



Número: **0801177-79.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **11/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NATANAEL TEODOSIO PESSOA (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31706 120	19/06/2020 11:10	2726603_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027045

Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NATANAEL TEODOSIO PESSOA

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,

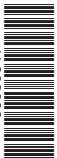
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15379316

Pag. 00093/00094 - carta_01 - INVALIDEZ

00030047



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 104.329.774-06 4 - Nome completo da vítima: Natanael Teodoro Penoa

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

5 - Nome completo: Natanael Teodoro Penoa 6 - CPF: 104.329.774-06
7 - Profissão: Povo 8 - Endereço: Rua Angélica 9 - Número: 136 10 - Complemento: 25112107
11 - Bairro: Indústria 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 58085-630
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (55) 98708 8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa Econômica
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 20481 2

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (ainda não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário sem alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Paulo, 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 104.329.774-06 4 - Nome completo da vítima: Natanael Teodoro Penoa

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

5 - Nome completo: Natanael Teodoro Penoa 6 - CPF: 104.329.774-06
7 - Profissão: Povo 8 - Endereço: Rua Angélica 9 - Número: 136 10 - Complemento: 25112107
11 - Bairro: Indústria 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 58085-630
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (55) 98708 8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Caixa Econômica
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 20481 2
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (ainda não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Paulo, 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

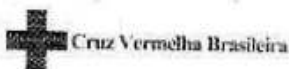


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 11:10:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061911105070200000030401737

Número do documento: 20061911105070200000030401737





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: 1172929



Identificação do paciente			
ID 483586	Nome NATANAEL TEODOSIO PESSOA		Sexo Masculino
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27 anos 11 meses 9 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA	Pai JOAZ ALVES PESSOA		Prontuário
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) MARIA DE LOURDES DE ANDRADE - ESPOSO(A)		
DDD Celular 83	Celular 986292248	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3798412	Nº Cns 166045443550003	
Local de procedência BAIRRO DAS INDUSTRIAS	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO:R	
Endereço			
CEP 58083630	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Argelia
Número 136	Complemento	Bairro Indústrias	
Admissão			
Data e Hora 25/06/2019 21:27:01	Número da pulseira 1000007137043	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte e AMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []			
Dados clínicos 25/06/19 Paciente de entrada no posto de socorro trazido pelo Sarama vítima de acidente de moto. No momento cons- ciente, orientado, agitado, em choque de dor CD5			
Diagnóstico			
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA			
CID E16.1 COPEN-PB 124613			

Imprimir

Erica Da Biango
Enfermeira
COPEN-PB 124613



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:	24/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000020481-2

Nr. da Autenticação D59B43DA5E000FC4

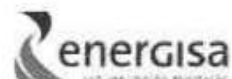


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 031.554.733



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 15.615.823-9

DADOS DO CLIENTE

ZULEIDE TEODOSIO DA SILVA
RUA ARGELIA 136 Q 511 L 127
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1481153-3

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

24/09/2019

CONSUMO

81

VENCIMENTO

01/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 71,41

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 05751.684171 3 80290000007141

Pagador: ZULEIDE TEODOSIO DA SILVA CNPJ/CPF: 467.969.914-00

RUA ARGELIA 136 Q 511 L 127 - MUMBABA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440006761684	001481153201909	01/10/2019	R\$ 71,41	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 11:10:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061911105070200000030401737>

Número do documento: 20061911105070200000030401737



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1172929 e PRONTUÁRIO nº 116569

PACIENTE: NATANAEL TEODÓSIO PESSOA

DATA DE NASCIMENTO: 16.07.91

Data e Hora do Atendimento: 25.06.19

Horário: 21:56h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de traumatismo na cabeça e na face, ferimento corto-contuso na região temporal direita, otorragia direita, trauma no ombro esquerdo. Atendido pelo Dr. Leonardo Viana CRM 5960, Dr. Leonardo Soares de Lima CRM 2170, Dr. Tomas Catão Monte Raso CRM 7742, Dr. Daniel Conserva Arruda CRM 11.134, Dra. Ana Karina M. Tormes CRM 5724, Dr. Jansen Henriques CRM 11.385.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: POLITRAUMATISMO + FRATURA DO TETO DA ORBITA +
FRONTAL DIREITO + FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10 S 42 0, S 02 1**

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da coluna cervical, Tomografia computadorizada da face, Rx da clavícula esquerda AP e Perfil, Rx de Tórax PA e Perfil, sutura do ferimento da face e tratamento cirúrgico em 28.06.19 com redução e fixação de fratura da clavícula esquerda.

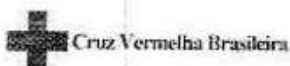
ALTA HOSPITALAR: Em 29.06.19 às 9:51h.

Data da Emissão: 19.09.19


Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986292248
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		CNS 166045443550003	Prontuário
Endereço Argélia, 136	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Nº Cons. Regional 11385/PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 26/06/2019 18:54:52	

NAMNESE

4 NCR ## PACIENTE DE 27 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TCE, ONTEM +/- 20H. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EVOLUI COM CEFALÉIA E TONTURA. ANT.: NEGA ALERGIAS. EF.: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGNTES. MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lâmina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. TC COLUNA CERVICAL: Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais. Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual. Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações. Articulações interapofisárias de aspecto habitual. Não há sinais de hérnias disciais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano. Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada. Forames de conjugação livres. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lâmina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. CD.: SINTOMÁTICOS SEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA. NO MOMENTO. LIBERADO PARA INTERNAÇÃO PELA ORTOPEDIA, SOLICITAR REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA SE NECESSÁRIO.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

CLIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

Medico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PB 11385



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 11:10:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061911105070200000030401737>

Número do documento: 20061911105070200000030401737

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	CNS 16604543550903
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Endereço Argélia, 136	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO SOARES DE LIMA	Nº Cons. Regional 2170/PB
Acidente MOTO X MOTO	Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01	Data/Hora Prescrição 25/06/2019 21:56:19	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (ALCOOLIZADO); TEVE TRAUMATISMO NA CABEÇA E FACE (FOC NA REGIÃO TEMPORAL D); OTORRAGIA D E PROVAVEL FRATURA DE CLAVICULA E, ALEM DE ALGUMAS ABRASÕES EM EXTREMIDADES; NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS; CONDUTA: 1. TC DE CRÂNIO; FACE. RX DE COLUMA CERVICAL TORAX/ CLAVICULA E; 2. PARECER DA NCR/ B.M.F./ ORTO; 3. ANALGESIA;

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S);

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. AGORA

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

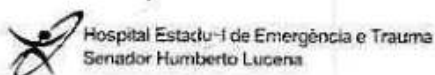
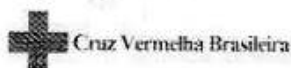
Em observação.

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

LEONARDO SOARES DE LIMA
(2170/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55



**AREA AMARELA**

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

Tel: 321657()

CNES: 454554

Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	CNS 166045443550003
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA			Telefone de Contato (83) 986292248
Endereço Argélia, 136	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	UF PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 25/06/2019 23:43:55	Nº Cons. Regional 7742/PB

ANAMNESE

INCIR## PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO. TCE, SEM PERDA DA CONSCIENCIA E SEM VOMITOS. REG. CONFUSO E DESORIENTADO ECG 14, AGITADO SEM DEFICITS SEM CERVICALGIA TC DE CRANIO: FRATURA DO TETO DA ORBITA E FRONTAL A DIREITA, ESTA SEM DESALINHAMENTO PEQUENA CONTUSÃO FRONTAL A DIREITA TC COL CERVICAL: SEM FRATURAS/LISTESE CD: OBS NUEROLOGICA

Conduta

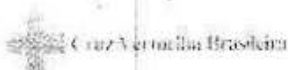
Em observação

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Tomás Catao Monte Raso
Neurocirurgia
CRM/PB 7742
TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Exito
NATANAEL TEODOSIO PESSOA	1172929	25/06/2019 21:27:01	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
16/07/1991	27a 11m 10d	Masculino	(83) 986292248
Mãe		CNS	Prontuário
ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		166043443550003	
Endereço	Santo	Município	UF
Argélia, 136	Indústrias	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DANIEL CONSERVA ARRUDA	11134/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
25/06/2019 21:27:01		26/06/2019 00:00:38	

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR EM OMBRO ESQUERDO SEM OUTRAS QUEIXAS EM MMII. OMMISSÃO DE OMBRO ESQUERDO LIMITADA RX COM FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA SOLICITO IMOBILIZAÇÃO + RX

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO S

Conduta

Em observação

Daniel Conserva Arruda
CRM: 11134/PB
Ortopedia e Traumatologia

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

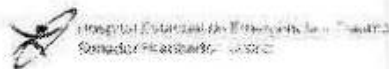
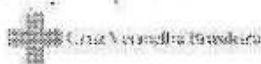
Exatim registrado por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 11:10:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061911105070200000030401737>

Número do documento: 20061911105070200000030401737



POSTO I A

Endereço: INTERNO, S/N., JOAO PESSOA - PB, 51111111

Tel:

CNES: 454546

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
NATANAEL TEODOSIO PESSOA	11/72929	25/06/2019 11:27:01	
Data de nascimento	Sexo	CNIS	Telefone de Contato
16/07/1991	Masculino	166045443560603	(83) 986292248
Idade			Profissão
27a 11m 10d			
Nome			UF
ZULEIDE TEODOSIO PESSOA			PB
Endereço	Bairro	Município	Nº Cons. Regional
Argêta, 105	Indústrias	JOAO PESSOA	5724/PB
Tipo de Lesão	Motivo	Profissão	
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES	
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
25/06/2019 21:27:01		26/06/2019 03:04:58	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM FACE. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, CONTACTUANTE, BEM-HEITOR. AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE EXTENSA ESCORIAÇÃO EM HEMIFACE D + FERIMENTO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO TEMPORAL D, AUSÊNCIA DE DEGRAU ÓSSEO PALPÁVEL EM FACE, OCLUSÃO ESTÁVEL, BOA ABERTURA BUCAL. TC DE FACE SEM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURAS DE FACE. CD: REALIZADA DEBRIDAMENTO E SUTURA DE FERIMENTO + MEDICADO E ORIENTADO QUANTO ACIDIDADES. COBERTURA ANTITÉTANICA + ALTA DA BMF + SEQUE EM OBSERVAÇÃO PELA NCR.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

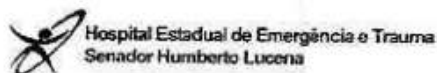
Ana Karina M. Tormes
C. E. O. MAXILOFACIAL/DTM-DOF
5724

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
(CRO: 5724/PB)

Sistema registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	CNS 166045443550003
Mão ZULEIDE TEODOSIO PESSOA			Telefone de Contato (83) 986292248
Endereço Argêila, 136	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	UF PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 26/06/2019 16:13:11	Nº Cons. Regional 6028/PB

ANAMNESE

NCR ## PACIENTE DE 27 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TCE, ONTEM +/- 20H. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EVOLUI COM CEFALÉIA E TONTURA. ANT.: NEGA ALERGIAS. EF.: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGNTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lâmina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. TC COLUNA CERVICAL: Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais. Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual. Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações. Articulações interapofisárias de aspecto habitual. Não há sinais de hêmias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano. Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada. Forames de conjugação livres. CD.: SOL. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE. SINTOMÁTICOS.

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

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

Diluir

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

CUIDADOS

SSVV + CCGG

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

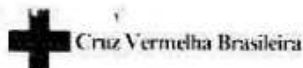
COLAR CERVICAL

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Conduta





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

OK 70



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986292248
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		CNS 166045443550003	Prontuário
Endereço Argélia, 136	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	Nº Cons. Regional 6028/PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 26/06/2019 18:35:02	

AMNESE

NCR ## PACIENTE DE 27 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TCE, ONTEM +/- 20H. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EVOLUI COM CEFALÉIA E TONTURA. ANT.: NEGA ALERGIAS, EF.: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lamina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. TC COLUNA CERVICAL: Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais. Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual. Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações. Articulações interapofisárias de aspecto habitual. Não há sinais de hérnias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano. Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada. Forames de conjugação livres. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lamina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. CD.: SINTOMÁTICOS SEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO. LIBERADO PARA INTERNAÇÃO PELA ORTOPEDIA. SOLICITAR REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA SE NECESSÁRIO.

Conduta

Em observação

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(CRM: 6028/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 11:10:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061911105070200000030401737>

Número do documento: 20061911105070200000030401737

Num. 31706120 - Pág. 16



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

Número: _____

Prontuário: _____

Paciente: MATANIEL TUDORO PESSOA

Data: 28/06/19

Procedimento: Tr. Fratura da clavícula

Reposição: _____

SUS: (X) Não SUS: ()

Médico: D^{ro} Renan + D^{ro} Jansen R + D^{ra} Tammara

DISPENSÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
<u>Ortholite</u>	<u>Placa de reconstrução ob. pura</u>	<u>01</u>
	<u>Parab. cort. n.º 14</u>	<u>02</u>
	<u>2 7 n.º 16</u>	<u>03</u>
	<u>2 7 n.º 18</u>	<u>01</u>
	<u>Obs. D^{ra} adota 2x 3.5 tuc. mai,</u>	
	<u>mat. de usuaia.</u>	

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
<u>medica</u>	<u>Agulha de Bloco 19-50</u>	<u>01</u>

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN
N.º da Guia Atividade C. Lina
COREN-PB 56904-ENF



	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CDD, IBGE, MUNICÍPIO	
15 - UF			16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL	
			24 - CID 10 SECUNDÁRIO	
			25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			32 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - ORGULHO DE PLANO H 50-01 ex-3-5-orthob.				
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO Placa. de reconstrução 06. paraf. 01 Paraf. cont. no 14.02 " " no 16.03 " " no 18.01				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO			42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			44 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
AUTORIZAÇÃO				
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO			48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	





RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: NATANAEL TEODOSIO PESSOA BE/PRONTUÁRIO
IDADE: SEXO: MASC COR: DATA: 28/6/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEdia EMP: LR:
CIRURGIA: FRATURA CLAVÍCULA ESQ
CIRURGIÃO: DR RENNÁ 1º ASS: DR TAMMER
2º ASS: MR1 JANSEN 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO	

IDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO.

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA☐ RESIDÊNCIA☐ TERAPIA INTENSIVA☐ OBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PA 11385

DATA: 28/6/2019





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSML

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

INCISÃO DA PELE

DISSECAÇÃO POR PLANOS

CUIDADOS COM A HEMOSTASIA

Achados:

FRATURADA CLAVICULA ESQUERDA

Conduta:

REDUÇÃO CIRÚRGICA

FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO

LIMPEZA COM SFO 3%

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

ATIVOS ESTEREIS

Observação:

Méico/CRM:

Méico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PA 11385

João Pessoa,

28/6/2019





27 177 2939 Nataniel Teodoro Pessoa

TC. Fratura de clavícula E
Dr. Renan L. D. Jansen R + Dr. Tammara
Sedação + bloqueio
Dr. Fabiano
Mithaly

28-06-19 8:40 9:20 - 10:37

ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	ALCO 1000		
2	1	ALCO 500		
3	1	ALCO 250		
4	1	ALCO 125		
5	1	ALCO 62,5		
6	1	ALCO 31,25		
7	1	ALCO 15,625		
8	1	ALCO 7,8125		
9	1	ALCO 3,90625		
10	1	ALCO 1,953125		
11	1	ALCO 0,9765625		
12	1	ALCO 0,48828125		
13	1	ALCO 0,244140625		
14	1	ALCO 0,1220703125		
15	1	ALCO 0,06103515625		
16	1	ALCO 0,030517578125		
17	1	ALCO 0,0152587890625		
18	1	ALCO 0,00762939453125		
19	1	ALCO 0,003814697265625		
20	1	ALCO 0,0019073486328125		
21	1	ALCO 0,00095367431640625		
22	1	ALCO 0,000476837158203125		
23	1	ALCO 0,0002384185791015625		
24	1	ALCO 0,00011920928955078125		
25	1	ALCO 0,000059604644775390625		
26	1	ALCO 0,0000298023223876953125		
27	1	ALCO 0,00001490116119384765625		
28	1	ALCO 0,000007450580596923828125		
29	1	ALCO 0,0000037252902984619140625		
30	1	ALCO 0,00000186264514923095703125		
31	1	ALCO 0,000000931322574615478515625		
32	1	ALCO 0,0000004656612873077392578125		
33	1	ALCO 0,00000023283064365386962890625		
34	1	ALCO 0,000000116415321826934814453125		
35	1	ALCO 0,0000000582076609134674072265625		
36	1	ALCO 0,00000002910383045673370361328125		
37	1	ALCO 0,000000014551915228366851806640625		
38	1	ALCO 0,0000000072759576141834259033203125		
39	1	ALCO 0,00000000363797880709171295166015625		
40	1	ALCO 0,000000001818989403545856475830078125		
41	1	ALCO 0,0000000009094947017729282379150390625		
42	1	ALCO 0,00000000045474735088646411895751953125		
43	1	ALCO 0,000000000227373675443232059478759765625		
44	1	ALCO 0,0000000001136868377216160297393798828125		
45	1	ALCO 0,00000000005684341886080801486968994140625		
46	1	ALCO 0,00000000002842170943040400743484497071015625		
47	1	ALCO 0,000000000014210854715202003717422485355078125		
48	1	ALCO 0,0000000000071054273576010018587112426775390625		
49	1	ALCO 0,00000000000355271367880050092935562133876953125		
50	1	ALCO 0,0000000000017763568394002504646778106693828125		
51	1	ALCO 0,00000000000088817841970012523233890533469140625		
52	1	ALCO 0,000000000000444089209850062616169452667345703125		
53	1	ALCO 0,0000000000002220446049250313080847263336728515625		
54	1	ALCO 0,00000000000011102230246251564404236316683642578125		
55	1	ALCO 0,0000000000000555111512312577220211815833422133876953125		
56	1	ALCO 0,0000000000000277555756156288610105907666711061693828125		
57	1	ALCO 0,00000000000001387778780781443050529538333558308469140625		
58	1	ALCO 0,0000000000000069388939039072152526476916667772845703125		
59	1	ALCO 0,0000000000000034694469519536076263238458333886123828125		
60	1	ALCO 0,0000000000000017347234759768038131619229166942845703125		
61	1	ALCO 0,00000000000000086736173798840190658096145833469140625		
62	1	ALCO 0,000000000000000433680868994200953290480729167345703125		
63	1	ALCO 0,00000000000000021684043449710047664524036458369140625		
64	1	ALCO 0,000000000000000108420217248550238322620182291845703125		
65	1	ALCO 0,000000000000000054210108624275119161310091145922845703125		
66	1	ALCO 0,00000000000000002710505431213755958065504557296140625		
67	1	ALCO 0,000000000000000013552527156068779790327522786480703125		
68	1	ALCO 0,0000000000000000067762635780343898951637613932403515625		
69	1	ALCO 0,00000000000000000338813178901719494758188069662017578125		
70	1	ALCO 0,000000000000000001694065894508597473790940348310087890625		
71	1	ALCO 0,0000000000000000008470329472542987368954701741550439453125		
72	1	ALCO 0,00000000000000000042351647362714936844773508707752197265625		
73	1	ALCO 0,000000000000000000211758236813574684223867543538760986328125		
74	1	ALCO 0,0000000000000000001058791184067873421119337717693804931640625		
75	1	ALCO 0,00000000000000000005293955920339367105596688588469024658203125		
76	1	ALCO 0,000000000000000000026469779601696835527983442942345123291015625		
77	1	ALCO 0,00000000000000000001323488980084841776399172147117256116455078125		
78	1	ALCO 0,000000000000000000006617444900424208881995860735586280582275390625		
79	1	ALCO 0,0000000000000000000033087224502121044409979303677931402911376953125		
80	1	ALCO 0,000000000000000000001654361225106052220498965183896570145568828125		
81	1	ALCO 0,0000000000000000000008271806125530261102494825919492850727844140625		
82	1	ALCO 0,00000000000000000000041359030627651305512474129597464253639220703125		
83	1	ALCO 0,0000000000000000000002067951531382565275623706479873212681961015625		
84	1	ALCO 0,00000000000000000000010339757656912826378118532399366063409805078125		
85	1	ALCO 0,000000000000000000000051698788284564131890592661996830317049025390625		
86	1	ALCO 0,0000000000000000000000258493941422820659452963309984151585245126953125		
87	1	ALCO 0,00000000000000000000001292469707114103297264816549920757926225634765625		
88	1	ALCO 0,000000000000000000000006462348535570516486324082749603789631128173828125		
89	1	ALCO 0,0000000000000000000000032311742677852582431612041248018948155640869140625		
90	1	ALCO 0,00000000000000000000000161558713389262912158060206240094740778204395703125		
91	1	ALCO 0,000000000000000000000000807793566946314557940301031200473703891021978515625		
92	1	ALCO 0,0000000000000000000000004038967834731572789701505156002368519455109892578125		
93	1	ALCO 0,00000000000000000000000020194839173657863948507525780011842597275494462890625		
94	1	ALCO 0,000000000000000000000000100974195868289319742537628900059212986377222314453125		
95	1	ALCO 0,000000000000000000000000050487097934144659871268814450029606493188611718765625		
96	1	ALCO 0,0000000000000000000000000252435489670723299356344072250148032465943585588828125		
97	1	ALCO 0,00000000000000000000000001262177448353616496781720361250740162029717927944140625		
98	1	ALCO 0,000000000000000000000000006310887241768082483908601806250370081048589639720703125		
99	1	ALCO 0,0000000000000000000000000031554436208840412419543009031251850405242744783543515625		
100	1	ALCO 0,00000000000000000000000000157772181044202062097715045156259252026213723917717578125		
101	1	ALCO 0,00000000000000000000000000078886090522101031048857522578125462601310686958888765625		
102	1	ALCO 0,0000000000000000000000000003944304526105051524442876128906252313006553432979444378125		
103	1	ALCO 0,0000000000000000000000000001972152263052525762221438064453125115650327671648972218765625		
104	1	ALCO 0,0000000000000000000000000000986076131526262881110719032226562557825163835824486109378125		
105	1	ALCO 0,0000000000000000000000000000493038065763131440555359516113281252891258191791224305468765625		
106	1	ALCO 0,00000000000000000000000000002465190328815657202776797580664062514456290958956121717718765625		
107	1	ALCO 0,00000000000000000000000000001232595164407828601388398790332031257228145479478060888765625		
108	1	ALCO 0,000000000000000000000000000006162975822039143006941993951661015625361407249739030444378125		
109	1	ALCO 0,000000000000000000000000000003081487911019571503470996975830507812518070362486951722218765625		
110	1	ALCO 0,0000000000000000000000000000015407439555097857517354984879152539062590351812434758611109378125		
111	1	ALCO 0,000000000000000000000000000000770371977754892875867749243957761953125451759062197878055468765625		
112	1	ALCO 0,00000000000000000000000000000038518598887744643793387462197878055468765625225879531089390277734378125		
113	1	ALCO 0,000000000000000000000000000000192592994438723218966937310989390277734378125112939765544469513886718765625		
114	1	ALCO 0,0000000000000000000000000000000962964972193616094834686549946951388671876562556469877722234758611109378125		
115	1	ALCO 0,0000000000000000000000000000000481482486096808047417243274973475861110937812528234938861129277734378125		
116	1	ALCO 0,00000000000000000000000000000002407412430484040237086216374868777343781251411746943060613886718765625		
117	1	ALCO 0,000000000000000000000000000000012037062152420201185443081872434388671876562570587347153030694378125		
118	1	ALCO 0,00000000000000000000000000000000601853107621010059272193618721719437812535293673576534718765625		
119	1	ALCO 0,0000000000000000000000000000000030092655381050502963609680860859378125176468367878267390625		
120	1	ALCO 0,00000000000000000000000000000000150463276905252514818048404304296876562588234183939136953125		
121	1	ALCO 0,000000000000000000000000000000000752316384526262574090242021521484378125441170919695684765625		
122	1	ALCO 0,00000000000000000000000000000000037615819226313128704512101076074218765625220585459847842390625		
123	1	ALCO 0,000000000000000000000000000000000188079096131565643522560505380371093781251102927299239211953125		
124	1	ALCO 0,0000000000000000000000000000000000940395480657828217612802526901854687656255514636496196059765625		
125	1	ALCO 0,00000000000000000000000000000000004701977403289141088064012645009273437812527573182480980298765625		
126	1	ALCO 0,000000000000000000000000000000000023509887016445705440320063225004636718765625137865912404940149378125		
127	1	ALCO 0,0000000000000000000000000000000000117549435082228527201600316125023183593781256893295722472007468765625		
128	1	ALCO 0,0000000000000000000000000000000000058774717541114263600800155625114465968612360037343781253446647861236003734378125		
129	1	ALCO 0,00000000000000000000000000000000000293873587705571318004000778125572329843061800186718765625172332393061800186718765625		
130	1	ALCO 0,000000000000000000000000000000000001469367938527856590020003890625286164921505900933593781258616619653090093359378125		

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO		GRUPO SANGÜÍNEO	
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		PRONTUÁRIO: 1172929		SEXO: M		COR:		IDADE: 27a	
EXAMES COMPLEMENTARES											
AP. RESPIRATÓRIO											
AP. DIGESTIVO											

PRE-ANESTÉSICO	ESTADO MENTAL	AP. CIRCULATÓRIO	ESTADO FÍSICO
DOSE HORA	Consent	DROGAS EM USO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Nidazolam Lu		
CIRURGIÁ REALIZADA	Proctera Ovaricela eq.		
CIRURGIÃO	Protonato Cirurg.		

ANESTESISTA		QUANT. DE CH	DURAÇÃO DA ANESTESIA
De Frobizia			
GENÉTIKA	8.60	9.40	VALORES R\$
Nº	07	10.60	CRM-PB

[illegible]

☐ BACULIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOO PLEXO ☐ BLOO NERVOS ☐ OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO		
1	Midazolam 4mg	11
2	Fentanyl 10mcg	12
3	Propofol 25mg	13
4	Propofol 15mg	14
5	Midazolam 2% 400ml	15
6	Propofol 100ml	16
7	Midazolam 2g	17
8	Propofol 10mg	18
9	Propofol 1mg	19
10	Propofol 2g	20
11	Propofol 10mg	21
12	Propofol 10mg	22
13	Propofol 10mg	23
14	Propofol 10mg	24
15	Propofol 10mg	25
16	Propofol 10mg	26
17	Propofol 10mg	27
18	Propofol 10mg	28
19	Propofol 10mg	29
20	Propofol 10mg	30
21	Propofol 10mg	31
22	Propofol 10mg	32
23	Propofol 10mg	33
24	Propofol 10mg	34
25	Propofol 10mg	35
26	Propofol 10mg	36
27	Propofol 10mg	37
28	Propofol 10mg	38
29	Propofol 10mg	39
30	Propofol 10mg	40
31	Propofol 10mg	41
32	Propofol 10mg	42
33	Propofol 10mg	43
34	Propofol 10mg	44
35	Propofol 10mg	45
36	Propofol 10mg	46
37	Propofol 10mg	47
38	Propofol 10mg	48
39	Propofol 10mg	49
40	Propofol 10mg	50

Medico
Dr. Jansen Henriques
CRM/SP 11335

F. INDIASOR 026-1





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932171256

Data Nasc: 16/07/1991 - 27 anos

Paciente: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Data Exame: 25/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

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

Análise:

Exame realizado em caráter de urgência para avaliação de paciente vítima de trauma. Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais.

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interapofisárias de aspecto habitual.

Não há sinais de hérnias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Forames de conjugação livres.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

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 26/06/2019 10:24.

Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932171256

Data Nasc: 16/07/1991 - 27 anos

Paciente: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Data Exame: 25/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura do osso frontal direito e da lamina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados.

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 26/06/2019 10:18.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB





Exatamento de Alta

Nome: NATANAEL TEODOSIO PESSOA		Número Prontuário: 116569	
Data de Nascimento: 16/07/1991	Sexo: Masculino	Data de Internação: 29/06/2019 19:51:04	Data de Alta: 29/06/2019 09:51:00
Motivo da alta ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=PCT SUGEST DO A TIO CIRURGICO (ORT) - OSTEOSSINTESE DE CLAVICULA DIA 28/06 POR DR RENNA + DR TAMMER			
Resumo da internação: resumoInternação=INT. INTERNAÇÃO 29/06/19 CIRURGIA DE OSTEOSSINTESE DE CLAVICULA DIA 28/06/19			
Resultado de Exames: resultadoExames=RADIOGRAFIA REVELA DE OSTEOSSINTESE DE CLAVICULA			
Tratamento: tratamento=OSTEOSSINTESE DE CLAVICULA			
Diagnóstico: S42.0 - Fratura de clavícula			
Recomendações: recomendações=1. LEVANTAR O PACIENTE COM CUIDADO 2. ANGIÓGRAMA DE VASOS DEBILITADOS			

Data: 29/06/2019

Leopoldo Viana
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 5960 - PB

LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
CRM: 5960 - PB



Receituário

Paciente: NATANASI TEODOSIO VES

Idade: 12

Data: 10/06/2020 11:05:11

Local: HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Data: 10/06/2020 11:05:11

ENCAMINHAMENTO AO HTOP
RETORNO COM 7 DIAS

POSTURAMENTO A TTO CIRURGICO PARA TENDONITESE DE CLAVICULA POR DR
RENN + DR TAMMER

Dr. LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
5960/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

R

Paciente: NATANASI TEODOSIO VES

Data: 10/06/2020 11:05:11

ENCAMINHAMENTO AO HTOP
RETORNO COM 7 DIAS

POSTURAMENTO A TTO CIRURGICO E
RENN + DR TAMMER

Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de E
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro



Dr. Suelio Moreira Torres

Dr. SUELIO MOREIRA TORRES
CRM 200000030401737

USO ORAL

CEFALDROXILA 500 -- 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

PROFENID 100 -- 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de E
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro

8



Recetário

Paciente: NATANATI TEODOSIO PESS

Idade:

Data: 27/06/2019 08:57:18

Socio: Maria Rosa - CPF: 040.784.784-010 - BAP: 11/00000

USO ORAL

CEFALDROXILA 500 — 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

PROFENID 100 — 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

Leopoldo Viana Batista Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 5960/PB

Dr. LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO

5960/PB

R

Paciente: NATANATI TEODOSIO PESS

Data: 27/06/2019 08:57:18

USO ORAL

CEFALDROXILA 500 — 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

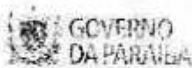
PROFENID 100 — 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de E
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro



 GOVERNO DA PARAÍBA	 GOVERNO DA PARAÍBA
Receituário Paciente: NATANAT T. TRIMOSIO PES Data: 19/06/2020 11:10:51 ATESTADO MEDICO ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE NESTE SERVIÇO DE, DA 26/06/19 E Q ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS CID Z54/S42  Dr. LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO 5960/PB	R Paciente: NATANAT T. TRIMOSIO PES Data: 19/06/2020 11:10:51 ATESTADO MEDICO ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE NESTE SERVIÇO DE, DA 26/06/19 E Q ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS CID Z54/S42  Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
 Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
 Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COB. RENAVAM	PLA	EXERCÍCIO
			2018
NOME / ENDEREÇO			

SERVIÇO		PLACA	
		QSF6180	
PLACA ANT./P.		CHASSI	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD	
HONDA/CG 125I FAN		2018 2018	
CAP./POT./CC		CATEGORIA	
		COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR		PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
30/12/2019		1º	
PARCELAMENTO/COTAS		2º	
		3º	
PRÊMIO LÍQUIDO (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO			
OBSERVAÇÕES			
ALIENACAO FIDUCIARIA			
LOCAL		DATA	
JOAO PESSOA		18/12/2019	

QSF6180

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: *****

Placa: QSF6180

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 125I FAN

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2018

Ano Modelo: 2018

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: PRETA

Vencimento Licenciamento: 30/12/2019

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: JOAO PESSOA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 18/12/2019



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO P
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA O
- DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍV
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INF
- TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLE
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS)
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) D
- SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME
- (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDIT
- CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS

DOCUMENTOS COMPLEM

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRE
- DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRAB
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HO
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NO
- DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPR

INFORMAÇÕES IMPORTA

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$:
 - INVALIDEZ PE
 - DAS LESÕES
 - DESPESAS MI
 - VARIA CONF
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇ
- COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PO
- LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDEI
- GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTRI

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA 

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027045 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) PGS 9,13,14
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027045 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) PGS 9,13,14
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027045

Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NATANAEL TEODOSIO PESSOA

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

Carta nº 15379316



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 104.329.774-06 4 - Nome completo da vítima: Natanael Teodoro Penoa

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

5 - Nome completo: Natanael Teodoro Penoa 6 - CPF: 104.329.774-06
7 - Profissão: R. Euro 8 - Endereço: Rua Angélica 9 - Número: 136 10 - Complemento: 25112107
11 - Bairro: Indústria 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 58085-630
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (55) 98708 8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa Econômica
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 20481 2

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.

22 - 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, §2º, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (ainda não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Paulo, 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 104.329.774-06 4 - Nome completo da vítima: Natanael Teodoro Penoa

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

5 - Nome completo: Natanael Teodoro Penoa 6 - CPF: 104.329.774-06
7 - Profissão: R. Euro 8 - Endereço: Rua Angélica 9 - Número: 136 10 - Complemento: 25112107
11 - Bairro: Indústria 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 58085-630
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (55) 98708 8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa Econômica
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 20481 2

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.

22 - 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, §2º, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (ainda não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Paulo, 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019







Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1172929



Identificação do paciente

ID 483586	Nome NATANAEL TEODOSIO PESSOA		Sexo Masculino
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27 anos 11 meses 9 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA	Pai JOAZ ALVES PESSOA		Prontuário
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) MARIA DE LOURDES DE ANDRADE - ESPOSO(A)		
DDD Celular 83	Celular 986292248	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3798412	Nº Cns 166045443550003	
Local de procedência BAIRRO DAS INDUSTRIAS	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO:R	

Endereço

CEP 58083630	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Argelia
Número 136	Complemento	Bairro Indústrias	

Admissão

Data e Hora 25/06/2019 21:27:01	Número da pulseira 1000007137043	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos 25/06/19 Paciente de 27 anos, masculino, trazido pela Sociedade de Acidentes de Motocicleta. No momento cons- ciente, alertado, agitado, em choque hemodinâmico.						

Diagnóstico

Atendido por
YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA

CID

Enrica Dal Bianco

COPEN-PB 124615

Imprimir



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 11:10:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061911105070200000030401737>

Número do documento: 20061911105070200000030401737

Num. 31706120 - Pág. 39

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:	24/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000020481-2

Nr. da Autenticação D59B43DA5E000FC4

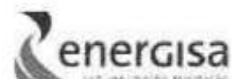


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 031.554.733



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.615.823-9

DADOS DO CLIENTE

ZULEIDE TEODOSIO DA SILVA
RUA ARGELIA 136 Q 511 L 127
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1481153-3

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

24/09/2019

CONSUMO

81

VENCIMENTO

01/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 71,41

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 06761.684171 3 80290000007141

Pagador: ZULEIDE TEODOSIO DA SILVA CNPJ/CPF: 467.969.914-00

RUA ARGELIA 136 Q 511 L 127 - MUMBABA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440006761684	001481153201909	01/10/2019	R\$ 71,41	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 11:10:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061911105070200000030401737>

Número do documento: 20061911105070200000030401737



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1172929 e PRONTUÁRIO nº 116569

PACIENTE: NATANAEL TEODÓSIO PESSOA

DATA DE NASCIMENTO: 16.07.91

Data e Hora do Atendimento: 25.06.19

Horário: 21:56h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de traumatismo na cabeça e na face, ferimento corto-contuso na região temporal direita, otorragia direita, trauma no ombro esquerdo. Atendido pelo Dr. Leonardo Viana CRM 5960, Dr. Leonardo Soares de Lima CRM 2170, Dr. Tomas Catão Monte Raso CRM 7742, Dr. Daniel Conserva Arruda CRM 11.134, Dra. Ana Karina M. Tormes CRM 5724, Dr. Jansen Henriques CRM 11.385.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: POLITRAUMATISMO + FRATURA DO TETO DA ORBITA +
FRONTAL DIREITO + FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10 S 42 0, S 02 1**

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da coluna cervical, Tomografia computadorizada da face, Rx da clavícula esquerda AP e Perfil, Rx de Tórax PA e Perfil, sutura do ferimento da face e tratamento cirúrgico em 28.06.19 com redução e fixação de fratura da clavícula esquerda.

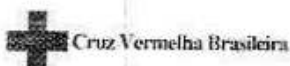
ALTA HOSPITALAR: Em 29.06.19 às 9:51h.

Data da Emissão: 19.09.19


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVBM/ETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente
NATANAEL TEODOSIO PESSOA

BAE
1172929

Data/Hora Entrada
25/06/2019 21:27:01

Data Baixa

Data de nascimento
16/07/1991

Idade

27a 11m 10d

Sexo

Masculino

CNS

166045443550003

Telefone de Contato
(83) 986292248

Prontuário

Mãe
ZULEIDE TEODOSIO PESSOA

Endereço
Argélia, 136

Bairro

Indústrias

Município

JOAO PESSOA

UF

PB

Nº Cons. Regional

11385/PB

Acidente
MOTO X MOTO

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Profissional

JANSEN HENRIQUES CEZARINO

Data/Hora Prescrição

26/06/2019 18:54:52

Data/Hora Classificação
25/06/2019 21:27:01

NAMNESE

4 NCR ## PACIENTE DE 27 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TCE, ONTEM +/- 20H. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EVOLUI COM CEFALÉIA E TONTURA. ANT.: NEGA ALERGIAS. EF.: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGNTES. MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lâmina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. TC COLUNA CERVICAL: Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais. Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual. Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações. Articulações interapofisárias de aspecto habitual. Não há sinais de hérnias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano. Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada. Forames de conjugação livres. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lâmina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. CD.: SINTOMÁTICOS SEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO. LIBERADO PARA INTERNAÇÃO PELA ORTOPEDIA, SOLICITAR REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA SE NECESSÁRIO.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

ASPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

Medico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PB 11385



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 11:10:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061911105070200000030401737>

Número do documento: 20061911105070200000030401737

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAC 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986292248
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		CNS 166045443550903	Prontuário
Endereço Argélia, 136	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO SOARES DE LIMA	Nº Cons. Regional 2170/PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 25/06/2019 21:56:19	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (ALCOOLIZADO); TEVE TRAUMATISMO NA CABEÇA E FACE (FOC NA REGIÃO TEMPORAL D); OTORRAGIA D E PROVAVEL FRATURA DE CLAVICULA E, ALEM DE ALGUMAS ABRASÕES EM EXTREMIDADES; NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS; CONDUTA: 1. TC DE CRÂNIO; FACE. RX DE COLUMA CERVICAL TORAX/ CLAVICULA E; 2. PARECER DA NCR/ B.M.F./ ORTO; 3. ANALGESIA;

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S).

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. AGORA

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

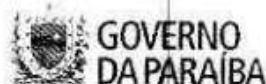
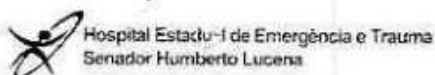
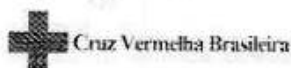
Em observação.

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

LEONARDO SOARES DE LIMA
(2170/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55



**AREA AMARELA**

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

Tel: 321657()

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
NATANAEL TEODOSIO PESSOA	1172929	25/06/2019 21:27:01	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
16/07/1991	27a 11m 10d	Masculino	(83) 986292248
Mãe		CNS	Prontuário
ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		166045443550003	
Endereço	Bairro	Município	UF
Argélia, 136	Indústrias	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	TOMAS CATAO MONTE RASO	7742/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
25/06/2019 21:27:01		25/06/2019 23:43:55	

ANAMNESE

INCIR## PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO. TCE, SEM PERDA DA CONSCIENCIA E SEM VOMITOS. REG. CONFUSO E DESORIENTADO ECG 14, AGITADO SEM DEFICITS SEM CERVICALGIA TC DE CRANIO: FRATURA DO TETO DA ORBITA E FRONTAL A DIREITA, ESTA SEM DESALINHAMENTO PEQUENA CONTUSÃO FRONTAL A DIREITA TC COL CERVICAL: SEM FRATURAS/LISTESE CD: OBS NUEROLOGICA

Conduta

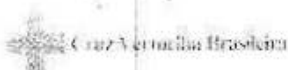
Em observação

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Tomás Catao Monte Raso
Neurocirurgia
CRM/PB 7742
TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Exa
NATANAEL TEODOSIO PESSOA	1172929	25/06/2019 21:27:01	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
16/07/1991	27a 11m 10d	Masculino	(83) 986292248
Mãe		CNS	Prontuário
ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		166043443550003	
Endereço	Santo	Município	UF
Argélia, 136	Indústrias	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DANIEL CONSERVA ARRUDA	11134/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
25/06/2019 21:27:01		26/06/2019 00:00:38	

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR EM OMBRO ESQUERDO SEM OUTRAS QUEIXAS EM MMII
OU AMISSÃO DE OMBRO ESQUERDO LIMITADA RX COM FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA SOLICITO IMOBILIZAÇÃO + RX

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO S

Conduta

Em observação

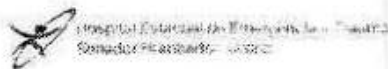
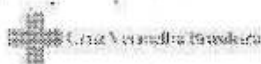
Daniel Conserva Arruda
CRM 11134/PB
Ortopedia e Trauma

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

Exatim registrado por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55





POSTO I A

Endereço: INTERNO, S/N., JOAO PESSOA - PB, 51111111

Tel:

CNES: 454546

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
NATANAEL TEODOSIO PESSOA	11/2929	25/05/2019 11:27:01	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
16/07/1991	27a 11m 10d	Masculino	(83) 986292248
Nome		CNIS	Profissão
ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		166045443560603	
Endereço	Bairro	Município	UF
Argêta, 105	Indústrias	JOAO PESSOA	PB
Tipo de Lesão	Evento	Profissão	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES	5724/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
25/06/2019 21:27:01		26/06/2019 03:04:58	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM FACE. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, CONTACTUANTE, ZUFRESCO, CORADO. AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE EXTENSA ESCORIAÇÃO EM HEMIFACE D + FERIMENTO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO TEMPORAL D, AUSÊNCIA DE DEGRAU ÓSSEO PALPÁVEL EM FACE, OCLUSÃO ESTÁVEL, BOA ABERTURA BUCAL. TC DE FACE SEM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURAS DE FACE. CD: REALIZADA DEBRIDAMENTO E SUTURA DE FERIMENTO + MEDICADO E ORIENTADO QUANTO ACUIDADOS. COBERTURA ANTITÉTANICA + ALTA DA BMF + SEGUIR EM OBSERVAÇÃO PELA NCR.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

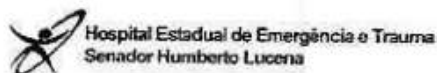
Ana Karina M. Tormes
C. E. E. MAXILOFACIAL/DTM-DOF
5724

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
(CRG: 5724/PB)

Sistema desenvolvido por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
NATANAEL TEODOSIO PESSOA	1172929	25/06/2019 21:27:01	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
16/07/1991	Masculino	166045443550003	(83) 986292248
Mão			Prontuário
ZULEIDE TEODOSIO PESSOA			
Endereço	Bairro	Município	UF
Argêila, 136	Indústrias	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	6028/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
25/06/2019 21:27:01		26/06/2019 16:13:11	

ANAMNESE

NCR ## PACIENTE DE 27 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TCE, ONTEM +/- 20H. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EVOLUI COM CEFALÉIA E TONTURA. ANT.: NEGA ALERGIAS. EF.: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGNTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lâmina papirácea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. TC COLUNA CERVICAL: Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais. Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual. Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações. Articulações interapofisárias de aspecto habitual. Não há sinais de hêmias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano. Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada. Forames de conjugação livres. CD.: SOL. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE. SINTOMÁTICOS.

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

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

Diluir

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

CUIDADOS

SSVV + CCGG

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

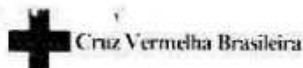
COLAR CERVICAL

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Conduta





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

OK 70



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986292248
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		CNS 186045443550003	Prontuário
Endereço Argélia, 136	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	Nº Cons. Regional 6028/PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 26/06/2019 18:35:02	

AMNESE

NCR ## PACIENTE DE 27 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TCE, ONTEM +/- 20H. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EVOLUI COM CEFALÉIA E TONTURA. ANT.: NEGA ALERGIAS. EF.: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lâmina papirácea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. TC COLUNA CERVICAL: Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais. Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual. Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações. Articulações interapofisárias de aspecto habitual. Não há sinais de hérnias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano. Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada. Forames de conjugação livres. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lâmina papirácea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. CD.: SINTOMÁTICOS SEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO. LIBERADO PARA INTERNAÇÃO PELA ORTOPEDIA. SOLICITAR REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA SE NECESSÁRIO.

Conduta

Em observação

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(CRM: 6028/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 11:10:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061911105070200000030401737>

Número do documento: 20061911105070200000030401737

Num. 31706120 - Pág. 49



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

Número: _____

Prontuário: 7772929

Paciente: Matheus Tadeo Pessoa

Data: 28/06/19

Procedimento: Tr. Fratura da clavícula

Reposição: _____

SUS: (X) Não SUS: ()

Médico: Dr. Renan + Dr. Jansen R + Dr. Tammara

DISPENSÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
EX 3.5	Placa de reconstrução ob. pura	01
Ortholite	Parab. cort. n.º 14	02
	2 7 n.º 16	03
	2 7 n.º 18	01
	Obs. Dr. Assis 2x 3.5 tuc. mai, mat. de usua.	

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
medica	Agulha de Bico 19-50	01

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN
N.º da Guia Atividade C. Lina
COREN-PB 56904-ENF



	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PACIENTE	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CDD, IBGE, MUNICÍPIO	
15 - UF			16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			23 - CID 10 PRINCIPAL	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO			25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			32 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
• Arguição de Placa n. 50-01 / Placa. de reconstrução ex-3-5-orthob. 06. para 01 para cont. n. 14-02 " " n. 16-03 " " n. 18-01				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			38 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
39 - DOCUMENTO			40 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
41 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Dr. Jansen Henrique CRM 11385				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - CDD ORÇÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO			46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	





RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: NATANAEL TEODOSIO PESSOA BE/PRONTUÁRIO
IDADE: SEXO: MASC COR: DATA: 28/6/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEdia EMP: LR:
CIRURGIA: FRATURA CLAVÍCULA ESQ
CIRURGIÃO: DR RENNÁ 1º ASS: DR TAMMER
2º ASS: MR1 JANSEN 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO	

IDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO.

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA☐ UTI/UTI INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ OUTRO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PA 11385

DATA: 28/6/2019





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

INCISÃO DA PELE

DISSECAÇÃO POR PLANOS

CUIDADOS COM A HEMOSTASIA

Achados:

FRATURADA CLAVICULA ESQUERDA

Conduta:

REDUÇÃO CIRÚRGICA

FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO

LIMPEZA COM SFO 5%

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

ATIVOS ESTEREIS

Observação:

Méico/CRM:

Méico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PA 11385

João Pessoa,

28/6/2019





27 177 2939 Nataniel Teodoro Pessoa

TC. Fratura de clavícula E
Dr. Renna L. Da Jansen R + Dr. Tammara
Sedação + bloqueio
Dr. Fabiano
Mithaly

28-06-19

8:40

9:20 - 10:37

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR TOTAL
1. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
2. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
3. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
4. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
5. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
6. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
7. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
8. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
9. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
10. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
11. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
12. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
13. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
14. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
15. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
16. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
17. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
18. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
19. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
20. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
21. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
22. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
23. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
24. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
25. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
26. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
27. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
28. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
29. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
30. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
31. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
32. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
33. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
34. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
35. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
36. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
37. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
38. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
39. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
40. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
41. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
42. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
43. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
44. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
45. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
46. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
47. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
48. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
49. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
50. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
51. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
52. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
53. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
54. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
55. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
56. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
57. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
58. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
59. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
60. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
61. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
62. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
63. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
64. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
65. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
66. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
67. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
68. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
69. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
70. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
71. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
72. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
73. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
74. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
75. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
76. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
77. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
78. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
79. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
80. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
81. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
82. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
83. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
84. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
85. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
86. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
87. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
88. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
89. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
90. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
91. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
92. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
93. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
94. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
95. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
96. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
97. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
98. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
99. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00
100. LITERO	1	LITRO	10,00	10,00	10,00

etio...
Clonidine

ex 3.5 ent...
Plac...
Parab...
14-03
16-03
18-01

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 11:10:51
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006191110507020000030401737
Número do documento: 2006191110507020000030401737

2270311

FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: Matonail Teodoro Lisboa DATA: 26/19 PRONTUARIO: 1172929 IDADE: 27a

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: 18 TEMPERATURA: 36.5 PESO: 70 GRUPO SANGÜÍNEO: B
 ESTADO GERAL: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

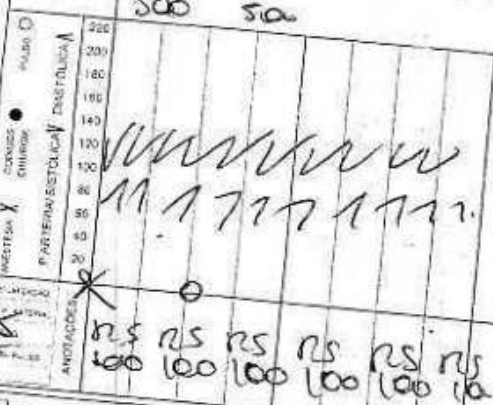
EXAMES COMPLEMENTARES: Esparilau AP. RESPIRATÓRIO: estável AP. DIGESTIVO: jejuno ESTADO MENTAL: Consciente AP. CIRCULATÓRIO: estável
 PRE-ANESTÉSICO: Nidazolam 2u DOSE AGORA: 8:40 DROGAS EM USO: 0

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do maxilar superior ESTADO FÍSICO: II
 CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico de fratura do maxilar superior CIRURGIÃO: Dr. Renato AUXILIARES: 0
 INÍCIO DA ANESTESIA: 8:40 TÉRMINO DA ANESTESIA: 0

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: De Fractura QUANT. DE CH: 0 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 0
 ANESTESISTA: Dr. Frederico VALORES R\$: 0 CRM-PB: 0

AGENDAMENTO: 8:40 9:40 10:40

HOXOS: RL RL 500 500



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQUEIO ☐ BLOQUEIO NERVOS ☐ OUTROS

Bloqueio plexo.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

- Nidazolam 2u
 - Leitauil 4mg
 - Leitauil 10mg
 - Cloridano 25mg
 - Cloridano 75mg
 - Lidocaina 2% 400mg
 - Lidocaina 2% 100mg
 - Propofol 2g
 - Propofol 10mg
 - Propofol 8mg
 - Diprison 2g
 - Amarelo 2g
- Handwritten notes: bloqueio plexo, bloq. interescalmo e/ou
esclerol, bloq. plexo, bloq. interescalmo e/ou
esclerol, bloq. plexo, bloq. interescalmo e/ou
esclerol, bloq. plexo, bloq. interescalmo e/ou

Médico: Dr. Jansen Henriques CRM-PB 11335

Assinatura do Anestesiologista: [Signature]



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932171256

Data Nasc: 16/07/1991 - 27 anos

Paciente: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Data Exame: 25/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

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

Análise:

Exame realizado em caráter de urgência para avaliação de paciente vítima de trauma.

Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais.

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interapofisárias de aspecto habitual.

Não há sinais de hérnias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Forames de conjugação livres.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

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 26/06/2019 10:24.

Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932171256

Data Nasc: 16/07/1991 - 27 anos

Paciente: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Data Exame: 25/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

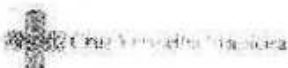
Fratura do osso frontal direito e da lamina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados.

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 26/06/2019 10:18.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB





Exatamento de Alta

Nome: NATANAEL TEODOSIO PESSOA			Número Prontuário: 116569
Data de Nascimento: 16/07/1991	Sexo: Masculino	Data de Internação: 29/06/2019 19:51:04	Data de Alta: 29/06/2019 09:51:00
Motivo da alta ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=PCT SUGAET DO A TIO CIRURGICO (PCT) - CONDUTA DE CLAVICULA DIA 28/06 POR DR RENNA + DR TAMMER			
Resumo da internação: resumoInternação=INT. INTERNAÇÃO 29/06/19 CIRURGIA DE CLAVICULA - HOSPITALAR 29/06/19			
Resultado de Exames: resultadoExames=RADIOGRAFIA REVELA DE OSTEOSSINTESE DE CLAVICULA			
Tratamento: tratamento=OSTEOSSINTESE DE CLAVICULA			
Diagnóstico: S42.0 - Fratura de clavícula			
Recomendações: recomendações=1. CONTINUAÇÃO TERAPIA FISIOTERAPÊUTICA 2. ANGIOTENSIVO PARA CASOS DE PAIS			

Data: 29/06/2019

Leopoldo Viana
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 5960
LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
CRM: 5960 - PB



Receituário

Paciente: NATANASI TEODOSIO PESSOA

Idade: 12

Data: 10/05/2019 17:58:09

Local: HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

Data: 10/05/2019

ENCAMINHAMENTO AO HTOP
RETORNO COM 7 DIAS

POSTURMETIDO A TTO CIRURGICO PARA OSTEOMYELITIS DE CLAVICULA POR DR
RENNA + DR TAMMER

Dr. LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
5960/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

R

Paciente: NATANASI TEODOSIO PESSOA

Data: 10/05/2019 17:58:09

ENCAMINHAMENTO AO HTOP
RETORNO COM 7 DIAS

POSTURMETIDO A TTO CIRURGICO E
RENNA + DR TAMMER

Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de E
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro



20
10/06/2020 11:10:51

Dr. SUELIO MOREIRA TORRES
CRM 20000

USO ORAL

CEFALDROXILA 500 -- 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

PROFENID 100 -- 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de E
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Podre

8



Recetário

Paciente: NATANATI TEODOSIO PESS

Idade:

Data: 27/06/2019 08:57:16

Sexo: Masculino

BAF: 11/06/2019

USO ORAL

CEFALDROXILA 500 — 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

PROFENID 100 — 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

Leopoldo Viana Batista Neto
Dr. LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
5960/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

R

Paciente: NATANATI TEODOSIO PESS

Data: 27/06/2019 08:57:16

USO ORAL

CEFALDROXILA 500 — 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

PROFENID 100 — 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de E
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro



Receituário

Paciente: NATAMATI TRINDADE PES

Idade: 27

Data: 27/06/2020

Local: 5960/PB

Unidade: 5960/PB

CPF: 000.000.000-00

ATESTADO MEDICO

ATESTADO PARA OBTENÇÃO DE FINE CURA, PACIENTE SUBMETIDO DE ENTRADA
VENTE LESÃO NO TÓRAX ANTERIOR E POSTERIOR, MANEJADAS ASO DO SUS
ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS

CID Z54/S42

Leopoldo Viana
CRM 83300/5960

Dr. LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
5960/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

R

Paciente: NATAMATI TRINDADE PES

Data: 27/06/2020

ATESTADO MEDICO

ATESTADO PARA OBTENÇÃO DE FINE CURA
NESTE SERVIÇO NO DIA 26/06/19 E O
ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS

CID Z54/S42

Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de F
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COB. RENAVAM	PLA	EXERCÍCIO
			2018
NOME / ENDEREÇO			

SERVIÇO		PLACA	
		QSF6180	
PLACA ANT./UF		CHASSI	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD	
HONDA/CG 125I FAN		2018 2018	
CAP. POT./CC		CATEGORIA	
		COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR		PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
30/12/2019		1º	
PARCELAMENTO		2º	
		3º	
PRÊMIO LÍQUIDO (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO			
OBSERVAÇÕES			
ALIENACAO FIDUCIARIA			
LOCAL		DATA	
JOAO PESSOA		18/12/2019	

QSF6180

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: *****

Placa: QSF6180

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 125I FAN

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2018

Ano Modelo: 2018

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: PRETA

Vencimento Licenciamento: 30/12/2019

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: *****

Município: JOAO PESSOA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 18/12/2019





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE Ocorrência EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS

- () REGISTRO DE Ocorrência EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFIRMAÇÃO DE INCAPACIDADE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE GASTOS COM TRATAMENTO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 100.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 100.000,00
 - DESPESAS MÓDULAS = R\$ 10.000,00
 - VARIA CONFORME TABELA DE VALORES
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA É DE 30 DIAS ÚTIS, A PARTIR DA DATA DO ACIDENTE.
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO ENTREGAR O FORMULÁRIO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS, COM OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS, E PAGAR A TAXA DE PROCESSAMENTO DE R\$ 10,00 (DEZ REAIS).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027045 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) PGS 9,13,14
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027045 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) PGS 9,13,14
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022984/20

Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

CPF: 104.329.774-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NATANAEL TEODOSIO PESSOA : 104.329.774-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: NATANAEL TEODOSIO PESSOA
CPF: 104.329.774-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022984/20

Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

CPF: 104.329.774-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NATANAEL TEODOSIO PESSOA : 104.329.774-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: NATANAEL TEODOSIO PESSOA
CPF: 104.329.774-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

