - 583 - 5886 Referência Jan/2016
NP medidor 00003013067 Entrega 28/01/2016
Data Fazenda/Comissão de Eletricidade (FEE) 163 184
Débito para Detran Automóveis 00000482071



00157

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

Rua 230 Km 25, Centro Redentor - 58300-000 PB, CEP 52770-812

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/848007-1

Jan / 2016

Canal de contato

Apresentação

Não deseja parada. Tudo é útil e adequado e com urgência.

26/01/2016

Data prevista da próxima leitura

25/02/2016

CPF/ CNPJ/RAM

RNC Est_00000000000	Cálculo de consumo					
	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	
Faturas em atraso	Data Leitura	Data Leitura				
08/12/15 4849 28/01/16 4890						
Demonstrativo						
FATURAS VENCIDAS ATÉ ODA 21/01/2016 PAGAS OBRAO/DOI	Periodo	Quantidade				
	Consumo em kWh	41	Preço	Valor(R\$)		
	Adic. B. vermelha		0,61017	17,14		
	IMPOSTOS E ENCARGOS			8,84		
	ICMS (ISENTO)					
	PIS			0,28		
	COFINS			1,33		
	JUROS DE MORA F22G15			0,08		
	MULTA1202015			0,40		

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/15	40
Nov/15	58
Out/15	40
Sep/15	40
Agosto/15	38
Jul/15	38
Jun/15	38
Maio/15	32
Abr/15	41
Mar/15	31
Fever/15	61
Janeiro/16	58

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Média nos últimos meses
40 kWh

02/02/2016

R\$ 21,06

Indicadores de Qualidade 2015-Dab

Últimos da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGITAL	6,70	0,00
DICTRIESTRAL	11,24	ACONSELH
DIANAL	22,69	220
DIOMENSAL	3,86	0,00
DIOTRIESTRAL	7,16	CONTRATO:
DIANAL	14,28	LIMITE INFERIOR
DIOTRIESTRAL	3,58	LIMITE SUPERIOR
DIANAL	12,22	221

Discriminação	Valor (R\$)	%
Benefícios da Dab de Energia PB	8,33	30,08
Corporação Energia	10,14	48,15
Imposto de Transmissão	0,50	2,37
Encargos Sistemas	2,01	9,04
Impostos Distritais Energias	2,08	9,58
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	21,06	100,00

Vale de desconto da Unidade Executiva de Contabilidade
(Rel. 11/2015/REFB/08)

ATENÇÃO

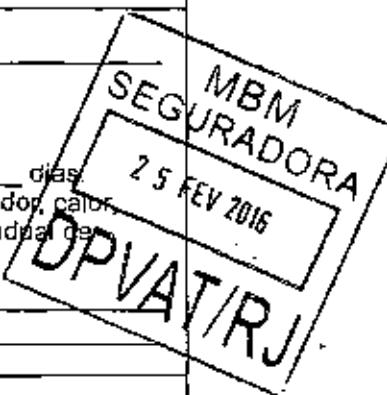




CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: José Antônio Alves da Costa			Registro: 887898
Idade: 49	Sexo: Mas.	Cor:	Clinica: ortop.
Data de admissão: 19/12/15			Data da alta: 30/12/15
Diagnóstico inicial: LAC - Osg			
Diagnóstico final: luxação acetábulo articular Osg			
Outros diagnósticos:			
Principais exames: Radiografia.			
Cirurgia realizada - data e equipe: Tratamento cirúrgico LAC-B, Dr. Vilmar Silveira. Dr. Douglas 79/12/15			
Terapêutica medicamentosa: cefalexina.			
Anatomia patológica:			
Infeção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não (x)			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: Vítima de fratura operando com LAC-B, feito tratamento de luxação. Sem intercorrências.			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Reposo: relativo em casa por, dias. retorno às atividades sem esforço físico em, dias. retorno às atividades com esforço físico leve, dias e com maior em, dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa: cefalexina			
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: 30 de 12 de 15			
Ass. Médico CRM			





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSÉ ANTONIO ALEIXO DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO 26/04/66

NOME DA MÃE BENEDITA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

COLETIM DE ENTRADA N.º 887.898

Nº PRONTUARIO 92.324

DATA DO ATENDIMENTO 19/12/2015

HORA DO ATENDIMENTO 08:45

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR E

CID 10 S 43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma no ombro E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP e P

RX do tórax - AP



TRATAMENTO:

Luxação acrômio-clavicular E ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado intemamento e tratamento cirúrgico pelo Nilvan Linhares e Dr. Douglas Teixeira

ALTA HOSPITALAR: 30/12/15

DATA DA EMISSÃO: 23/02/15

Dr. Ewerton Nonô Teixeira
CRM/2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



MEETSHU



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA,
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA,
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LIMA CENA



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

Número: 00

PACIENTE: José Antônio Alves da Costa.

DATA 2013-15

PROCEDIMENTO: *Exame de Dorôus Chronicus Esq.*
SUS () NÃO SUS ()

SUS (V) NÃO SUS ()

MÉDICO: Nilceam Binkires + Raúlhas + Bráis (RZ) + Ricardo (RZ)

PRONTUÁRIO: 887898

DATA: / /

REPOSIÇÃO: _____

CAIXA PRONTA: _____

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
B.Braun	03 Angelha de Flero A-30	01		

Dr. Tiberio Cabral de Souza
Médico - Anestesiologista
CRM/PB 7611

Vanessa Gomes Serrante Santos
Entomóloga

ASSINATURA DO ANEXO C - 00000000000000000000000000000000

2013-09-18 012

Greely *1900-1901*
ANESTHESIA CIRCUMSCRITA E FLUO-ONSAW



Nota de Sala Cirúrgica

REF.7541

SF

NAME DO PACIENTE	Jorge Antônio Almeida da Costa		
IDADE	48	SEXO	M
CIRURGIA	PRO ⁺	DATA	2017-01-25
CIRURGEO	DR. Nicanor Bento	ENFERMAGEM	
ANESTESIA	Bloco Geral + Geral		
ANESTETISTA	DR. Décio		
INSTRUMENTADOR			
2017-01-25 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO: 10:00 H. FIM: 14:00 H. DURAÇÃO: 4 horas.			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS) ASA 1 (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) ASA 5)			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: LIMPIDA (1) CONTAMINADA (2) INFECTADA (3) POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.			
ALFENTANILA		MATERIAIS CONT.	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	500 ml	JELCO Nº18	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA	500 ml	JELCO Nº20	FIO CAT GUT CROMADO Nº
CETAMINA	OK	JELCO Nº22	FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL	500 ml	JELCO Nº24	FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	FIO DE NYLON Nº
OBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº
ENTANILIA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº13	FIO DE NYLON Nº
FLUMAZENOL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº15	FIO POLIGLACTINA Nº
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA BISTURI Nº16	FIO POLIGLACTINA Nº
EVOLUPIVACAÍNA CI VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE DÉRMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA Nº
OBUPIVACAÍNA SI VASO	MATERIAIS	LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAINA CI VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK
LIDOCAINA SI VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	FIO POLIPROPILENO Nº
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIPROPILENO Nº
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO POLIGLECAPRONE Nº
NIMERUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	FIO SEDA Nº
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS	MATERIAL ESPECIAL
PETETINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO	QTD.
PROPORFOL	AGULHA RAQUÍ Nº25G	SCALP Nº19	CATETER DE PIC
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUÍ Nº26G	SCALP Nº21	CIMENTO CIRÚRGICO
ROCURÔNIO (ms)	AGULHA RAQUÍ Nº27G	SERINGA 3ML	CLIP TITÂNIO LEGADURA
SEVOFLURANO	OK	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO DE KIRSCHNER Nº
SUXAMETÔNIO	OK	ATADURA DE CREPOM	FIO DE KIRSCHNER Nº
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº
MEDICAÇÕES	QTD.	SERINGA 20ML	FIO STEINMAN Nº
ADRENALINA	BOLSA PI COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
Água DESTILADA	CÂNULA PI TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	HEMOST. ABSORVÍVEL
ÁROPINA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	KIT. DERIVA. VENTRICULAR
BEXTRA	CATETER EMBOLÉC ARTERIAL Nº	SONDA ASF. TRAQUEAL Nº14	PRÓTESE VASCULAR
CEFACOLINA	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA FOLEY 2VIAS Nº16	KIT. PAM
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 3VIAS Nº12	FIXADOR EXTERNO
RONA SODICA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 3VIAS	EMPRESA
-DRNA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	OK - 3.5 Ord. abrem
FUROSEMIDA	COLET URNA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICIAIS
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL	PARAFUSOS CORTICIAIS
GLUCONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	TORVERINHA	PARAFUSOS CORTICIAIS
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS EPENDÔS
LIDOCAINA GELEIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	FURAFUSOS MALEOLAR
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	FURAFUSOS MALEOLAR
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE	TUBO SILICONE (PATEK)	PLATA
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS		
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPJ		EQUIPAMENTOS
TEMOCIAN	ESPARADRAGO	FIOS	QTD.
	GAZES PI	FIOS ALGODÃO SIA Nº	FIOS
	GAZES ALGODOADAS	FIOS ALGODÃO SIA Nº	FIOS
	GEL ELETROLÍTICO	FIOS ALGODÃO CIA Nº	FIOS
	JELCO Nº14	FIOS ALGODÃO CIA Nº	FIOS
	JELCO Nº16	FIOS ALGODÃO CIA Nº	FIOS
	OK Tutto	FIOS ALGODÃO CIA Nº	FIOS
	OK assunto	FIOS ALGODÃO CIA Nº	FIOS
	OK Peno A-50	FIOS ALGODÃO CIA Nº	FIOS

MBM

SEGURURADORA

22-01-2017

DPVAT/RJ

CIRURGIA

REF.7541

CIRURGIA

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 27/12/2015

PRONTUÁRIO: 987898

PACIENTE: José Pedro de Freitas da Costa

SEXO: M COR:

IDADE: 48

PRESSÃO ARTERIAL PULSO

RESPIRAÇÃO EXP.

TEMPERATURA PESO

63 GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO ✓ () + 45 L/min

AP. CIRCULATÓRIO 80-100 mmHg

AP. DIGESTIVO N - D - V

ESTADO MENTAL Alerta

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO 2º díodo persico - clavicular avulso +

CIRURGIA REALIZADA teto crural LACI avulso +

CIRURGIÃO N. L. VAN

AUXILIARES Dev. / P

INÍCIO DA ANESTESIA 11:10

TÉRMINO DA ANESTESIA 14:00

DURAÇÃO DA ANESTESIA 3.10

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA T. Bento 27/12/15 CPF

CRM-PB

AGENDA SEMANA

03

Nº 0

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Evolução do Paciente

BE/PRONTUÁRIO

1000000002412 BE.: 887898
JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA
DT. NASC.: 28/04/1966
MAR: BRUNA MARIA DA SILVA

END.: CHILB
N. 43 - CRISTO REDENTOR
JOAO PESSOA
FONE: (83) 388209164
CELULAR: (83) 9881166
IDADE: 50
DT. ENTRADA: 19/12/2015 09:16:17

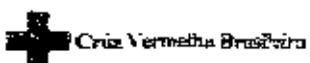
Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
19/12/15		DR (superfície) Pox U-Si Pox de esquerda, de mola <5cm Apresenta LA C 1V No braço falso Coluna lombosacra E → Salvabas
		Ex. Prógrama e níveis cinturões
		Saulo de Tarso F. Torquato Dct. Traumatologia CRM 4922

MBM
SEGURADORA

26 JAN 2017

DPVAT/RJ



Hospital Estadual do Emergência e Trauma
Sesmed Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, sa - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 887898

**Identificação do paciente**

ID 978447	Nome JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/04/1966	Idade 48 anos 7 meses 23 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mae BENEDITA MARIA DA SILVA				Pai MANOEL ALEIXO DA COSTA
Escolaridade NAO INFORMADO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988206184	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1979338	Nº Crs 706804245129421		
Local de procedência CRISTO REDENTOR				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade SERRINHA	UF PB		
CBO/R				

Endereço

CEP 58070612	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CHILE
Número 43	Complemento	Bairro CRISTO REDENTOR	

Admissão

Data e Hora Prevista 18/12/2015 08:45:17	Número da pulseira 1000004002412	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vélo de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou CONDUTOR JEAN		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

MEM
SEGURADORA

26 JAN 2017

DPVAT/RJ

Diagnóstico

CID

Atendido por
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHOTempo
05min 25seg

Imprimir

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

 Não Sim:

MEDICAMENTOS:

 Não Sim:

IMUNIZAÇÃO:

 Não Sim:

PATOLOGIA:

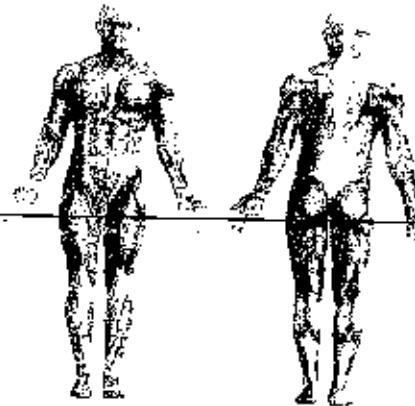
 Não Sim:

ALIMENTOS INGERIDOS:

 Não Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado:



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Lacerção |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efirisma subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Engravidado |
| 11 Esguicho | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Quelmadura |
| 16 F. Corte-Contuso | 34 Rhinorrágia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquémia |
| 18 F. Perfuro-Curtante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- Radiografias
 Ultrassonografia (FAST)
 Tomografia computadorizada

- Lavado peritoneal
 Gasometria arterial
 Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

1	12	12	12
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

Lenido P. Brugante de Araújo
CRM 3123

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da

OK / profissão

as : do dia / /

Solicito parecer da

às : do dia / /

DESTINO DO PACIENTE

 Centro cirúrgico Transferência (unidade de saúde) Internado (setor) Alta hospitalar Decisão médica A pedido Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família IMI Desistência SVO

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



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

MESSAL

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Antônio Alves da Costa

6 - N° DO PRONTUÁRIO
887898

7 - CÓDIGO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - FONE DE CONTATO

N° DO FONE

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 - COD. 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

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

**MBM
SEGURADORA**
DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. 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

DPVAT/RJ

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**01 Agulha de Slexo A - 50 +
Fio de Kirschner n.º 2,01 +**

***ox. 3,5 - Abremos f/ tirar a crosta que me
tinha aderido!!**

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

**Dr. Tiago Lúcio G. de Souza
Médico - Anestesiologista
CRM/RJ 7612**

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

49 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



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	60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - 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	85 - QTDE
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - QTDE
88 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	89 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - 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)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

ES - ASS NATURA E CAR/MBQ N° DO REGISTRO DO CONSELHO/DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

ES - ASS NATURA E CAR/MBQ N° DO REGISTRO DO CONSELHO/DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



CREVERMAK
BLAST ERB

RELATÓRIO DE CIRURGIA

FEETSH

Nome: Igor Henrique Almeida da Costa BE/Prontuário: _____

Idade: 17 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 29/12/15

Clinica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Nilson 1º Assistente: Dr. Douglas

2º Assistente: Dr. Bruno M.R.B. 3º Assistente: Dr. Ricardo M.R.Z.

Instrumentador: _____ Anestesiista: Dr. J. B. BEAS

Tipo de Anestesia: Bloqueo / Geral Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>lúpus eritematoso sistêmico</u> (E)	

Procedimientos Cirúrgicos	Código
Grafismo cirúrgico de herida Acronioid dorsum (3)	

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

Biopsia de Congelação: ()Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cinírgico:

D. Brício Kellen B. Gonçalves
Médico
CRM-RJ 7654
Médico/CBMJ

Médico/CRM: CPM.RE 7654



CROZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HCFMUSP

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Paciente em DDH sob anestesia orofaringea e cirurgia gástrica.
(2) Drapagem + esterilização + posicionamento do campo operatório.

Incisão:

- (3) Incisão em "Sohni" na placa costal anterior, com exposição da articulação clavicular direita.

Achados:

- (4) Achado de lesão avascular clavicular.

Conduta:

- (5) Ressecção da LSC, que apresentava um hematoma subperiosteal e fixada com fio Vicryl.

Fechamento:

- (6) Suturamento por pontos
(7) cur-tiss sutural
(8) hemostasia com tópico AlS.

Observação:

[Redacted]

Dra. Bruna Gonçalves
CRM: 1654

Médico/CRM:

João Pessoa, 29/12/15

RNQ: ASCIR.029-1

Primeiro Atendimento Médico

TERCEIRA
BRASILEIRA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

0000004002412 BE.: 087898
 JOSE ANTONIO ALEXIO DA COSTA
 DT. NASC.: 28/04/1986
 MAR: BENEDITA MARIA DA SILVA
 END.: CHILE
 N. 43 - CRISTO REDENTOR
 JORGE PESSOA
 FONE: (03) 280203164
 IDADE: 49
 DT. ENTRADA: 19/12/2015 08:45:17

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

LURIA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente bifeito de queda de
Cadeira muito.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS Párvias Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade
 Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

Presente e normal

Rude

Diminuído

Ausente

HTE Presente e normal

Rude

Diminuído

Ausente

2 - RUIDOS

sim

HTD Roncos
 Sibilos
 Estertores

HTE Roncos
 Sibilos
 Estertores

Não

Fr: 18 imp SaO₂ 98 %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotorreagente

Paralisadas

Isocônicas

Escala de Glasgow:

MBM: Seu aniquilado
 SEGURO: Atto

20 JAN 2017

() Anisocônicas

Diferença = _____ mm)

DRVAT/RJ

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL		MELHOR RESPOSTA MOTORA
	ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2
		Nenhuma / Nenhuma	1
TOTAL:			

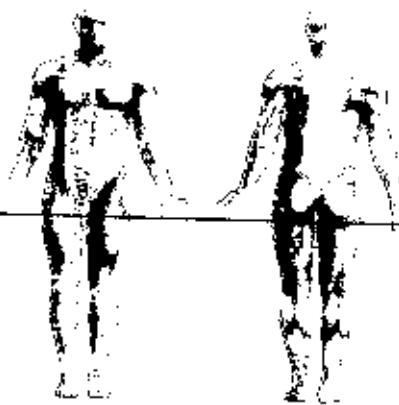
EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim:
MEDICAMENTOS: Não Sim:
IMUNIZAÇÃO: Não Sim:
PATOLOGIA: Não Sim:
AUMENTOS INGERIDOS: Não Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado

→ →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Lacerção |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Eftesma subcutânea | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Quelmadura |
| 16 F. Corro-Contuso | 34 Rinorrágia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radiografias | <input type="checkbox"/> Lavado peritoneal |
| <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) | <input type="checkbox"/> Gasometria arterial |
| <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada | <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

1	12	Lentes de Proteção CRM 3134
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da *Ortopédica* às : do dia / /
 Solicito parecer da *Ortopédica* às : do dia / /

DESTINO DO PACIENTE

DATA	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
DA	<input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde)		<i>Lentes de Proteção CRM 3134</i>
SAÍDA	<input type="checkbox"/> Internado (setor)		
HORAS:	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Declaração médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs.	<input type="checkbox"/> A revalia <input type="checkbox"/> Desistência <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> SVO	

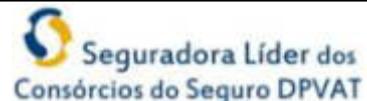
ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



A rectangular stamp with a double-line border. The word 'MBM' is at the top, 'SEGURADORA' is in the middle, and 'DPVAT/RJ' is at the bottom. A date '25 FEV 2016' is stamped in the center.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170060151 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA **Data do acidente:** 19/12/2015 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, ATROFIA DA MUSCULATURA DO OMBRO E BRAÇO ESQUERDOS, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO E REDUÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS DE AÇO. FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/02/2017

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

SINISTRO

Número do Sinistro: 3160173831

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vitima: JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

Data do
Acidente: 19/12/2015

CPF: 726.804.404-63 CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Entregue		
Declaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Pendente		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Pendente		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

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.

Portador da documentação entregue

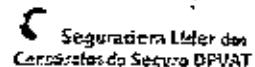
Data: 07/03/2016
 Nome: JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA
 CPF: 726.804.404-63

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 07/03/2016 14:51
 Nome: CAROLI TRINDADE LEITE
 CPF: 995.402.820-04

JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

CAROLI TRINDADE LEITE

PROTÓCOLO DE AVISO PROVISÓRIO**SINISTRO**

Número do Protocolo: ASP-GS0799/2016

Natureza: Invalidade

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA
 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
 CPF da Vítima: 726.804.404-63

Dependência: 2015
 Próprio

Data de Nascimento: 26/04/1966
 Data do Sinistro: 18/12/2015
 Titular da CPP: JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim de ocorrência	25/02/2016	Entregue	

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Nenhum documento de beneficiário entregue.

CONTATO

Nome: JOSE ANTONIO

Telefone:
 Celular:

Arto do sinistro provisório por insuficiência no documentation mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no ato, ficarão aguardando os demais necessários à conclusão da regulagem do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 25/02/2016

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA José Antônio Almeida da Costa
 DATA DO ACIDENTE 19/12/115 CPF DA VITIMA 726.804.404-63
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O meu avô
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM
 A VITIMA É José Antônio Almeida da Costa
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Eshile
 N° 541 COMPLEMENTO casa BAIRRO Bento Redentor
 CIDADE São Paulo UF SP CEP 58.070-813
 E-MAIL TELEFONE (13) 3334-0009

MANQUE () PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

Dra. Oliveira

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

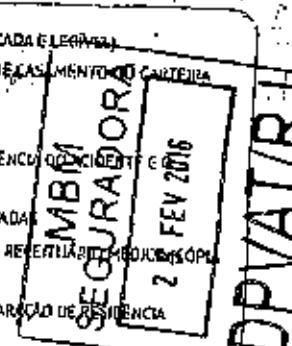
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MÉDIO DE 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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



DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MÉDIO DE 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.MBMOPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

PORTEIRO DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/02/16

CPF 726.804.404-63

ASSINATURA José Antônio Almeida da Costa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Antônio Alexo da CostaDATA DO ACIDENTE 19/12/15 CPF DA VÍTIMA 726.804.404-63PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O condutorQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VÍTIMA É José Antônio Alexo da CostaENDEREÇO DO PORTADOR Rua 09Nº 501 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Brito RedentorCIDADE Florianópolis UF SC CEP 49210-700 - 213E-MAIL _____ TELEFONE (23) 9 3224-0009

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

Samu | Resumo de alta

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- O PRESENTE ASSUME LEGALMENTE REPRESENTAR A VÍTIMA (MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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



DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> - MORTE = R\$ 13.500,00 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. |
|------------------------|--|

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.MBMOPVAT.CDN.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/12/15CPF 726.804.404-63ASSINATURA José Antônio Alexo da Costa

RESPONSÁVEL PELO REBOURSEMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170060151 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA **Data do acidente:** 19/12/2015 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE CLAVICULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MS ESQUERDO:25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA** Sinistro: **3170060151** Data: **19/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Chile, SN - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58070-612**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1979338**

Data local do exame: [**08/02/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA. AO EXAME, ATROFIA DA MUSCULATURA DO OMBRO E BRAÇO ESQUERDOS, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO E REDUÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS DE AÇO. FEZ FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 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):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB