

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FILIPPE LEITE DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180441009**

Vitima: **FILIPPE LEITE DE SOUZA**

Data do Acidente: **28/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180441009**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13400240



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FILIPÉ LEITE DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180441009**
Vitima: **FILIPÉ LEITE DE SOUZA**
Data do Acidente: **28/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180441009**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13402100



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FILIPPE LEITE DE SOUZA**

Sinistro: **3180441009**

Vítima: **FILIPPE LEITE DE SOUZA**

Data do Acidente: **28/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180441009** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FILIPPE LEITE DE SOUZA**

Sinistro: **3180441009**

Vítima: **FILIPPE LEITE DE SOUZA**

Data do Acidente: **28/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180441009** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima <i>Felipe Leite de Sousa</i>	CPF da Vítima <i>116.086.329-58</i>	Data do Acidente <i>28/09/2014</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Josefina *12 de Julho de 2015*
Local e Data

x FELIPE LEITE DE SOUSA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

...ero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

116.086.394-58

Nome completo da vítima

Felipe Leite de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Felipe Leite de Souza</i>		CPF titular da conta <i>116.086.394-58</i>		Profissão <i>Frontista</i>	
Endereço <i>Rua Antonio Ricardo Oliveira</i>		Número <i>103</i>		Complemento	
Bairro <i>Mangabeira</i>	Cidade <i>João Pessoa</i>	Estado <i>PB</i>		CEP <i>58058-234</i>	
Email <i>Nobre.dpvat@gmail.com</i>				Telefone (DDD) <i>(33) 99400-5607</i>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ 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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL** (104)

AGÊNCIA NRQ. <i>3487</i>	D/V	CONTA NRQ. <i>30690</i>	D/V <i>17</i>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRQ.	
AGÊNCIA NRQ.		D/V	CONTA NRQ.
(Informar dígito se existir)		D/V	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 12 de Julho de 2018
Local e Data

Felipe Leite de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
12 JUL 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01295.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01295.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:51 horas do dia 11 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Filipe Leite de Souza**, conhecido(a) por Filipe, CPF nº 116.086.324-58, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Frentista, filho(a) de Marileide Bezerra Leite de Souza e Felício Durval da Silva Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/02/1997 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Ricardo de Oliveira, Nº 103, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Por Trás do Mercadinho São Jorge, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98794-9432.

Dados do(s) Fatos:

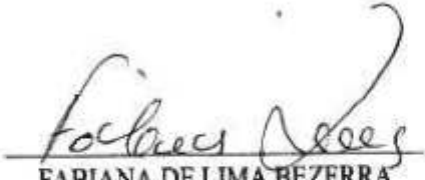
Local: Av. Josefa Taveira, Perto do Rei dos Esportes, Sentido Mangabeira/valentina, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/09/17 15:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

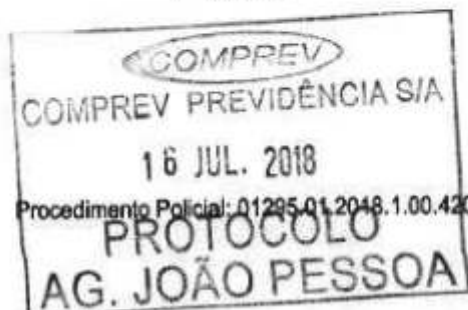
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA/FACTOR YBR125 K, COR VERMELHA, ANO 2009/2009, PLACA NPS7447/PB, CHASSI 9C6KE122090066080, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE à época do acidente, pela Av. Josefa Taveira, sentido Mangabeira/Valentina, quando colidiu frontalmente contra um VEÍCULO PRISMA, BRANCO, CARACTERIZADO TÁXI, PLACA NÃO IDENTIFICADA, o qual transitava pelo sentido Valentina/Mangabeira e repentinamente fez uma manobra para estacionar na calçada do Rei dos Esportes, do outro lado da via; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 20.06.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que após o acidente foi socorrido em veículo particular para o Ortotrauma, sendo transferido de ambulância para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de julho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


FILIPE LEITE DE SOUZA
Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima <i>Felipe Leite de Sousa</i>	CPF da Vítima <i>116.086.329-58</i>	Data do Acidente <i>28/09/2014</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

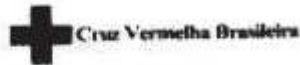
...n o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do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

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

Josefina *12 de Julho de 2015*
Local e Data

x FELIPE LEITE DE SOUSA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



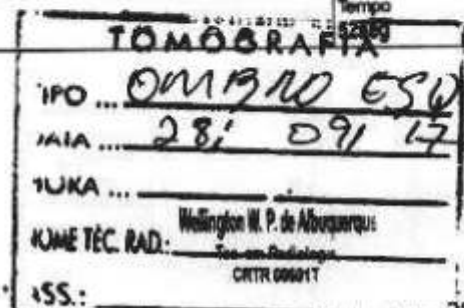
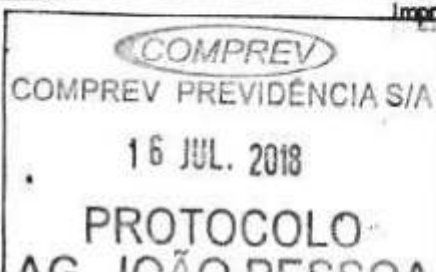
AV. ORESTES LUISSA, em - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1030685



Identificação do paciente			
ID 1214729	Nome FELIPE LEITE SOUZA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/02/1997	Idade 20 anos 7 meses 18 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARLEIDE BEZERRA LEITE SOUZA	Pai FELICIO DURVAL DA SILVA SOUZA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARLEIDE BEZERRA LEITE SOUZA - MAE		
DDD Móvel 63	Fone Móvel 999244941	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CSOR	
Endereço			
CEP 88068234	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Lugradouro ANTONIO RICARDO OLIVEIRA
Número 103	Complemento	Bairro MANGABEIRA	
Admissão			
Data e Hora 28/09/2017 18:10:18	Número da pulseira 1000006052910	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CD
Atendido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO			Tempo 28/09

Imprimir



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: 00/00/0000

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FILIPE LEITE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000030690-7

Nr. da Autenticação 610527A9F549E537

(83)99811-5088
(83)99100-5607

(83)99811-5088

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
10 JUL. 2013
PROTOGCLO
AG. JOÃO PESSOA



CTC RECIFE PE 015
DATA DE POSTAGEM: 01/03/2018

FILOPE LEITE SOUZA
RUA ANTONIO RICARDO OLIVEIRA 103
MANGABEIRA
58058-234 JOAO PESSOA PB

1211307121412035-110012577-53010318

(83)

Dr. Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M.-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente FELIPE LEITE DE SOUZA é portador do CID : S 75 + S 42.1 apresentando dor crônica, acompanhado de limitação nos movimentos de abdução e rotação de ombro esquerdo proveniente de fratura da escápula ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

10-09-2018





[Handwritten mark]

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FELIPE LEITE DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO 10/02/97
NOME DA MÃE MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 104522
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1030685
DATA DO ATENDIMENTO 28/09/17
HORA DO ATENDIMENTO 18:10
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA ARTICULAÇÃO DA GLENOIDE (ESCAPULA)
CID 10 S42.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM HISTÓRIA DE CONTUSÃO EM OMBRO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO REFERE DOR LOCAL DA ARTICULAÇÃO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC OMBRO ESQUERDO
RX OMBRO ESQUERDO

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC OMBRO ESQ- FRATURA DA ARTICULAÇÃO DA GLÊNIOIDE COM DESVIO

TRATAMENTO:

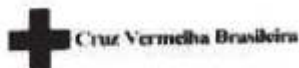
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE GLENOIDE (ESCAPULA) ESQUERDO

ALTA HOSPITALAR: 06/10/17
DATA DA EMISSÃO: 20/06/18



[Handwritten signature]
Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CVB/HEETSH
CRM 1873/PB

DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO
CRM: 1873/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

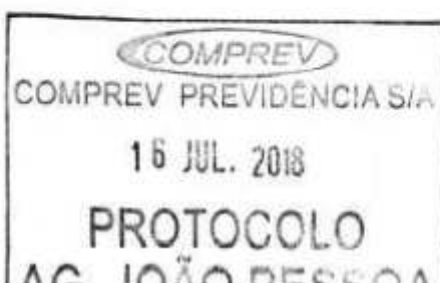
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1030685



Identificação do paciente						
ID 1214729	Nome FELIPE LEITE SOUZA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 10/02/1997	Idade 20 anos 7 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA	Pai FELICIO DURVAL DA SILVA SOUZA					
Escolandade	Responsável (Parentesco) MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA - MAE					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 999244841	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE			UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58068234	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ANTÔNIO RICARDO OLIVEIRA			
Número 103	Complemento	Bairro MANGABERA				
Admissão						
Data e Hora 28/09/2017 18:10:18	Número da pulseira 1000006052910	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vero de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CD
Atendido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO						Tempo 52:59

Imprimir



28/09/2017 18:0

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente FELIPE LEITE SOUZA		BAE 1030685	Data/Hora Entrada 28/09/2017 18:10:18	Data Baixa
Data de nascimento 16/02/1997	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 162634868000063	Telefone de Contato (83) 999244841
Mãe MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA				Prontuário
Endereço ANTÔNIO RICARDO OLIVEIRA, 103		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES		Nº Cons. Regional 9456/PB
Data/Hora Classificação 28/09/2017 18:12:08		Data/Hora Prescrição 28/09/2017 20:28:15		
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

encaminhado do ortotrauma
s de queda de moto
s limitação em ombro direito
solicito radiografias

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA

CID10

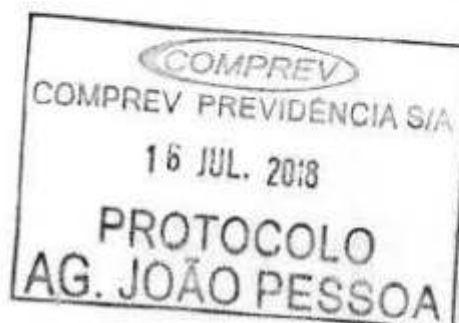
Código	Descrição
R52.9	Dor não especificada

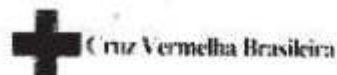
Conduta

Em observação

MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES
(9456/PB)

FELIPE LEITE SOUZA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente FELIPE LEITE SOUZA		BAE 1030685	Data/Hora Entrada 28/09/2017 18:10:18	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1997	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 162534860800003	Telefone de Contato (83) 999244941
Mãe MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA				Prontuário
Endereço ANTÔNIO RICARDO OLIVEIRA, 103		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES		Nº Cons. Regional 9456/PB
Data/Hora Classificação 28/09/2017 18:12:08		Data/Hora Prescrição 28/09/2017 21:46:47		
Convênio IS	Nº Matrícula			Senha

Anamnese

encaminhado do ortotrauma
vitima de queda de moto
dor e limitação em ombro direito

radiografia de ombro esquerdo observando fratura articular da glenóide

solicito tc de ombro esquerdo

Conduta

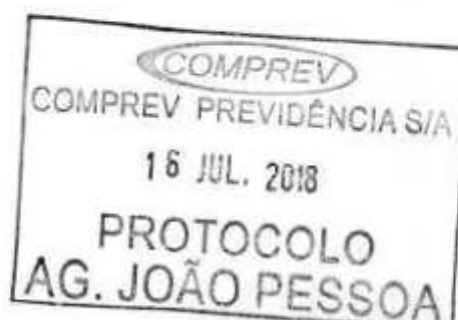
Em observação

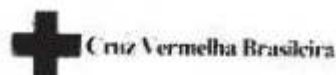
+ TIPOIA MS

(13)

MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES
(9456/PB)

FELIPE LEITE SOUZA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente FELIPE LEITE SOUZA		BAE 1030685	Data/Hora Entrada 28/09/2017 18:10:18	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1997	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 162534860800003	Telefone de Contato (83) 999244941
Mãe MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA				Prontuário
Endereço ANTÔNIO RICARDO OLIVEIRA, 103		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES		Nº Cons. Regional 9456/PB
Data/Hora Classificação 28/09/2017 18:12:08			Data/Hora Prescrição 28/09/2017 23:59:35	
Convênio IS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

encaminhado do ortotrauma
vítima de queda de moto
dor e limitação em ombro direito

radiografia de ombro esquerdo observando fratura articular da glenóide

solicito tc de ombro esquerdo

À TC : FX INTRARTICULAR DA GLENÓIDE COM DESVIO

CD: INTERNAMENTO P/ TTO CIRURGICO DR ODILON

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, 12/12H

MEDICAÇÃO NÃO PADRÃO

OMEPRAZOL 40 MG CÁPSULA

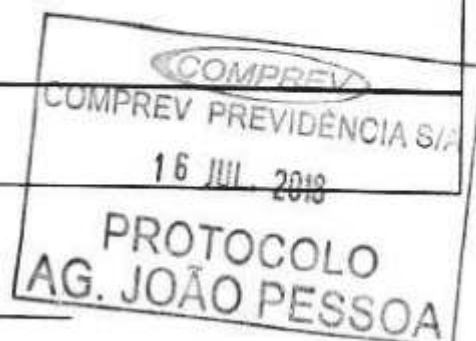
PROCEDIMENTO

HEMI - J

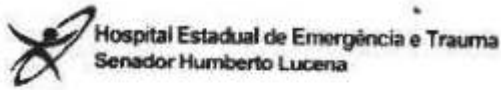
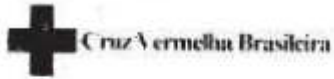
Conduta

Internar Paciente

MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES
(9456/PB)



ORTO



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente FELIPE LEITE SOUZA		BAE 1030685	Data/Hora Entrada 28/09/2017 18:10:18	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1997	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 162534860800003	Telefone de Contato (83) 999244941
Mãe MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA				Prontuário
Endereço ANTÔNIO RICARDO OLIVEIRA, 103		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	Nº Cons. Regional 3359/PB
Data/Hora Classificação 28/09/2017 18:12:08			Data/Hora Prescrição 28/09/2017 19:46:10	
Convênio		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese
PACIENTE ENCAMINHADO DO TRAUMINHA COM LUXAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO.

CUIDADOS
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: LUXAÇÃO)

CID10

Código	Descrição
S43.0	Luxação da articulação do ombro

Conduta
! observação

5-0608 1988
6908 PIVO
53414 E 7147 22104
WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(3358/PB)

FELIPE LEITE SOUZA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital de Emergência e Trauma
Serviço Atendimento Urgência



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 JUL. 2013

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	FELPE LEITE SOUZA	Data de	10/02/1997	Idade	20	Sexo	MASCULINO	Nº	1030665	Nº	104522	Data Prescrição	02/10/2017 06:21:40
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE	Posto de Trabalho	AREA VERDE ENF 36	Leito	LEITO EXTRA 13	Leito	LEITO EXTRA 13	PRO	PRO	02/10/2017 06:21:40	02/10/2017 06:21:40

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Valor, int.	Posologia	Orientação de Uso	Aprovação
1 DIETALINRE	0.0			ORAL				
2 DIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		8/8H		
Diluir em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
3 CAPTOPRIL 25 MG	1.0	CP		ORAL		AGORA	Observação: SE PAS > 160 OU PAD > 110 : AVSAR PLANTONISTA DE PAS > 200	
4 Solução Fisológica 0.9%	200.0	ML		E.V.		24H		
5 OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	2.0	CAPSULA		ORAL		1X AO DIA	Observação: EM JEJUM, PELA MANHÃ	
6 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO	10.0	ML		E.V.		AGORA	Observação: SE HGT > 60	
7 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	2.0	ML		E.V.		8/8H		
Diluir em Solução Fisológica 0.9%	100.0	ML						
8 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H		
Diluir em Solução Fisológica 0.9%	100.0	ML						
9 SSVV + CCGG	0.0							

JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
CRM: 4518

Assinatura e Carimbo do Profissional

02 de Outubro de 2017

Amor Verde



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA



GOVERNO DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

16 JUL. 2018

PROTÓCOLO

Nome	FELIPE LENTE SOUZA	Data de	10/02/1997	Idade	20	Sexo	MASCULINO	Nº	1030685	Nº	1030685	Data Prescrição	07/10/2017 08:40:42
------	--------------------	---------	------------	-------	----	------	-----------	----	---------	----	---------	-----------------	---------------------

Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE	Posto de Trabalho	AREA VERDE ENF 36	Leito	LEITO EXTRA 13	Prescrição válida a	01/10/2017 08:40:42
-----------------------	-------------------------	--------	-------------------------------	-------------------	-------------------	-------	----------------	---------------------	---------------------

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Valor, Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apresentação
1 DIETA LITRE	0.0			ORAL				20L
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		8/8H		10-22-24-28
Diluir em	100.0	ML						
3 CAPTOPRIL 25 MG	1.0	CP		ORAL		AGORA	Observação: SE PAS > 160 OU PAD > 110: AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200	16
4 Solução Fisológica 0.9%	2000.0	ML		E.V.		24H		16-22-24-28
5 OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	2.0	CAPSULA		ORAL		1X AO DIA	Observação: EM JEJUM, PELA MANHÃ	16-22-24-28
6 GLUCOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO	10.0	ML		E.V.		AGORA	Observação: SE HGT > 60	16-22-24-28
7 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	2.0	ML		E.V.		8/8H		16-22-24-28
Diluir em	100.0	ML						
8 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H		16-22-24-28
Diluir em	100.0	ML						
9 CURATIVO	0.0							16-22-24-28
10 HGT 68HS	0.0						Observação: DIÁRIO	16-22-24-28
11 SSVV + CCGG	0.0							16-22-24-28

LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO

CRM: 5960

Assinatura e Carimbo do Profissional

HGT-1291

HGT. 1291

01 de Outubro de 2017



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	FELIPE LEITE SOUZA	Data de	10/02/1997	Idade	20	Sexo	MASCULINO	Nº	1030685	Nº	104522	Data Prescrição	30/09/2017 10:37:51
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE	Posto de Trabalho	AREA VERDE ENF 36	Leito	LEITO EXTRA 13	Prescrição válida a	30/09/2017 10:37:51				

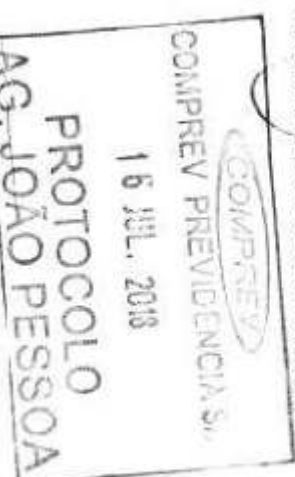
MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VI	Via	Veloc. Int.	Posologia	Observação de Uso	Assinatura
1 DIETA LIVRE	0.0					ORAL		
2 DIPLOMA 200 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML				E.V.		
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML						
3 CAPTOPRIL 25 MG	1.0	CP				ORAL	AGORA	Observação: SE PAS > 160 OU PAD > 110: AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200
4 Solução Fiscológica 0.9%	2000.0	ML				E.V.	24H	
5 OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	2.0	CAPSULA				ORAL	1X AO DIA	Observação: EM JEJUM, PELA MANHÃ
6 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO	10.0	ML				E.V.	AGORA	Observação: SE PAS > 160
7 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	2.0	ML				E.V.	8/8H	
Diluir em: Solução Fiscológica 0.9%	100.0	ML						
8 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG				E.V.	12/12H	
Diluir em: Solução Fiscológica 0.9%	100.0	ML						
9 CURATIVO	0.0							Observação: DIÁRIO
10 HGT 86HS	0.0					HGT	90	
11 SSV + CCGG	0.0							

30 de Setembro de 2017

LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
CRM: 5960

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº		Nº		Data Prescrição	
FELIPE LETTE SOUZA		10/02/1997		20		MASCULINO		1030685		104522		29/09/2017 12:29:12	
Motivo do Atendimento		Setor		Posto de Trabalho				Leito				Prescrição válida a	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA		SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE		AREA VERDE ENF 36				LEITO EXTRA 13				29/09/2017 12:29:12	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Ms de	Via de adm.	Farmacologia	Indicação de Uso	Assinatura
1 DIETA LIVRE	0.0				ORAL			
2 DIPYRIDA 500 MG/MIL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML			E.V.			
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10.0	ML						
3 ONDANSETRONA 8MG/ML (AMPOLA)	8.0	MG			E.V.			
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 CAPTOPRIL 25 MG	1.0	CP			ORAL	AGORA	Observação: SE PAS + 16:00 PAS + 11:00 / PAS + ANTONIO DA SILVA 2008	24 08
5 Solução Fiscológica 0.9%	2000.0	ML			E.V.	24H		24 08
6 OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	2.0	CAPSULA			ORAL	1X AO DIA	Observação: SE PAS + 16:00 PAS + 11:00 / PAS + ANTONIO DA SILVA 2008	24 08
7 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO	10.0	ML			E.V.	AGORA	Observação: SE NOT 60	24 08
8 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	2.0	ML			E.V.	8/8H		24 08
Diluir em Solução Fiscológica 0.9%	100.0	ML						24 08
9 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG			E.V.	12/12H		24 08
Diluir em Solução Fiscológica 0.9%	100.0	ML						24 08
10 CURATIVO	0.0							
11 HGT 66HS	0.0							
12 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0.0							
13 INSULINA REGULAR CONFORME HGT	0.0							
14 SSVV + CC66	0.0							



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, SN - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº		Nº		Data Prescrição	
FELIPE LEITE SOUZA		10/02/1997		20		MASCULINO		1030865				28/09/2017 23:59:35	
Motivo do Atendimento		Setor		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a					
ACIDENTE DE MOTOCICLETA								28/09/2017 23:59:35					

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de uso	Aprezamento
1 DIETA LIVRE	0.0			ORAL				At
2 TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO	1.0	MG		ORAL		12/12H		10
3 OMEPRAZOL 40 MG CAPSULA	0.0							26

28 de Setembro de 2017

MATHEUS MOZART SILVEIRA

CRM: 4466

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		FELIPE LEITE SOUZA		Data de		10/02/1997		Idade		20		Sexo		MASCULINO		Nº		103085		Nº		Data Prescrição		28/09/2017 19:46:10	
Motivo do Atendimento		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Setor				Posto de Trabalho				Leite				Prescrição válida a		28/09/2017 19:46:10							

MEDICAMENTOS PRESCRITOS											
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de uso	Aparazamento			
1 PARECER ORTO	0.0						Observação: LUXAÇÃO				

28 de Setembro de 2017

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
CRM: 3359

Assinatura e Selo do Profissional

Walter Luiz B. A.
CRM 3359
Mat. 9090

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

Em: 02/10/2017 06:21:01

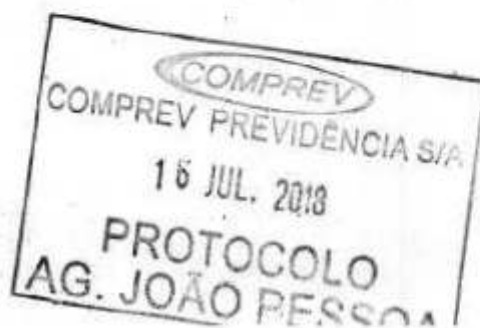
Paciente FELIPE LEITE SOUZA		Boletim de Atendimento 1030665	Data/Hora Entrada 29/09/2017 18:10:18	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/02/1997	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 162534860800003	Prontuário 104522
Tempo de Internação 3d 6h 5min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 02/10/2017 06:20:56)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

4 DIH - FRATURA DA GLENOIDE
BEG LOTE F EXAMES OK, AGUARDA CIRURGIASeção: AREA VERDE ENF 36 Letto: LEITO EXTRA 13
Profissional responsável pela Informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Impresso por: JOAO
HENRIQUE ARRUDA
RAMALHO
Em: 29/09/2017 12:26:52

Paciente FELIPE LEITE SOUZA		Boletim de Atendimento 1030685	Data/Hora Entrada 28/09/2017 18:10:18	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/02/1997	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 162534860800003	Prontuário 104522
Tempo de Internação 12h 10min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 29/09/2017 12:26:47)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

1DIH - FRATURA DA GLENOIDE

ESTÁVEL

AGUARDA EXAMES

SOLICITO TC COM RECONSTRUÇÃO 3D

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 13

Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149

[Handwritten signature]





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

Felipe Koell Souza

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

03/10/17

Sessão Social

Anexo xerox dos documentos
do paciente.

Kelly de Medeiros C. Coimbra Barreto
Assistente Social
RESS 4396 138 Registrada

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA S/A

16 JUL. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.06




Filipe Leite de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.713.203
NOME FILIPE LEITE DE SOUZA
DATA DE EMISSÃO 16/10/2008

FELICIO
FELICIO DURVAL DA SILVA SOUZA
MARILEIDE BEZERRA LEITE DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO 10/02/1997

JOÃO PESSOA - PB
NASC. N. 13.429 PLS. 156.V LIV. A. 14
CARTÓRIO 12º JOÃO PESSOA, PB20

ASSINATURA DO DIRETOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
AUTOMÓVEL NACIONAL DE TRANSPORTES

PB

1474563357

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME FILIPE LEITE DE SOUZA

DOCUMENTO / ORIG. NÚMERO 3713203 8808 PB

CNPJ 116.086.324-58 DATA NASCIMENTO 10/02/1997

FUNÇÃO
FELICIO DURVAL DA SILVA SOUZA
MARILEIDE BEZERRA LEITE DE SOUZA

PERMISSÃO PERMISSÃO ACC. AB. CATEG. AB

NÚMERO 06843505300 VIGÊNCIA 16/05/2018 1ª EMISSÃO 16/05/2017

Assinatura do Titular

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/05/2017

89608148715
98033523100

PARAIBA

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
16 JUL. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441009 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FILIPE LEITE DE SOUZA **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA (GLENOIDE) ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180441009**

Nome do(a) Examinado(a): **FILIPPE LEITE DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R ANTONIO RICARDO OLIVEIRA, 103 - MANGABEIRA - João Pessoa - PB - CEP 58058-234

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3713203**

Data e local do acidente: [**28/09/2017**] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [**19/11/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA ESCÁPULA (GLENOIDE) ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do ombro 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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro 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 a valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347465/18

Vítima: FILIPE LEITE DE SOUZA

CPF: 116.086.324-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2017

Titular do CPF: FILIPE LEITE DE SOUZA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FILIPE LEITE DE SOUZA : 116.086.324-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Recadastro
3180441009

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/09/2018
Nome: FILIPE LEITE DE SOUZA
CPF: 116.086.324-58

FILIPE LEITE DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441009 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FILIPE LEITE DE SOUZA **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA GLENOIDE DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @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.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441009 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FILIPE LEITE DE SOUZA **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA GLENOIDE DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @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.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441009 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FILIPE LEITE DE SOUZA **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA (GLENOIDE) ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: