
Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190292787

Vítima: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Data do Acidente: 03/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190292787

Vítima: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Data do Acidente: 03/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190292787

Vítima: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Data do Acidente: 03/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 00000137671-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0140098/19** CPT da vítima: **727.243.15472** Nome completo da vítima: **Severina Douglas da Costa Santos**

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

Nome completo: **Severina Douglas da Costa Santos** CPF: **727.243.15472**

Profissão: **Aposentado** Endereço: **1º de Maio** Número: **277** Complemento:

Bairro: **Popular** Cidade: **Santa Rita** Estado: **RS** CEP: **98301-315**

E-mail: Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1914** CONTA: **1376771** 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/14, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, **Joaquim Leopoldo 25/04/2019**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

2ª Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190292787
Nome do(a) Examinado(a): Severina Luzia da Costa Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Primeiro de Maio, 277
Popular Santa Rita PB CEP: 58301-175
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3265891
Data local do acidente: [03/09/2018]
Data local do exame: [10/05/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO DA FRATURA-LUXAÇÃO E RESSECÇÃO DE FRAGMENTOS DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIA.

Complicações: NÃO HOVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.

Data da Alta: 28/12/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ **Sim** ☐ **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ **Sim** ☐ **Não**

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

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO.

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

- VII. Segundo 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)

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

Região Corporal (Sequela):

COTOVELO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☒ **50% médio** ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

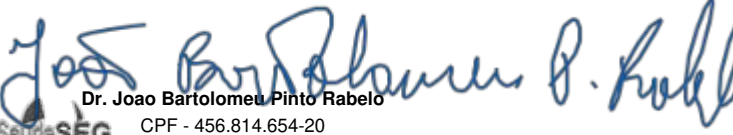
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 616/2017

Aos DEZ dias do mês de OUTUBRO do ano de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SANTA RITA, estado da PARAÍBA, e na 5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL, sob a responsabilidade da Autoridade Policial o (a) Bel. (a) TEVERALDO BARBOSA DE MEDEIROS FILHO, Delegado(a) de Polícia Civil, aí, por volta das 09HSh40min, compareceu:

SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS, brasileira, natural de São Miguel do Itaipu/PB, casada, nascida em 24 FEV 1950, filha de Manoel Elpidio da Costa, RG3.165.891-SSP/PB, do lar e residente na Rua 1ª. Maio na casa 277 no Bairro Popular desta Cidade, fone 98805-0631, no final assinada, Costa e de Luzia Maria da Conceição,

CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O SEGUINTE REGISTRO:

Informa que na data de três de setembro do corrente ano, por volta das dez horas, na Rua Senador Américo no Centro desta Cidade, a mesma foi atropelada por uma moto de dados e condutor não identificados e, em consequência deste fato a mesma foi socorrida para Hospital de Emergência e Traumas em João Pessoa e de lá, foi transferida para o Trauminha em Mangabeira onde ficou internada durante vinte e um dias e, apresentando CID 10 S 52.0, esclarecendo a mesma que o causador do atropelamento de que foi vítima, não lhe prestou os devidos socorros e, pelo exposto pede as providências.

Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou Fé.

Santa Rita/PB, 10 de outubro de 2018.



Severina Luzia da Costa Santos

Noticiante

José Carlos Araújo
M.P. 100/1004

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

Nº do sinistro ou ASL: **0140 098/19** CPF da vítima: **727 243 154 72** Nome completo da vítima: **Severina Raizis de Costa Santos**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: **Severina Raizis de Costa Santos** CPF: **727 243 154 72**
 Profissão: **Arquiteta** Endereço: **1º de Maio** Número: **277** Complemento:
 Bairro: **Itapubim** Cidade: **Santa Rita** Estado: **PA** CEP: **58301-375**
 E-mail: Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS
 RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (109)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3914** CONTA: **33167 71** 7
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 por invalidez permanente, uma vez que: **(assinalar uma das opções):**

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: _____

Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

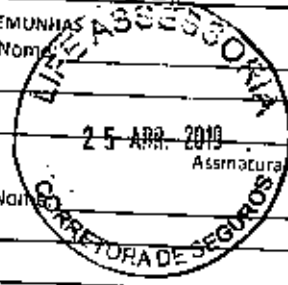
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, **Jacú Penas 25/04/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____



(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Severina Raizis de Costa Santos**

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

GOVERNO
DA PARAIBA

[illegible]

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: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000137671-7

Nr. da Autenticação 584B30C1D6530BAC



Local: MONTEÁS-CO
Código: RES-INT-CBI/RES-GEN-RES-GEN-AL
Reviz: 1-9-2011-1020
Versão: 02/2011/2012

[illegible]

2021 Fall 2nd Course Enrollment Dates: 08/22/21 to 08/26/21
 Contact: 800.445.4275 or enroll@ednet.org

Modificando se cliente **ENTRATA** **0800 163 0196** www.entrata.com.br

Conteúdo referente a: Apresentação Data prevista para publicação: 09/09/2011

Abr / 2019	03/04/2019	03/05/2019	727.243.154-72
------------	------------	------------	----------------

UC/Unidade Consumidor: 5/128361

Canal de contato

Declaração do Conselho de Administração
Conforme o previsto no Art. 17, III, § 2º da Lei nº 6.402/76, o Conselho de Administração da Companhia, em reunião realizada em 28 de maio de 2009, deliberou sobre a aprovação da prestação de serviços de consultoria e assessoria financeira e de gestão de recursos humanos, a ser prestada pela empresa consultora e assessoria financeira e de gestão de recursos humanos, no ano de 2009, e suas respectivas despesas. Esta declaração foi publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo em 29 de maio de 2009, sob o nº 10.927, e no Diário Oficial do Estado de São Paulo em 29 de maio de 2009, sob o nº 10.927, e no Diário Oficial do Estado de São Paulo em 29 de maio de 2009, sob o nº 10.927.

Ja comecou a fazer parte da vida social? Segue a gente no Facebook Thivier, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, dicas de emprego e acompanhar cronologias sobre diversos assuntos sobre o mercado de trabalho e muito mais!

Anexo A		Atual		Constante		Consumo		Class	
Data	Letura	Data	Letura	i	q	q	q	q	q
01/01/18	1369	01/01/18	1369						
Descontabilizável									
001	Despesa								
001	Consumo em kWh								
001	CONTRIB SERV LUX FÁBICA								
001	JUROS DE MORIA 02/2018								
001	MULTA 02/2018								

[illegible]

58 | 55 | 49 | 47 | 48 | 41 | 40 | 39 | 31 | 54 | 50 | 52
 Aug18 May18 Jun18 Jul18 Aug18 Sep18 Oct18 Nov18 Dec18 Jan19 Feb19 Mar19



1110



Eliza VandenBerghe, MSW



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332185700

Boletim de Atendimento: 1105810



Identificação do paciente

Identificação do paciente		Sexo
ID	Nome	Feminino
1322519	SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS	Prontuário
Data de nascimento	Idade	Estado civil
24/02/1950	68 anos 6 meses 10 dias	Religião
Mão		Pai
LUIZA MARIA DA CONCEICAO		MANOEL ELPIDIO DA COSTA
Escolaridade		Responsável (Parentesco)
		BRUNA DA COSTA - FILHO(A)
		DDD Fixo
		Fone Fixo
DDD Móvel	Fone Móvel	
83	988060631	Nº Cns
Tipo documento	Número documento	700208466817223
RG (IDENTIDADE)	3266891	Tipo
Local de procedência		MUNICIPIO
SANTA RITA		UF
Email	Naturalidade	PB
	SÃO MIGUEL DE TAIUÍ	CBOIR

Endereço

Endereço	Município de residência	UF	Logradouro
CEP	SANTA RITA	PE	PRIMEIRO DE MAIO
68301178	Complemento		Bairro
Número			POPULAR
277			

Admissão

Admissão	Número da pulseira	Convênio
Data e Hora	1000006276446	805
03/09/2016 11:25:25		
		Clínica

Especialidade	Cirurgia
CIRURGIA GERAL	Origem do paciente
Classificação de risco	RUA

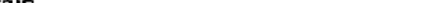
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE
------------------------	---	---

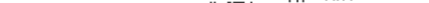
Indicadores e Transporte

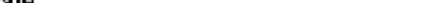
Indicadores e Transporte		Veio de ambulância	Trauma
Caso policial	Plano de saúde	Não	Não
Não	Não	Quem transportou	
Meio de transporte			
SAMU			

Sinais Vitais

Sinais Vitais

PA:  mmHg

Pulso:  b/min

Temperatura:  °C

Exames complementares

Rate X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Don't clinch

[illegible]

Helma Luis G. Andrade
COREN-PE 424.661-ENE

Diagnóstico

Atendido por
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

Impressum



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURATY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 160115 Atd: Nao Regulado
Data: 03/09/2018
Hora: 17:25:47
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIGUE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS
CNS: 700208466817223 Sexo: F IDENTIDADE: 3265891 Fone: 988050631
Natural: SAO MIGUEL DE TAIPU/PB Data Nasc.: 24/02/1950 Id: 68 ano(s)
End.: RUA PRIMEIRO DE MAIO, 277
Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF: PB
Mae: LUZIA MARIA DA CONCEICAO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: APOSENTADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: FILHA- BRUNA
Tel./Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
P. Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.09.000350
Pai: MANOEL ELPIDIO DA COSTA
Estado Civil: NAO INFORMADO
Escolaridade:

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: AVALIACAO
Vitima de violencia por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- | | |
|-----------------------|---------------|
| [] Aparentemente Bem | [] Grave |
| [] Politraumatizado | [] Convulsao |
| [] Hemorragia | [] Dispneia |
| [] Diarreia | [] Agitado |
| [] Regular | [] Chocado |
| [] Vomito | |
| Observacao | |

Q.ixa Principal
TUACAO

Paciente transferida do Hosp. de Trauma

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

1

Diagnostico | Conduta **P4**

Prescricao | Horario da medicacao



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 68 ANOS	SEXO F	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF. 19	LEITO 167
DATA DE ADMISSÃO 03-09-2018		DATA DE ALTA 23-09-2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura da Cabeça do Rádio</i>				CID S52.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de cotovelo demonstrando solução de continuidade óssea da cabeça do rádio</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura da ulna foi submetido(a) a tratamento CIRURGICO COM RESSECÇÃO DE FRAGMENTO OSSEO POIS FRAG OSSEO INTEGRO É MAIOR DO QUE 50 % DE ESTRUTURA ARTICULAR. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "Inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: AINE e Analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão Dr. ALEXANDRE NISHIMI

ALTA HOSPITALAR ORIENTADO POR DR ROBERTO ALMEIDA.

20/04/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS	BAE 1105810	Data/Hora Entrada 03/09/2018 11:26:25	Data Baixa 2018-09-03 15:15:51,0
Data de nascimento 24/02/1950	Idade 68a 6m 10d	Sexo Feminino	CNS 700268466817223
Mãe LUIZA MARIA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 968650631
			Prontuário
Endereço PRIMEIRO DE MAIO, 277	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 8637/PB
Data/Hora Classificação 03/09/2018 11:26:25		Data/Hora Prescrição 03/09/2018 15:15:52	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUI COM DOR E DEFORMIDADE NO COTOVELO ESQUERDO
RADIOGRAFIA: EVIDENCIA FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO

CONDUTA:

1- REDUÇÃO INCRUENTA DO COTOVELO

2- OBSERVADO FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO (ENCAMINHADO AO TRAUMINHA)

CID10

Código	Descrição
S52.1	Fratura da extremidade superior do rádio

Conduta

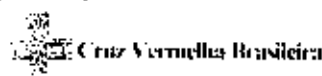
Alta com encaminhamento externo

Alta Hospitalar

Usuário LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Data e Hora 03/09/2018 15:15:51
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações #ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUI COM DOR E DEFORMIDADE NO COTOVELO ESQUERDO RADIOGRAFIA: EVIDENCIA FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO CONDUTA: 1- REDUÇÃO INCRUENTA DO COTOVELO 2- OBSERVADO FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO (ENCAMINHADO AO TRAUMINHA)

SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(: 8637/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS	BAE 1105810	Data/Hora Entrada 03/09/2018 11:25:25	Data Baixa
Data de nascimento 24/02/1950	Idade 68a 6m 10d	Sexo Feminino	CNS 700208486@17223
Mãe LUZIA MARIA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 988050531
Endereço PRIMEIRO DE MAIO, 277	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional TIBÉRIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Classificação 03/09/2018 11:25:25		Data/Hora Prescrição 03/09/2018 13:57:52	

Anamnese

ortopedia

pcl vítima de atropelamento por moto com trauma no mse.

Nega tce ou perda de consciência

refere dor na reg. do cotovelo esquerdo

ex. fis.: BEG, consciente e orientada

MSE: edema 1+/4+ com deformidade no cotovelo esquerdo. dor a palpação. sem alterações neurovasculares. Sem sinais de tvp ou compartimental

RX: luxação cotovelo com fratura da cabeça do rádio

CD: redução inconculta + rx de controle

MEDICAÇÃO

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

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: MSE)

Conduta

Em observação

SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Dr. Tiberio Vanomark

Ortopedia / Cirurgia do Mto

CRM-PB 2352 / TEST 14900

TIBÉRIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

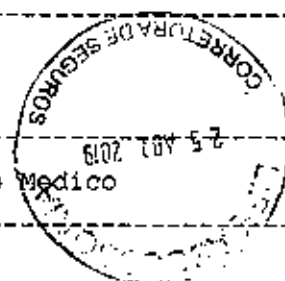
DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

7 Bruma da Costa Santos

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Severina, NA				Registro:	
Idade: 68a	Sexo:	Côr:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 21/09/18	Cirurgião: Dr Alexandre Nishimura			1º Assistente: Dr TNALES Seabra	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
fratura luxação cotovelo (E)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PO tratamento cirurgia fratura luxação cotovelo (E)					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:			1 () Sim 2 (X) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDH sob efeito analgésico
- ② Antepsia, antiseptia + cobertura de campos estéril

- ③ Preenchimento de garfo

Incisão: ④ Incisão J de Kocher

- ⑤ Direção por planos.
- ⑥ Visualização da fratura cabeça rádio em 4 partes. / com reabsorção parcial

Achados: ⑦ Como fragmento localizado na região ulnar (invariavelmente a articular); optado por união dos fragmentos pois fragmento inferior maior que 50% + estável a flexo-extensão e pronosupinação.

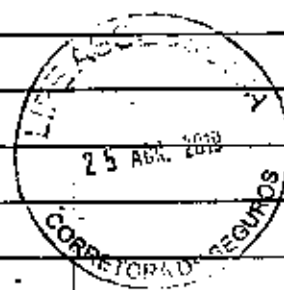
Conduta: ⑧ Preenchimento complexo labral.

- ⑨ Limpeza / lavagem garfo.
- ⑩ Hemostase
- ⑪ Preenchimento por planos
- ⑫ Curativo estéril
- ⑬ TPA AX, OP, AN.
- ⑭ A CPA

Fechamento:

OBS:

Dr. Alexandre Nishimura
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 10.730.115-01 / 13867



Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Sereyria Lúcia do Carmo Santos Data de Admissão: / /
Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
Nome da Mãe:
Endereço: Bairro:
Cidade: Estado: Fone: Profissão:
Sexo: F () M () Cor: Estado Civil: Religião:
Escolaridade: Data de Nascimento / /

QPD: Ex-Lx Catarata

HDA: Foto com Pontaria de F-Lx de
Catarata, encaminhada do HPTSH.
Durante exames de imagem, não houve
avaliação com novas técnicas.
Realizada nova medição e tratado a
instabilidade.

Visto na TC fragmentos de grande tamanho
da cápsula cristal + pequenos fragmentos de
coronária.

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso Kg em [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros:

Pele:

Cabeça e Pescoco: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: Visão:

AR e ACV: [] Dor [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema Outros:

ABD: [] Dor [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematemese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras:

SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

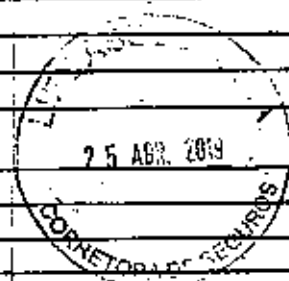
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	24/02/50
NOME DA MÃE	LUZIA MARIA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.105.810
DATA DO ATENDIMENTO	03/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	11:25
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO + LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO
CID 10	S52.1 + S53.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic), com dor e deformidade no cotovelo esquerdo. Glasgow 15, consciente e orientada. RX evidencia fratura-luxação do cotovelo esquerdo. Realizado redução da luxação. Fratura da cabeça do rádio, encaminhada para o Ortopedia de Mangabeira.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de cotovelo esquerdo.
RX de punho esquerdo
RX de braço esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de cabeça do rádio esquerdo + luxação de cotovelo esquerdo.

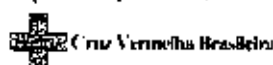
TRATAMENTO:

Redução da luxação de cotovelo esquerdo. Encaminhada para o Ortopedia de Mangabeira para tratamento da fratura de cabeça do rádio esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 03/09/18
DATA DA EMISSÃO: 12/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM 2329/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS	BAE 1105910	Data/Hora Entrada 03/09/2018 11:25:25	Data Baixa
Data de nascimento 24/02/1950	Idade 68a 6m 10d	Sexo Feminino	CNS 708208466817223
Nome LUIZA MARIA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 98850631
Endereço PRIMEIRO DE MAIO, 277	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	Nº Cons. Regional 9985/PB
Data/Hora Classificação 03/09/2018 11:25:25		Data/Hora Prescrição 03/09/2018 12:04:26	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO MOTO X PEDESTRE, TRAZIDA AO SERVIÇO PELO SAMU, QUEIXANDO DE DOR INTENSA EM MSE. APRESENTA ESCORIAÇÕES NO REFERIDO MEMBRO ALÉM DE ESCORIAÇÕES EM PÉ DIREITO E ESQUERDO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITO, NEGA DOR TORÁCICA, NEGA DOR ABDOMINAL, ALÉRGICA A PARACETAMOL.

