



MARIA DE FATIMA FERREIRA FARIA

0610799334651 — **MDP627**

AMERICAN BANK & TRUST COMPANY - CHICAGO

MAY 1955

PAISOS-ESTADOS 2º ELEM. 05º/06º/07º A. 4 - VENC / COTAS 1.

2º PARCELAGEM / COTAS

RESEÑA GENERAL

0

TRAMOS DUNS ABUSOS POR VEHICULOS
DENO POR SU CARGA, A PESAR DAS
NOCO SEGURO DEVAL

PB N° 011461514261 BILHETTE DE SEIGHBO D'PYAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022-1204

2014 - 23/07/2014
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2014-23/07/2014 S PLACA

ANO FAB.		SCATRÉ	N. CHASSI
05/23/05/07		07/08/07	07/08/07
PREMIO TARIÁRIO		PRÊMIO DE R\$ 100.000,00	
R\$ 100.000,00		VALOR DO PRÊMIO	
R\$ 100.000,00		VALOR DO PRÊMIO	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		PAGAMENTO	
R\$ 100.000,00		COTA ÚNICA	
		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
		<input type="checkbox"/> DATA DE QUITAÇÃO	

SEGURODORA LÍDER - DEVAT

C:\Users\09-246\桌面\001-0

جعفری، علیرضا

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

09 MAIO 2019

**PROTÓCOLO³
AG. JOÃO PESSOA**



DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO

 COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 09 MAIO 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190316608 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE FALANGE DISTAL DO 3º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190316608 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE FALANGE DISTAL DO 3º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190316608

Vítima: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

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.**

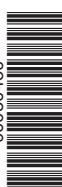
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190316608

Vítima: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	056.243.074-31	José Messias Felix de Melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: José Messias Felix de Melo		CPF: 056.243.074-31
Profissão: Recurso - se	Endereço: rua Projetada	Número: 51/nº Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Mamanguape	Estado: PB CEP: 58.280-000
E-mail: ccf.advoc@gmail.com	Tel.(DDD): 63-98849-5530	

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>Brasil</u> <input type="checkbox"/> AGÊNCIA: <u>0944</u> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA: <u>28.607</u> <u>9</u> (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 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 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 deu ou nasceu (val 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Mamanguape - PB, 09 de maio de 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Messias Felix de Melo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)
Adriano Luiz de Oliveira
Loutinho Neto

(*) 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.

TESTEMUNHAS
1º | Nome: COMPREV
CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Data: 09 MAIO 2019
Assinatura

2º | Nome: PROTÓCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA
Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

Delegacia Geral da Polícia Civil

7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 102/2018

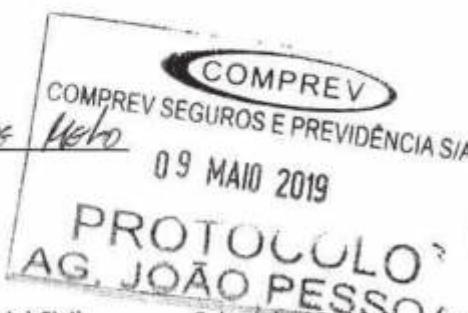
OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA
PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO**

COMUNICANTE: JOSÉ MESSIAS FÉLIX DE MELO ESTADO CIVIL: CASADO NATURALIDADE: MAMANGUAPE-PB
PROFISSÃO: MOTORISTA DATA DE NASCIMENTO: 09/06/1984 IDADE: 34 ANOS RG: 2.989.983 SSP/PB CPF: 056.243.074-11 **FILIAÇÃO:** MANOEL HONORATO DE MELO E ANTONIA SANTINO FELIX **ENDEREÇO:** RUA PROJETADA, S/Nº, VISTA BELA I, CENTRO, MAMANGUAPE-PB. **TELEFONE:** 83-99127-7290 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO MÉDIO COMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 01/07/2018 **LOCAL DO FATO:** RODOVIA BR 101 - CAPIM-PB.

NARRATIVA: JOSÉ MESSIAS FÉLIX DE MELO AFIRMA QUE NO DIA 01/07/2018 POR VOLTA DAS 18:30H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/POP 100, CHASSI Nº. PC2HBO210AR110692, DE PLACA NQD-7927/PB DE COR PRETA, DE PROPRIEDADE DA SRA MARIA DE FÁTIMA FERREIRA DE FARIAS, PELA RODOVIA BR 101, NAS PROXIMIDADES DA CIDADE DE CAPIM-PB, FOI SURPREENDIDO POR UMA CRATERA QUE HAVIA NA PISTA, SEM CONSEGUIR FREIAR A TEMPO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO A CAIR DENTRO DELA, TENDO SIDO SOCORRIDO AO HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE-PB E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 23:02H E SIDO DIAGNOSTICADO COM DIVERSAS LESÕES, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

COMUNICANTE: José Messias Félix de Melo



Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 16 de novembro de 2018

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1



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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	056.243.074-31	José Messias Felix de Melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: José Messias Felix de Melo		CPF: 056.243.074-31
Profissão: Recurso - se	Endereço: rua Projetada	Número: 51/nº Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Mamanguape	Estado: PB CEP: 58.280-000
E-mail: ccf.advoc@gmail.com	Tel.(DDD): 63-98849-5530	

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>Brasil</u> <input type="checkbox"/> AGÊNCIA: <u>0944</u> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA: <u>28.607</u> <u>9</u> (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 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 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 deu ou nasceu (val 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Mamanguape - PB, 09 de maio de 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Messias Felix de Melo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)
Adriano Luiz de Oliveira
Loutinho Neto

(*) 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.

TESTEMUNHAS
1º | Nome: COMPREV
CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Data: 09 MAIO 2019
Assinatura

2º | Nome: PROTÓCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

**ASSISTENCIAS**

Endereço: RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn, PB 057, MAMANGUAPE - PB, 58280000

Tel: 32929050

CNES: 7666772

Paciente JOSE MESSIAS FELIX DE MELO	BAE 278117	Data/Hora Entrada 01/07/2018 19:02:20	Data Baixa
Data de nascimento 09/06/1984	Idade 34a 22d	Sexo Masculino	CNS 707107351544620
Mãe ANTONIA SANTINO FELIX			
Endereço PROJETADA, SN	Bairro PLANALTO	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA	Nº Cons. Regional 11253/PB
Data/Hora Classificação 01/07/2018 19:09:52		Data/Hora Prescrição 01/07/2018 19:53:59	

Anamnese

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO E DOR + EDEMA NA REG. DA CLAVÍCULA ESQUERDA, CONCIENTE ORIENTADO

Exame Físico

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO E DOR + EDEMA NA REG. DA CLAVÍCULA ESQUERDA, CONCIENTE ORIENTADO

CID10

Código	Descrição
Z00.0	Exame médico geral

Conduta

Em observação

Dr. Marcos Machado de Lima
 CRM-PB 11253
 MÉDICO

JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA
 (CRM: 11253/PB)

Traumatizado + acidente de trânsito ev + 20.00



Boletim registrado por: FABIANO CEZAR DA SILVA em 01/07/2018 19:05:46

CAIXA

A vida pede mais que um banco



9912269609/2017-09/BSB/SPM

CAIXA

Correios



CTC RECIFE PE PL7	DATA DE POSTAGEM: 05/04/2019
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO AV COREMAS 172 CENTRO 58013-430 JOAO PESSOA PB	

02113855
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Queiroz Leitinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Messias Félix de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.243.074 / 11, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima José Messias Félix de Melo, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Avenida Beira Mar</u>		Número	<u>172</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	Estado	<u>CE</u>	CEP
Email	<u>ccf.adailson@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>83 - 3506 - 1910</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83 98849 5530</u>

João Pessoa - PB 09 de maio de 2019
Local e Data

Adailson Luiz de Queiroz Leitinho ncto
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria de Fátima Ferreira de Farias,
RG nº 298.5883, data de expedição 27/02/2002,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 061.079.934-79,
com Domicílio na cidade de Mamanguape, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Pratola,
Vila Bela I nº 51m, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data . do acidente ocorrido com a vitima
José menino Félix de Melo, cujo o condutor
era José menino Félix de Melo.

Veículo.....: motorizada
Ano.....: 2010
Modelo.....: Kawasaki ZXR 100
Placa.....: NQD 79 27 PB
Chassi.....: 9C2H30210 BR 1106 92
Data do acidente.: 03 de Julho de 2018

Local e data: Mamanguape - PB 08 de Maio de 2019
*2º Cartório
Mamanguape-PB*

Maria de Fátima Ferreira de Farias
Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Assinatura do CONDUTOR
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



2º OFÍCIO DE NOTAS E DEUTESTE

Rua Pres J.Pessoa, 47, Centro , Mamanguape - PB



Reconhecido, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

MARIA DE FATIMA FERREIRA DE FARIAS

Doc f.º: Mamanguape/PB - 08/05/2019

Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Selo Digital: A107123-EINHU

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,51 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,15 Fepj R\$ 2,38



ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Escrevente Autorizado



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	JOSE MESSIAS FELIX DE MELO
DATA DE NASCIMENTO	09/06/84
NOME DA MÃE	ANTONIA SANTINO FELIX

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.091.883
DATA DO ATENDIMENTO	01/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	23:02
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA + FRATURA DE FALANGE DISTAL DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
CID 10	S42.0 + S62.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor no torax, escoriações, refere dor com limitação de movimentos nos ombros e na mão esquerda. Presença de fratura de clavícula esquerda. Fratura de falange distal de 3º quirodáctilo esquerdo.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de face
RX de mão esquerda
RX de ombro direito
TC de torax
RX de torax
RX de ombro esquerdo.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula esquerda
Fratura de falange distal do 3º quirodáctilo esquerdo.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

09 MAIO 2019

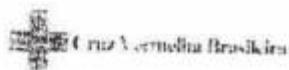
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Imobilização das fraturas. Orientado retorno para o HTOP.

ALTA HOSPITALAR: 02/07/18
DATA DA EMISSÃO: 29/03/19

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



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1091883



Identificação do paciente

ID 1302837	Nome JOSE MESSIAS FELIX DE MELO			Sexo Masculino
Data de nascimento 09/06/1984	Idade 34 anos 22 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ANTONIA SANTINO FELIX				Pai MANOEL HONORATO DE MELO
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARICELIA MELO DA SILVA - IRMAO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991277290	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2989983	Nº Crs 707107351544620		
Local de procedência		Type	UF	
Email	Naturalidade SAPE	CBO/R		

Endereço

CEP 58280000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro ROSA DE LIMA NAVARRO
Número 60	Complemento	Bairro CAMPO	

Admissão

Data e Hora 01/07/2018 23:02:43	Número da pulseira 100004802029	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Cárter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperature
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos:

Diagnóstico	CID
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA	Tempo 02min 16seg

Imprimir



ÁREA AMARELA

Endereço: AV. CRESTES LISBOA, S/N., JOÃO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSE MESSIAS FELIX DE MELO	1091883	01/07/2018 23:02:43	
Data de nascimento	idade	CNS	Telefone do Contato
09/06/1984	34a 23d	707107351544620	(83) 991277290
CRM:			Frontuário
ANTONIA SANTINO FELIX			
Endereço	Sexo	Município	UF
ROSA DE LIMA NAVARRO, 80	Campo	MAMANGUAPE	PB
Profissão	Motivo	Professional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MONIZE SPAZZAPAN MARTINS	11490/PB
Data/Hora Consulta		Data/Hora Prescrição	
01/07/2018 23:02:43		02/07/2018 00:47:20	

Anamnese

Paciente com história de queda de moto referindo dor em região do tórax, com escoriações em ambos os ombros e mão esquerda, mialgias musculares preservadas.

Nega atingir a medula óssea.

TC de tórax sem alterações aparentes

OU: solicito avaliação de luxação

mialgias

tetanogramma

solicito todos seios da face;

ália da cirurgia geral

MEDICAÇÃO

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSIM)

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/1L (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

CETOZOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARCERIA EUCOMAXIL

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES

CID10

Código	Descrição
	052.2 Traumatismos não especificados da cabeça

Conduita

Em observação

Dra. Monize Spazzapan Martins
 Médico Residente - Cirurgia Geral
 CRM-PB 11490

Documento registrado: Dr. JORDAN AFOLINARO FIGUEIREDO em 01/07/2018 23:04:59

MONIZE SPAZZAPAN MARTINS
 (CRM: 11490/PB)



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32185700

CNES: 2455276

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data/Baixa
JOSE MESSIAS FELIX DE MELO	1091383	01/07/2018 23:02:43	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
09/05/1984	34a 23J	Masculino	(83) 991277290
Mae			Prontoclinic
ANTONIA SANTINO FELIX			
Endereço	Bairro	Município	UF
ROSA DE LIMA NAVARRO, 59	CAMPO	MAMANGUAPE	PB
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	Nº Cons. Regional
Qua-Hora Entrada		IGOR QUEIROZ CAVALCANTE	7739/
01/07/2018 23:02:43			
		Data/Hora Prescrição	
		02/07/2018 04:47:54	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRICO DE TRAUMA NO OMBRO E APÓS QUEDA DE MOTO HA HORAS.

RX COM FRATURA DE CLAVICULA.
FRATURA DE FALANGE DISTAL DO 3 DEDO E

CC. PINES ORIENTACAO, CARTAO DE RETORNO PARA HTCP, TIPOIA. ALTA DA ORTOPEDIA.

MEDICAGAO

DICLOFENACO 80,00 75,00ML INJETÁVEL/AMPOLA 20ML. ADMINISTRAR 3,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA

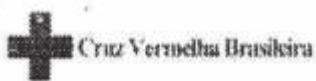
Conduta

Em observação

Igor Queiroz Cavalcante
Médico
(CRM: 7739/CM-M-12PM)

JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

IGOR QUEIROZ CAVALCANTE
(CRM: 7739/)



POSTO I A

Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454546

Paciente JOSE MESSIAS FELIX DE MELO	BAE 1091883	Data/Hora Entrada 01/07/2018 23:02:43	Data Baixa
Data de nascimento 09/06/1984	Idade 34a 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991277290
Mãe ANTONIA SANTINO FELIX			Prontuário
Endereço ROSA DE LIMA NAVARRO, 60	Bairro CAMPO	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA	Nº Cons. Regional 6229/PB
Data/Hora Classificação 01/07/2018 23:02:43		Data/Hora Prescrição 02/07/2018 02:12:57	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 10 HORAS COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE EM OMBROS E MÃO ESQUERDA

RADIOGRAFIAS SOLICITADAS MAS NÃO REALIZADAS

SOLICITO REALIZAR RADIOGRAFIAS SOLICITADAS

PACIENTE SOLICITA ANALGESIA ANTERIOR

MEDICAÇÃO

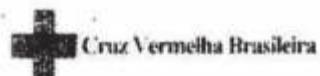
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

Conduta

Em observação

JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA
(6229/PB)

**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOSE MESSIAS FELIX DE MELO	BAE 1091883	Data/Hora Entrada 01/07/2018 23:02:43	Data Baixa 2018-07-02 05:20:05,0
Data de nascimento: 09/06/1984	Idade 34a 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991277290
Mãe ANTONIA SANTINO FELIX			
Endereço ROSA DE LIMA NAVARRO, 60	Bairro CAMPO	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MONIZE SPAZZAPAN MARTINS	Nº Cons. Regional 11490/PB
Data/Hora Classificação 01/07/2018 23:02:43		Data/Hora Prescrição 02/07/2018 05:20:08	

Anamnese

Paciente com história de queda de moto referindo dor em região do tórax, com escoriações em ambos os ombros e mão esquerda, mmii. Neurovascular preservado.

Nega alergia a medicamentos.

TC de tórax: sem alterações aparentes.

cd: alta hospitalar.

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário MONIZE SPAZZAPAN MARTINS	Data e Hora 02/07/2018 05:20:05
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações <i>Dra. Monize Spazzapan Martins Médico Presidente - Dr. Spazzapan CRM: 11490/PB</i>

JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

MONIZE SPAZZAPAN MARTINS
(CRM: 11490/PB)



Unidade Estadual de Emergência e Trauma
Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba



GOVERNO
DA PARAÍBA

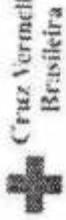
REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome JOSE MESSIAS FELIX DE MELO		Prontuário
Data de 09/06/1984	Nº Boletim Emergência 10919883	
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM		
RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA (<i>ap/obliqua</i>)		
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES) (<i>ap/peri escapular/peri axial</i>)		
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (<i>Região esternocôavicular</i>)		
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIOQUA)		
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)		
RAIOS-X		
TIPO ... <u>02/07/15</u>		
DATA ... <u>02/07/15</u>		
HORA ... <u>15:00</u>		
NOME TÉC. RAD: <u>J. S. G.</u>		
ASS.: <u>J. S. G.</u>		
10 20 15 01 21 M 15		

01 de Julho de 2018

Assinatura e Cântimo do Profissional

OZ



Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasileira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name					
JOSE MESSIAS FELIX DE MELO	Data de	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição
Motivo do Aendimento	09/06/1984	34 a 23d	MASCULINO	1091983	02/07/2018 02:12:57
Convenio	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição			
SUS	Matrícula	02/07/2018 02:12:00 - 03/07/2018 02:12:00			
		Senha			

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

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE
CRM: 6229

Assinatura e Carimbo do Profissional

02 de Julho de 2018

HOSPITAL ESTADUAL DE ENVIGADO - UMA SENADOR H

Data: 02/07/19 00:47
Unidade: Maternidade
Bolsão: 1031863

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:	JOSE DE SANTOS FILHO LEAL	Nº da Prescrição:	7239 Priscila
Sexo:	Masculino	Data:	02/07/2018
Convenio:	SUS	Validade da Prescrição:	10/08/2018
Médico:			
Senhora			

Nome do medicamento	Dose	U.R.	Orientação do Uso	Via de	Validade	Poss.	Apresentação
---------------------	------	------	-------------------	--------	----------	-------	--------------

1	TITANOGAMMA	50	III		INTRODUZIR	4K	AGARIC
2	INSECTICIDA ÁGUA DE ALCOOL 70%	50	III				
3	Diluir em Água ou Álcool Etílico	1000					
4	CETOPIROFENO 10% MG	500	MG				
5	Ethabum (ISOLUCAO FISIOLOGICA)	400,0	ML				
6	0,9% TRASCO (SAL)	400,0	ML				

4 SOLICITAÇÃO DE PARECER:

Monize Spazzapan 17/07/19
Medico Residente - Cirurgia
CRM-PB 11490
Assinatura e Carimbo do Profissional

JONIZI SPAZZAPAN MARTINS
CRM: 11490



Atendimento: 201831409931

Data Nasc: 09/06/1984 - 34 anos

Paciente: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Data Exame: 02/07/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIOS

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Material com densidade de partes moles no seio maxilar esquerdo sugestivo de secreção.
Desvio sinuoso do septo nasal.
Conchas nasais com morfologia e dimensões normais.
Estruturas ósseas conservadas.
Cavidades orbitárias sem alterações.
Fossas pterigopalatinas livres.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 02/07/2018 09:32.



Dr. Phydiás L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB

Atendimento: 201831409573

Data Nasc: 09/06/1984 - 34 anos

Paciente: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Data Exame: 01/07/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar complementado com técnica de alta resolução.

Análise:

Mínimo pneumotórax à esquerda.

Fratura do corpo e colo da escápula esquerda, sem comunicação com a articulação, com leve diástase dos fragmentos.

Fratura do terço medial da clavícula esquerda.

Fratura da primeira articulação costocondral à esquerda.

Fratura do processo espinhoso de D1.

Consolidação no segmento o posterior do Lobo inferior do pulmão esquerdo podendo corresponder a hemotórax.

Traquéia, carina e brônquios principais com situação, calibre e contornos normais.

Veia cava superior, veia cava inferior, aorta e tronco da pulmonar com situação, dimensões e contornos normais.

Coração com situação, morfologia e contornos normais.

Ausência de sinais de linfonodomegalia mediastinal ou peri-hilar.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 02/07/2018 11:39.



Dr. Phydiás L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB

DIVISÃO MÉDICA
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

PACIENTE: José Messias Felix de Melo

DATA DE NASCIMENTO: 09/06/1984

NOME DA MÃE: Antonia Santino Felix

DADOS EXTRAIÓDOS

BAE Nº: 278.117

DATA DE ENTRADA: 01/07/2018

HORA DO ATENDIMENTO: 19:02h

DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

AVALIAÇÃO INICIAL: Paciente vítima de acidente de trânsito, apresenta escoriações pelo corpo e dor, edema na região da clavícula esquerda.

Ao Exame: Consciente e orientado.

CONDUTA: Realizado medicação e Raio X de Clavícula esquerda (Ântero-posterior).

REAVALIAÇÃO: Exame reporta fratura em clavícula esquerda. Solicitado avaliação Ortopédica. Paciente é encaminhado para conduta especializada em hospital de referência.

MEDICAÇÕES: Tramal.

OBSERVAÇÃO: Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo médico (a)(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSAO: 29/08/2018

Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico
Hospital Geral de Mamanguape

Dr. Frederico Tacito
Diretor Técnico
HGM

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



HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE



HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE



Receituário

Paciente: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO
Data: 01/07/2018 19:52:36 Sexo Masculino CPF: 05624307411
Idade 34 BAE: 278117

1- RX CLAVICULA ESQUERDA
AP

Receituário

Paciente: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO
Data: 01/07/2018 19:52:36 Sexo Masculino CPF: 05624307411
Idade 34 BAE: 278117

1- RX CLAVICULA ESQUERDA
AP

Dr. Marcos Machado de Lima
CRM-PB 311253
MÉDICO

Dr. LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA
11253/PB

HGM - Hospital Geral de Mamanguape
Rua Walfrido de Almeida e Silva
CNES: 7666772 - Tel.: (83)3292-9050

HGM - Hospital Geral de Mamanguape
Rua Walfrido de Almeida e Silva
CNES: 7666772 - Tel.: (83)3292-9050

11253/PB

Dr. LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA



GOVERNO
DA PARAÍBA

HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE



Receituário

Paciente: JOSE MESSIAS FELIX DE MELO

Idade 34

Data: 01/07/2018 21:20:34 Sexo Masculino CPF: 05624307411

BAE: 278117

ENCAMINHAMENTO

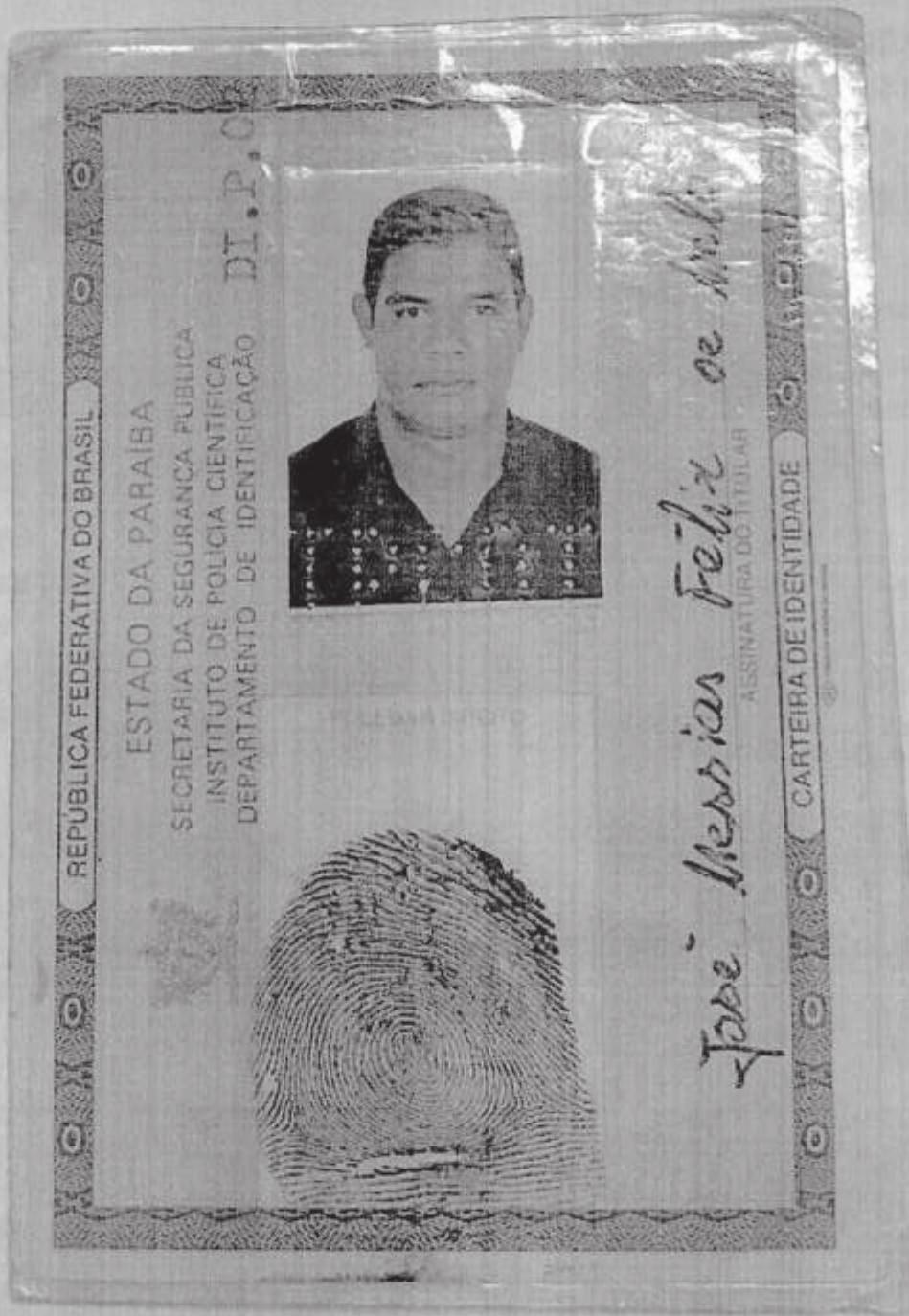
ENCAMINHO PCT ACIMA COM QUADRO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA APÓS QUEDA DE MOTO
PARA AVALIAÇÃO E CONDITA DA ORTOPEDIA.

Dr. ^o Decker

r. Marcus Machado de Lima
CRM-PB 11253
MÉDICO

Dr. LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA
11253/PB

HGM - Hospital Geral de Mamanguape
Rua Walfrido de Almeida e Silva
CNES: 7666772 - Tel.: (83)3292-9050



CARTÃO VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.989.983 20 VI DATA DE EXPEDIÇÃO

GERAL

NOME JOÃO MESSIAS FELIX DE MELO

FILIAÇÃO

Menoel Honorato de Melo
Antonio Santino Felix
Mananguape-PB

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

09.06.1984

DOC ORIGEM

CART

Cart. Sepé-PB

CPF 056243074512

JSS_Pessoas - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N°7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A.
09 MAIO 2019
PROTÓCOLO
A.Q. JOÃO PESSOA

