

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, 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





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, 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, retorno 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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0140098/19	CPF da vítima: 727.243.154-72	Nome completo da vítima: Severino dauzis de Costa Tuntos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Severino dauzis de Costa Tuntos		CPF: 727.243.154-72
Profissão: Aprendizaria	Endereço: 1º de Maio	Número: 277 Complemento:
Bairro: Torulam	Cidade: Tuntus Ribe	Estado: PR
E-mail: 	CEP: 58301-345	Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEKAR CÓPIA).

RENDA MENSAL: RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$10.001,00 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 (104)

CONTA CORRENTE (500 reais ou mais)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1914 CONTA: 13767-71

AGÊNCIA: pg

Information = digitale Anschicht

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DAVAD, a que eu tiver direito, reemborcando e dando, desse já e somente, após a efetivação do crédito, redução 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, nessa 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 Leis 194/02, art. 4º, II, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou campo/heirot(a): Sim Não Se a vítima deixou campo/heirot(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Mães: _____ Filhos: _____

Este cliente 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 cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal per infractione do artigo 289º do Código Penal.

Local e Data, João Fernandes 25/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

X

(*) Assinatura de quem assina A BOGO

Assinatura da vítima/ beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS	ASSISTENTE
1º Nome:	
CPF:	
25 APR. 2019	
Assinatura	
2º Nome:	CARTÓRIO DE SEGUROS
SGP	

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador [se inscrever]

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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 HOUVE 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

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

(X) 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**
(X) 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.


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518

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



GOVERNO DA PARAÍBA



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 5^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL, sob a responsabilidade da Autoridade Policial o (a) Bel. (2^a) EVERALDO 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 der 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 1º. 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 motô 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

MPC/DP/SC/01

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do Registro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
0140098/19	727.24.31.547-2	Severino Augusto da Costa Souto		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		Nome:		CPF:
Profissão:	Endereço:	Cidade:	Estatuto:	Número: 727.243.154.72
Brasileiro Populano	5 de Maio	Santo Rita	78	Complemento:
E-mail:		CEP: 58301-045		
Tel.(DDD):				

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$6.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$6.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma caixinha)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1914 CONTA: 13164-31

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1914 CONTA: 13164-31

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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, independentemente de dano, desde já e sempre, 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 atende 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.

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise da meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente e corrente 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 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquermissato ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.

Local e Data: Jacob Souto 25/04/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS ASSOCIAÇÃO
 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 25-APR-2019
 Assinatura

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,



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Guanabara Ketuaêdo Lúcio Góis



AV. D. ESTEVEZ LISBOA, 59 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1105810



Identificação do paciente

ID 1322519	Nome SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS	Sexo Feminino	
Data de nascimento 24/02/1950	Idade 68 anos 6 meses 10 dias	Estado civil S	Religião Pel
Mae LUIZA MARIA DA CONCEICAO	Pai MANOEL ELPIDIO DA COSTA		
Esociaidade	Responsável (Parentesco) BRUNA DA COSTA - FILHO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 998050531	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3265891	Nº Cns 700208466817223	UF PB
Local de procedencia SANTA RITA	Naturalidade SAO MIGUEL DE TAIPU	MUNICIPIO CBOR	CBOR
Email			

Enderecos

CEP 58301178 **Município de residência** SANTA RITA **UF** PB **Logradouro** PRIMEIRO DE MAIO
Número 277 **Complemento** **Bairro** POPULAR

Admissão

Data e Hora 03/09/2016 11:25:29	Número da pulseira 1000006276446	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Voo de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não

SAMU

Sinais Vitais

Exames complementares

Urographie [1] TC [1] Liquor [1] ECG [1] Ultraschall [1]

Ratio X []

Datos clínicos
1000 Unidades P.M. Clorhidrato de
metil fenantre 200mg cada 100 ml. JU-
Dicialer de 50mls. CLO

Diagnóstico

Atendido por
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

Imprimatur



03.09.2018 11:55

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332185700

Boletim de Atendimento: 1105810



Identificação do paciente

ID 1322519	Nome SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS	Estado civil	Sexo Feminino
Data de nascimento 24/02/1950	Idade 68 anos 6 meses 10 dias	Religião	Prantubrio
Mão LUZIA MARIA DA CONCEIÇÃO		Pai MANOEL ELPIDIO DA COSTA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) BRUNA DA COSTA - FILHODA)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988060631	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3266991	Nº Cna 700208466817223	
Local de procedência SANTA RITA	Naturalidade SAO MIGUEL DE TAIPU	Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email		Código	

Endereço

CEP 66304178	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro PRIMEIRO DE MAIO
Número 277	Complemento	Bairro POPULAR	

Admissão

Data e Hora 03/09/2018 11:25:25	Número da pulseira 1000006276446	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica

Classificação de risco

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

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA	X mmHg	P脉	Temperatura

Exames complementares

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

(Pac) 10-09-2018 11:25:25
Jaque 41 Palmeira 2XMMV Nelle 00-
Quintal da Escola 6.

Diagnóstico

Atendido por
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

Imprimir



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISO BURARY
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
Recepçionista: CLEBIA FERREIRA RODRIGUEZ
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.09.000350

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

Pai: MANOEL ELPIDIO DA COSTA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: APOSENTADO

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FILHA- BRUNA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: AVALIACAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Q. xia Principal

[] Vomito

TUACAO

Observacao

Paciente Transferida do Hosp. de Trauma

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

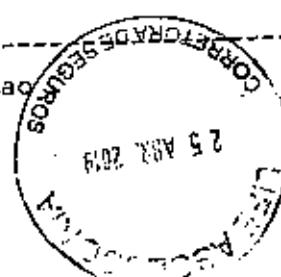
Diagnostico

Conduta

P4

Prescriçao

Horario da medicacao



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 68 ANOS	SEXO F	COR	CÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF. 19	LEITO 167
DATA DE ADMISSÃO 03-09-2018		DATA DE ALTA 22-09-2018		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>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura da ulna foi submetido(a) a tratamento CIRURGICO COM RESSECCÃO 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 um "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: ALNE e Analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

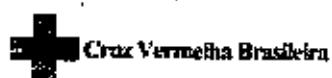
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão Dr. ALEXANDRE NISHIMI

ALTA HOSPITALAR ORIENTADO POR DR ROBERTO ALMEIDA.

20/04/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

**SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE**

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

Tel: 32165700

CNES: 2778896

Paciente SEVERINA LUZIA 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 LUZIA MARIA DA CONCEICAO			
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 15:16:52	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUI COM DOR E DEFORMIDADE NO COTOVELO ESQUERDO
RADIOGRAFIA: EVIDENCIAR 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

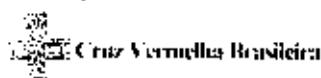
Usuário LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Data e Hora 03/09/2018 15:15:51
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações #ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUI COM DOR E DEFORMIDADE NO COTOVELO ESQUERDO RADIOGRAFIA: EVIDENCIAR FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO CONDUTA: 1- REDUÇÃO INCRUENTA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

SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS**LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA**
(: 8637/PB)

25 AGL 2019



Boleto registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em 03/09/2018 11:26:24



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 700208486817223 Telefone de Contato (83) 9888050531
Mãe LUZIA MARIA DA CONCEICAO			Prontuário
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 msc.

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 incruenta + 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

Dr. Tibério Vanomark

Ortopedia / Cirurgia da Mão

CAM-PB A152 / TEBT 14/09

TIBÉRIO VANOMARK CHAVES BEZERRA

(CRM: 8252/PB)

SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

25 Agosto 2019

CORRETIVO CORRETIVO CORRETIVO

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Bruna do Gosta Sôto

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Silvana</u>				Registro:	
Idade: <u>68</u>	Sexo: <u>F</u>	Cór: <u></u>	Clínica: <u></u>	EMP: <u></u>	LR: <u></u>
Data: <u>21/04/18</u>	Cirurgião: <u>Alexandre Nishimura</u>			1º Assistente: <u>Dr. Tales Serafim</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I: <u></u>	T: <u></u>

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

fratres Lixacan Cobano (E)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

To thank you for
Lynn's work (E)

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
2 (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDH sob efeito anestésico
- ② Anétesis, antissepsis + cobertura de campos gerais
- ③ Posicionamento do paciente.

Incisão:

- ④ Incisão V de Kocher
- ⑤ Dissecção por planos.
- ⑥ Visualização da fratura cabeça radio
em 1 ponto. / com reabsorção parcial
- ⑦ Como fragmento localizou-se no
ulnar (inviabilidade opção → articular); opção
por unir com os fragmentos pois
fragmento íntegro menor (aprox 50%). +
exige a flexo-extensão permanente.

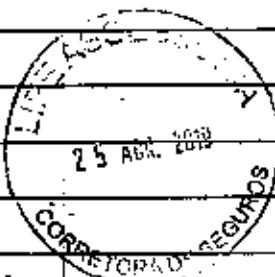
Conduta:

- ⑧ União - 1 fio de garnel.
- ⑨ Hemostase.
- ⑩ Drenos por gomas.
- ⑪ Sustentação (esplít).
- ⑫ Tela Axilopoplímera.
- ⑬ A RPA.

CRM-PB 11301 EDET/867
 Cirurgião de Ortopedia e Traumatologia
 Dr. Alexandre Mischim

Fechamento:

OBS:



Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Serevinha Lúcio do Canto Santos Data da 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 Catavento

HDA: Pete com sintomas de Febre de Catavento, encaminhado do HPTSH. Durante exames de imagem não se encontra evolução para nova lesão. Realizada nova resolução e testado a estabilidade.
Visto na TC fragmentos de grande hiperdensidade no interior de grande massa pulmonar, com pequena frigidez de coronárias.

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 PESCOÇO: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas
Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorraquia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Políuria Oligúria Noctúria Hematuria
Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-repoção Deformidades
Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade Sensibilidade
Amnésia Líbido Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

[]HTF

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: _____

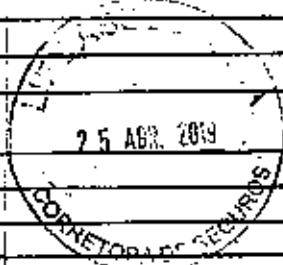
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Triângulo IvoíavelConduita: Isolamento



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 Orto trauma 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:

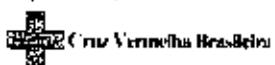
Redução da luxação de cotovelo esquerdo. Encaminhada para o Orto trauma de Mangabeira para tratamento da fratura de cabeça do rádio esquerdo.

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

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS	BAE 1105010	Data/Hora Entrada 03/09/2018 11:28:25	Data Baixa
Data de nascimento 24/02/1950	Idade 68a 6m 10d	Sexo Feminino	CNS 700208466817223
Nome LUIZA MARIA DA CONCECAO			Prontuário
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 11:28:25		Data/Hora Prescrição 03/09/2018 12:04:26	

Anamnese

PACIENTE VITIMA 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 PÉRDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITO, NEGA DOR TORÁCICA, NEGA DOR ABDOMINAL, ALERGICA A PARACETAMOL.

AO EXAME:

- A: RESPIRANDO EM AR AMBIENTE: REGIÃO CERVICAL SEM QUEIXAS.
- B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO, TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES.
- C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO. ABDÔME 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

CETOPIROFENO 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 + OBLIQUE)

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
V02.1	Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Dr. Cláudino Júnior
MR Cirurgia Geral
CRM - 98 9985

SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS

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

25 ABR. 2018





Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome SEVERINA LUZIA 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 LUZIA MARIA DA CONCEICAO			Nome do Pai MANOEL ELPIDIO DA COSTA				
Endereço PRIMEIRO DE MAIO			Bairro POPULAR			Cep 58301175	
Município SANTA RITA - PB			Telefone Residencial		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 PROSINDI, 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



58034510

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

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

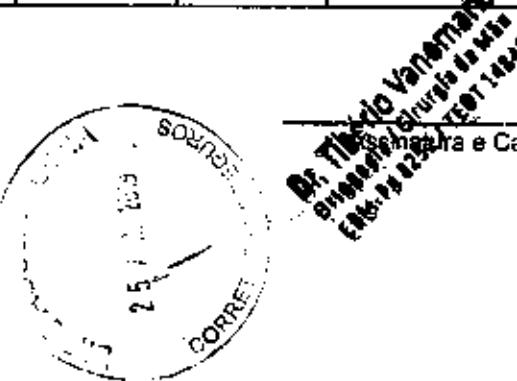

PREScrição MÉDICA

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		
Convenio SUS		Matrícula			Senha		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproxramento
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	

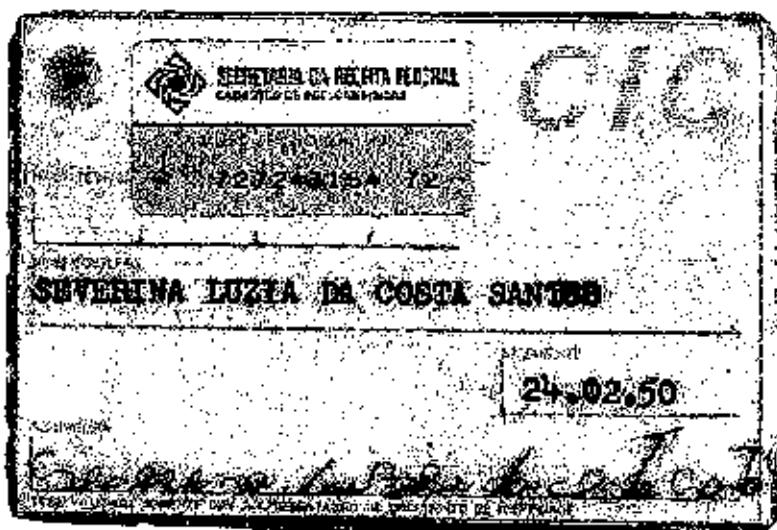
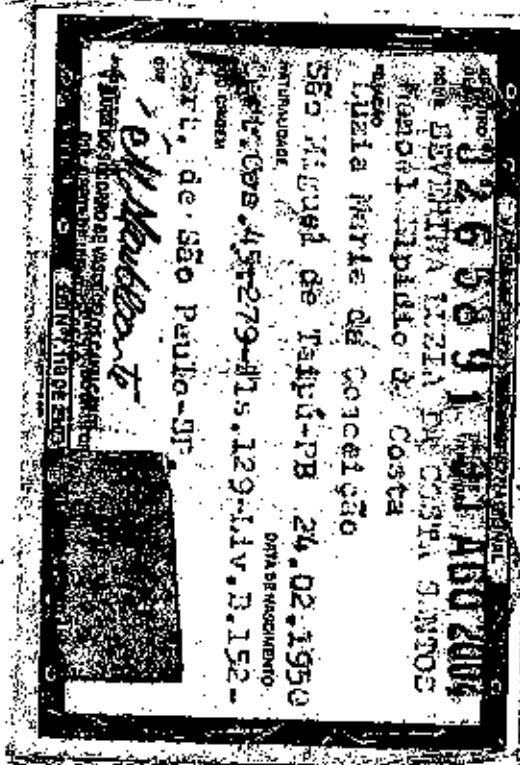
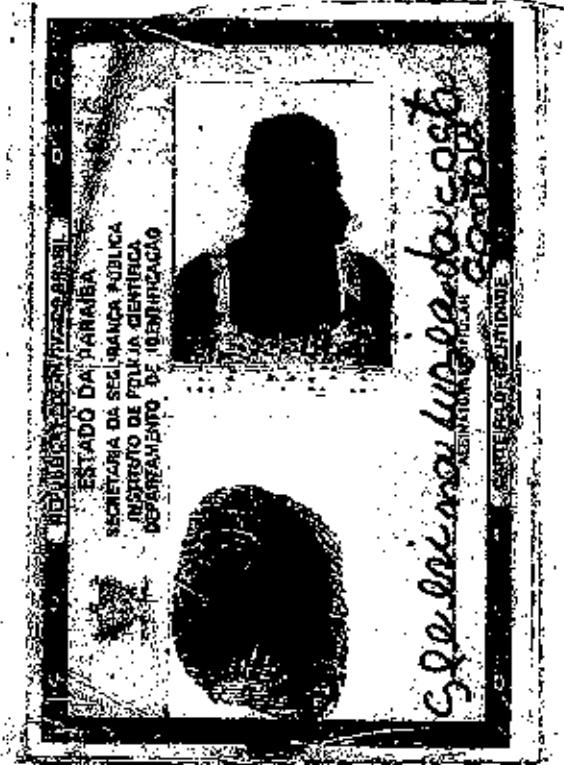
03 de Setembro de 2018

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
CRM: 8252



Dr. TIBERIO VANOMARK
CHAVES BEZERRA
03/09/2018 13:57:52

Assinatura e Carimbo do Profissional



IDENTIFICAÇÃOVÍTIMA Severino Souza de Costa SantosDATA 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 do RioNº 247 COMPLEMENTO _____ BAIRRO PopularesCIDADE Santa Rita UF PB CEP 58302-376

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 PELO VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL). COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 E 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES (QUITANAS)
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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, TAIIS 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 E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURACOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUEDATA 25/04/2019IDENTIDADE 3205891ASSINATURA Edilson Lira**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA**

DATA

25 ABR. 2019

NOME

CORRETORA DE SEGUROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO

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

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E RESOLUÇÃO DA LUXAÇÃO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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
Vítima: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS **Data do acidente:** 03/09/2018
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO

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

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E RESOLUÇÃO DA LUXAÇÃO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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