AO EXAME:

- A: RESPIRANDO EM AR AMBIENTE; REGIÃO CERVICAL SEM QUEIXAS.
B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO, TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES.
C: NÓRMOTENSO, NÓRMOCÁRDICO. ABDOME PLANO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL.
D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.
E: ESCORIAÇÕES EM MSE E AMBOS PÉS.

CONDUTA:

- 1) RADIOGRAFIA DO MSE
- 2) PARECER DA ORTOPEDIA
- 3) ANALGESIA
- 4) LIBERADO DA GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

V02.1 Ferimento traumático em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - acidente de trânsito

Condução

Em observação

Dr. Claudino Júnior
MR Cirurgia Geral
CRM - 98.9985

SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR
(CRM: 9985/PB)



Guia de Encaminhamento Externo**Dados do paciente**

Nome SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS						CNS 700208466817223	Prontuário
Data de Nascimento 24/02/1950	Idade 68A 6M 10D	Sexo Feminino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe LUIZA MARIA DA CONCEICAO			Nome do Pai MANOEL ELPIDIO DA COSTA				
Endereço PRIMEIRO DE MAIO			Bairro POPULAR				Cep 58301175
Município SANTA RITA - PB			Telefone Residência		Telefone Celular (83) 988050631		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262		Telefone (83) 32165700		


Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N. MANGABEIRA, PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares #ORTOPEdia# PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUI COM DOR E DEFORMIDADE NO COTOVELO ESQUERDO RADIOGRAFIA: EVIDENCIA FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO CONDUTA: 1- REDUÇÃO INCRUENTA DO COTOVELO 2- OBSERVADO FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO (ENCAMINHADO AO TRAUMINHA)		
CID S52.1	Data de encaminhamento 03/09/2018 15:15:51	

Assinatura e carimbo do profissional



S 8034510

Data: 03/09/18 13:57
 Usuário: TIBERIO
 Boletim: 1105810


PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS	Data do 24/02/1950	Idade 68a 6m 10d	Sexo FEMININO	Nº 1105810	Nº Prontuário	Data Prescrição 03/09/2018 13:57:52
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 03/09/2018 13:57:00 - 04/09/2018 13:57:00			
Convênio SUS	Matrícula			Senha		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. inf.	Pos	Aprazamento
1 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	
2 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
 CRM: 8252

03 de Setembro de 2018





Dr. Tiberio Vanomark
 Engenheiro de Segurança da Saúde
 CRM: 8252 / 150110240

Assinatura e Carimbo do Profissional

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTRUMENTO DE POLICIA GENTRICA
DE ARRELEVAMENTO DE IDENTIFICACAO


3265891
24.02.1950
SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTRUMENTO DE POLICIA GENTRICA
DE ARRELEVAMENTO DE IDENTIFICACAO

3265891
24.02.1950
SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Luiza Maria de Conceição
São Miguel de Taipú-PA 24.02.1950
CPF: 451279-415.129-144.D.152-
Art. de São Paulo-SP



SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CARTELA DE REGISTRO

3265891
24.02.50

SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

24.02.50

Severina Luzia da Costa Santos



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Severina Louiza de Lora Souto
 DATA DO ACIDENTE 03/09/2019 CPF DA VÍTIMA 727.243.154-72
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR 1º de Maio
 Nº 247 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Popular
 CIDADE Santa Rita UF PA CEP 58302-070
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

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 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

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 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)
 () 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 O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAS (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 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.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/04/2019
 IDENTIDADE 3265891
 ASSINATURA Severina Louiza

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 25 ABR. 2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190292787 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS **Data do acidente:** 03/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E RESOLUÇÃO DA LUXAÇÃO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO COTOVELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190292787 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS **Data do acidente:** 03/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO COM FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: * Pág. 01 08 - GRANDE RESSECÇÃO OSSEA // VÍTIMA DE 69 ANOS SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190292787

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Data do acidente: 03/09/2018

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A -
VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E RESOLUÇÃO DA LUXAÇÃO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO COTOVELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/05/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50