

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



0014

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.

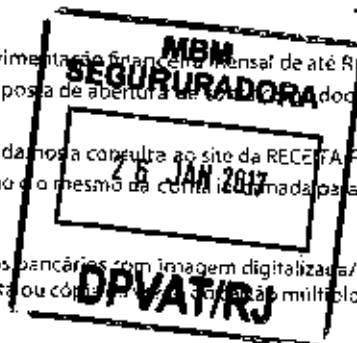
Eu, José Antonio Aleixo da Costa
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1 979 338 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 09/06/13
 CPF 120204404-03 (CNPJ) 00000000-0000-00, PROFISSÃO segurança
 E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo 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 POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Locatícias 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 com este documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos 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 indicada 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 qualquer documento múltiplo com informação do 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 POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28936-0

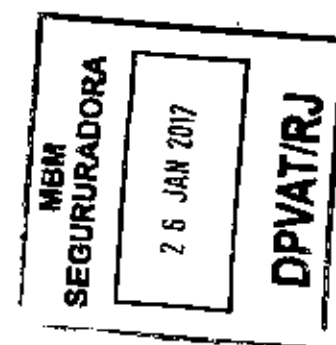
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

José Antonio Aleixo da Costa 02 de setembro de 2013
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO Costa



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 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.dpvat.seguradoraanistito.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, Antônio Alexs da Costa
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.979.332 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 05/06/13
 CPF 726204404-63 / CNPJ 000000000-000000-00, PROFISSÃO me recuso
 E RENDA MENSAL DE R\$ me recuso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA me recuso, 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 LULA.
- 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 POUPANÇA 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 abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT 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 POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1010 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.

P. Renoa 22 de Fevereiro de 2016 Antônio Alexs 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 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.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 íntegra: 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 POLÍCIA, 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 achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 16 de Fevereiro de 2016

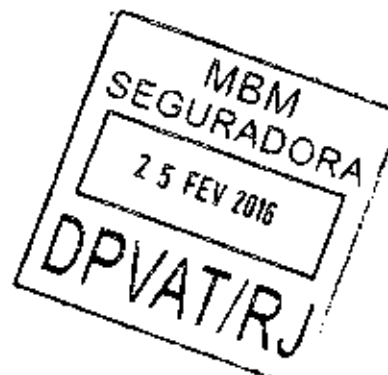
José Antônio Aleixo da Costa

JOSÉ ANTÔNIO ALEIXO DA COSTA

Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil



SODIN
Sistema de Ocorrência e Registro de Incidentes
Rua Nilo Antônio Silva, 100 - Centro
16.000-000

PROCESSO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00280.01.2016.1.02.202
CPF: 726.804.404-63
Data de Registro: 16/02/2016

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 22/02/2016 10:48:55
José Francisco da Silva - Escrevente
(2016-016022) ESCRITÃO 2, 12 FASES
SELO DIGITAL: 40V32254-KGT
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

José Francisco da Silva
Escrevente

Procedimento: 00280.01.2016.1.02.202



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



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

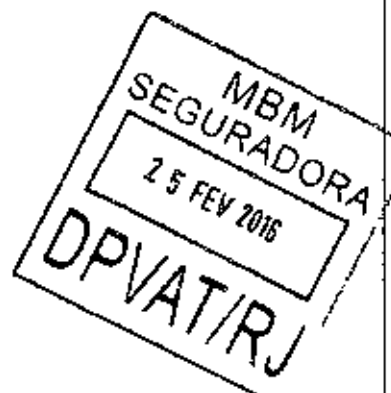
O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 601/017, **DECLARA**, para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1086214, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSE ANTONIO ALEIXO 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
Estatístico
CRECER Regiao: 40171

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: 000000028936-0

Nr. da Autenticação D1D78615032887E6

JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA
RUA CILE, SN - CRISTO REDENTOR
JOAO FESSOA/PB CEP 55070-912 (AS 1)

Classificação RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 18 - 2 - 583 - 5886
Número do CCE 3013867

Referência Jan / 2016
Emissão 28/01/2016

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
R: 230, Km 25 - Graça Redentora - João Pessoa/PB - CEP 55070-912
CNPJ 03.085.188/0001-41 - Ins. Est. 16.015.811-11

Ata Fiscal/Conta de Energia Emitida em 16/01/2016
Código para Dúvidas Automáticas: 00008480071

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

R24 C50a a5ac 10B1 a5aa c504 877D 198c

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/848007-1

Canal de contato

Jan / 2016

Não deve água parada. Todos contra dengue, Zika e chikungunya

Apresentação

28/01/2016

Data prevista da próxima leitura

25/02/2016

CPF/ CNPJ/ RAN

Ins. Est. 000000000000

Cálculo de consumo

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Olas
Data	09/12/15	28/01/16			
Letura	4048	4890	1	41	28

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
02/02/2016 PAGAS
OBRIGADOR

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	41	0,41817	17,14
Adic. B. Vermelha			1,84
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (ISENTO)			
PIS			0,28
COFINS			1,33
JUROS DE MORA 122615			0,08
MULTA 12/2015			0,40

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/15	40
Nov/15	38
Out/15	40
Set/15	40
Ago/15	38
Jul/15	38
Jun/15	38
Mai/15	32
Abr/15	41
Mar/15	31
Fev/15	61
Jan/15	58

Média nos últimos meses
40 kWh

VENCIMENTO

02/02/2016

TOTAL A PAGAR

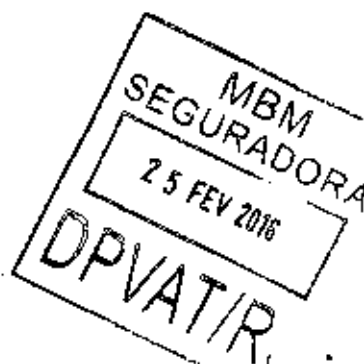
R\$ 21,06

Indicadores de Qualidade 2015 - Data

Unidade da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DQMENSAL	6,70	0,00	Banco de Dados da Energisa PB	8,33	30,02
DQ TRIMESTRAL	11,34		Companhia Energisa	10,14	48,15
DQ ANUAL	22,89		Banco de Tensões	0,50	7,31
FIC MENSAL	3,85	0,00	Encargos Sociais	2,01	8,64
FIC TRIMESTRAL	7,10		Impostos, Dúvidas e Encargos	2,08	8,88
FIC ANUAL	14,20		Quanto Sobra	0,00	0,00
DQC	3,28	0,00			
DQRI	12,22				
			Total	21,06	100,00

ATENÇÃO

Relatório de Qualidade de Serviço da Energisa PB
(Rel. 11/2015) R\$ 8,08



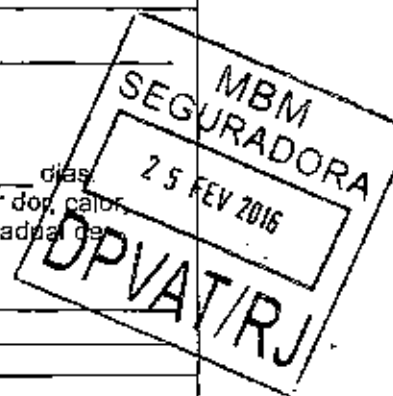


CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>José Antônio Aleixo da Costa</u>			Registro: <u>887898</u>		
Idade: <u>49</u>	Sexo: <u>male</u>	Cor: <u></u>	Clínica: <u>ortop.</u>	Enf: <u>15</u>	Leito: <u>02</u>
Data de admissão: <u>19/12/15</u>			Data da alta: <u>30/12/15</u>		
Diagnóstico inicial: <u>LAC - Proj.</u>					
Diagnóstico final: <u>Luxação acromioclavicular proj.</u>					
Outros diagnósticos: <u></u>					
Principais exames: <u>Radiografia</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Tratamento cirúrgico LAC-P, Dr. Wilson Linhares.</u>					
<u>Dr. Douglas</u> <u>7/12/15</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>sefolaxima</u>					
Anatomia patológica: <u></u>					
Infecção: sim () não (<input checked="" type="checkbox"/>) Coleta de material: sim () não (<input checked="" type="checkbox"/>)					
Resultado bacteriologia: <u></u>					
Condições de alta: Melhorado (<input checked="" type="checkbox"/>) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Vítima de trauma, avaliado com LAC-P, feito tratamento cirúrgico sem intercorrências.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u></u>					
Repouso: relativo em casa por, <u></u> dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, <u></u> dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, <u></u> dias e com maior em, <u></u> dias.					
Cuidados com a ferida operatório: 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: <u>sefolaxima</u>					
Retorno: Ao posto de saúde em <u></u> para retirada de ponto					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>30</u> de <u>12</u> de <u>15</u>					
Ass. Médico <u>CRM</u>					





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

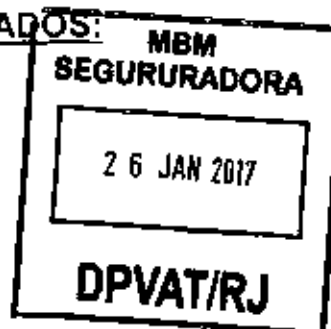
BOLETIM DE ENTRADA N.º 887.898
Nº PRONTUÁRIO 92.324
DATA DO ATENDIMENTO 19/12/2015
HORA DO ATENDIMENTO 08:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR E
CID 10 S 43.1

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:

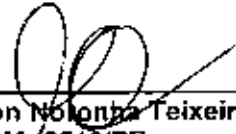
RX do ombro E - AP e P
RX do tórax - AP



TRATAMENTO:

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

ALTA HOSPITALAR: 30/12/15
DATA DA EMISSÃO: 23/02/15


Dr. Ewerton Nolasco Teixeira
CRM/2516/PB

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

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

Número: 00

PACIENTE: Jose Antonio Aleiro da Costa

PRONTUÁRIO: 887898

DATA: 29.12.15

PROCEDIMENTO: Surgimento Dorso Clavicular Esq.

DATA: 1.1.

SUS (x) NÃO SUS ()

REPOSIÇÃO:

CAIXA PRONTA:

DISPENSÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	MMB SEGURADORA	CÓDIGO SUS	MARCA
<u>Antesense</u>	<u>Fio de Kirschner n° 2,01 - x - x</u>	<u>01</u>	<u>28</u>	<u>2017</u>	<u>OPVAT/RJ</u>
<u>Orthoflex 3,5</u>	<u>Alcova apêndice p/ usar a Broca que mais tinha orelha!</u>	<u> </u>			

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
<u>B. Braun</u>	<u>01 Agulha de 18x10 A-30</u>	<u>01</u>		

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

ASSINATURA DO MÉDICO: CRM

Vanessa Gomes Sarmiento Santos

ASSINATURA EMERGENCIA: CORON

ASSINATURA CIRCUNSCRITO RESPONSÁVEL

[illegible]



CRUZ VERDE
HOSPITAL

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/12/15

PRONTUÁRIO: 887898

PACIENTE: José Roberto Filho da Costa SEXO: M COR: IDADE: 48

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: 63 GRUPO SANGÜÍNEO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO: A VENTILADOR AP. CIRCULATÓRIO: BAFETIA

AP. DIGESTIVO: A.D.N. ESTADO MENTAL: Lúcido DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: DOSE/HORA: ESTADO FÍSICO (ASA):

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Indicação para cirurgia - Cholecistectomia

CIRURGIA REALIZADA: Fco. Coimbra LACI em 15

CIRURGIÃO: N. L. VAN AUXILIARES: D. J. P.

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:10 TÉRMINO DA ANESTESIA: 14:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2:10

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES RS:

ANESTESISTA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

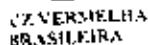
ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:

ANESTESIA: B. S. L. C. P. F. CRM-PB:



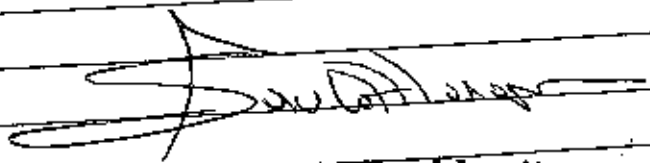
JOSÉ ANTONIO ALEIXO DA COSTA

NASC.: 28/06/1956
MAB - BARRAZITA MARINHA DA SILVA

END: CHIA
N. 43 - CRISTO REDENTOR
JOAO PESSOA
PHONE: ()
CELLULAR: (03) 988220184
TODAY: 02
DT. ENTREGA: 10/12/2015 09:45:17

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
19/12/15		DR TOPEIRA FEE V-S Amor de... de mo (5.1.2) Apresenta LAC IV Não há fractura Coluna Humil J F. 1. Subvba Ex. P. O. primária e susco primária <div style="text-align: right;">  Saul de Tarso F. Torquato Ort. Traumatologia CRM 4922 </div>

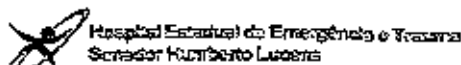
MBM
SEGURADORA

2-6-JAN-2017

DPVAT/RJ

F(NQ).ENF.018-

F(NG).ENF.018-J



ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 887898



Identificação do paciente				
ID 979447	Nome JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/04/1966	Idade 49 anos 7 meses 23 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe 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 Cns 706804245129421		
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade SERRINHA	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 19/12/2015 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	Velo de ambulância Sim	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou CONDUTOR JEAN			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Dados clínicos				
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>MEM</p> <p>SEGURURADORA</p> <p>26 JAN 2017</p> <p>DPVAT/RJ</p> </div>				
Diagnóstico	CID			
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO	Tempo 05min 25seg			

Imprimir

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

☐ Não ☐ Sim:

MEDICAMENTOS:

☐ Não ☐ Sim:

IMUNIZAÇÃO

☐ Não ☐ Sim:

PATOLOGIA

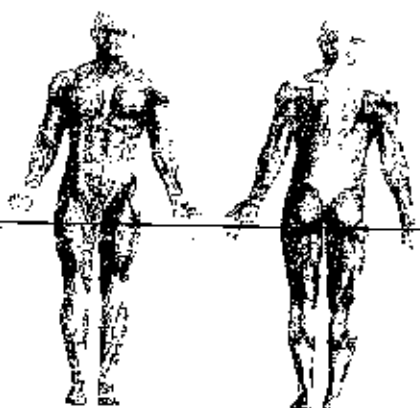
☐ Não ☐ Sim:

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 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 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. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 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

☐ Radiografias☐ Ultrassonografia (FAST)☐ Tomografia computadorizada☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUITAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

Lenício Bragante de Araújo
CRM 3131

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da

Solicito parecer da

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

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

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 Agulha de Plexo A - 50 +
Fio de Kirschner n° 2,01 +

Box 3, 5 - Apenas p/ tirar a broca que me
tinha arulsa!!

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

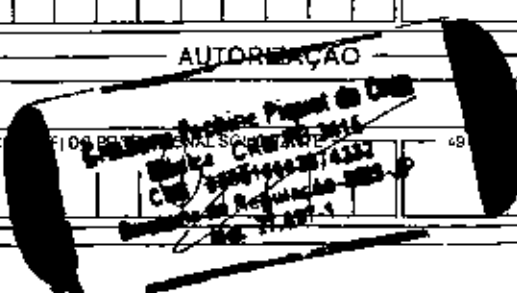
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO



Dr. Fidele Gabriel G. de Souza
Médico - Anestesiologista
CRM/PB 7611



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

Folha
2/2

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

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - QTD
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - QTD
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - QTD
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - QTD
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - QTD
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - QTD
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - QTD
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - QTD
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - QTD
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - QTD
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - QTD
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - QTD
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - QTD
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - QTD
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - QTD
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - QTD

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASS. NAT. RA E CAR. Y90 N.º DO REGISTRO DO CONSELHO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASS. NAT. RA E CAR. Y90 N.º DO REGISTRO DO CONSELHO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



CRUZ VERMELHA
BRASIL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: João Antonio Melo da Costa BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 29/12/15

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

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

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

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Diogo

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

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão acromioclavicular (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Procedimento cirúrgico de lesão acromioclavicular (E)</u>	



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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Dr. Brício Kelson B. Gonçalves

Médico
CRM-RJ 7654

João Pessoa, 29/12/15

Médico/CRM: _____



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE 1581

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDH sob anestesia geral e cirurgião
- ② Anestesia + oxigenação + controle de líquidos

Incisão:

- ③ Incisão em "Semi" no plavico anterolateral, com
- exposição da articulação acromioclavicular

Achados:

- ④ Achado de ligamento acromioclavicular

Conduta:

- ⑤ Redução de LAC, com neurolitomia e
- amarrilho subacromioclavicular e fixação com fio KCS

Fechamento:

- ⑥ Fechamento por plavico
- ⑦ pontos suturais
- ⑧ neurolitomia com tecido MS

Observação:

Dr. João Pessoa
Gonçalves
21654

João Pessoa, 23/12/15

Médico/CRM:

FONG-ASCIR.009-1

1000004002412 BE.: 987898
JOSE ANTONIO ALEXANDRE DA COSTA
DT. NASC.: 25/04/1996
MAB: BENEDITA MARIA DA SILVA

Primeiro Atendimento Médico

VERMELHA
BRASILEIRA

END.: CHILE
N. 43 - CRISTO REDENTOR
JARDIM PESSOA
PAÇO: ()
CELULAR: (00) 980303104
IDADE: 49
DT. ENTRADA: 19/12/2015 08:45:17

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente
com moto.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Pêrvias () Obstruídas
AÉREAS
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:
HTD ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Pleiônica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal () Quente () Fria
PULSO ☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO ☒ Regular () Irregular () Ausente
BULHAS () Normotônicas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente
() Presente () Ausente
SOPRO ☒ Sim () Não
BE QU B4
FC: 75 bpm PA: 12 x 8 mmHg T: °C
ECG:

2- RUIDOS

() sim
HTD ☒ Não
Roucos
Sibilos
Estertores
HTE ☒ Não
Roucos
Sibilos
Estertores

FR: 18 imp SaO₂: 98 %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas

Escala de Glasgow:

MEM EN: SEM AUTONOMIA
SEGURADORA

20 JAN 2017

DPVAT/RJ

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

☐ Não ☐ Sim:

MEDICAMENTOS:

☐ Não ☐ Sim:

IMUNIZAÇÃO

☐ Não ☐ Sim:

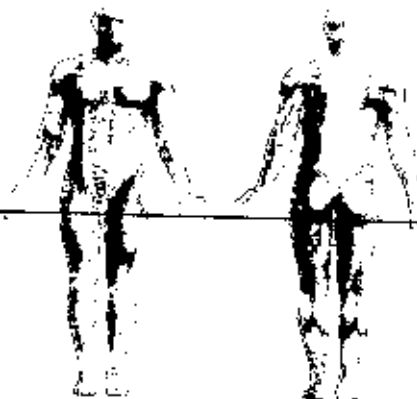
PATOLOGIA

☐ 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 Injúria Nervosa |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otite |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Parestesia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorréia |
| 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

☐ Radiografias☐ Ultrassonografia (FAST)☐ Tomografia computadorizada☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS

	CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1-2 Atendimento		Leandro Augusto de Araújo CRM 3191
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da

Solicito parecer da

às

do dia

às

do dia

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

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

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

MBM
SEGURADORA
25 FEV 2016
DPVAT/RJ

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

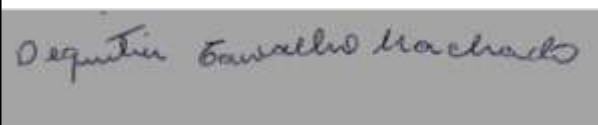
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

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 IMI	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Entregue		
Declaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Pendente		
Documentos de identificação	Entregue		
PUT	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: CAROL TRINDADE LETTE

CPF: 995.402.820-04

JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

CAROL TRINDADE LETTE

25/02/2016

SIS DPVAT Sinistros - Atendimento

PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

Seguradora Líder das
Empresas do Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-050799/2016

Natureza: Invalidez

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: 19/12/2015
Titular do CPF: 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:

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no sistema, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

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

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Antonio Aleixo da Costa
 DATA DO ACIDENTE 19/12/15 CPF DA VÍTIMA 726.804.404-63
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O mesmo
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É José Antonio Aleixo da Costa
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua São Paulo
 Nº 511 COMPLEMENTO casa BAIRRO Centro Redenção
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58070-812
 E-MAIL _____ TELEFONE 83.9.3324-0009

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) SAMU / Resumo de Alta
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) 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 BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA 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 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 RECEITUÁRIO MÉDICO (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

- () 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/02/16
 Nº 726.804.404-63
 ASSINATURA José Antonio Aleixo da Costa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

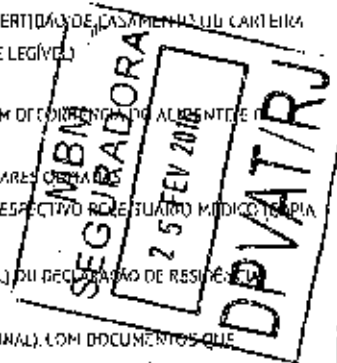
DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Antônio Alexo da Costa
 DATA DO ACIDENTE 19/12/15 CPF DA VÍTIMA 726.804.404-63
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O mesmo
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Pai
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Chile
 Nº 24 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Prato Redondo
 CIDADE Quilombo UF PB CEP 52.070-212
 E-MAIL _____ TELEFONE 259 3824-0000

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA 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 DESEMPENHO DO ACIDENTE E TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OUTRAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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



MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA 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 IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ALENTOAMENTO 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 - 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 15.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/02/16
 CPF 726.804.404-63
 ASSINATURA José Antônio Alexo da Costa

RESPONSÁVEL PELO RECEPIMENTO 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

b) Havendo dano corporal segmentar 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

Região Corporal (Sequela):

% 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.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB