



Roberto

LEILOEIRO

ROBERTO COSTA G
PORTARIA N 011/2015 - Rodovia
Alfonso Olinto Ferreira, N° 797, Bairro

Nome:
ROMULO DE OLIVEIRA SOUTO

Endereço:
rua de vila, 75

CEP:

ESTA:

Leilão Online



NOTA DE VENDA EM
LEILÃO

1ª Via Arrematante

3-1712
Recife - PE

Nº DA NOTA:

0756

Data de Emissão:
05 / 03 / 2018

TELEFONE:
(83) 3322-4522 / (83) 8762-072

E-MAIL:
liverromulo123@gmail.com

COMITENTE:
DI SEGUROS S.A.

Data Leilão:
02/03/2018

LOTE N°	DESCRIÇÃO	VALOR TOTAL
00024	CG TITAN KS 150 2007/2007 Chave: POSSUI Combustível: GASOLINA Cor: AZUL Manual: NÃO POSSUI Marca: HONDA Modelo: 2007 Ano: 2007 Tabela Fipe: R\$4.194,00 Tipo: 7497 (Lance Inicial: R\$200,00) Placa: 3DZ2K0-197/PE122/174 Placa veiculo: JWM7497 Sinistro: 0105265073407 Restrição: GRANDE MONTA.	R\$1.260,00

Arrematante declara que VISTORIOU O VEICULO e teve a oportunidade de juntamente com assistência de mecanico especializado verificar as condições do veículo arrematado e que está ciente que o veículo foi apreendido e arrematado no estado em que se encontra, com diversas avarias/danos provenientes do sinistro e/ou pela falta de peças e acessórios que o veículo original pudesse ter e que agora não possui, por consequencia do sinistro ou outro motivo qualquer, sem GARANTIA, inclusive de câmbio e motor, bem como cumprimento da montadora, cabendo ao ARREMATANTE a regularização e transferência do veículo arrematado junto aos órgãos competentes.

O ARREMATANTE declara ter ciência que o Leiloeiro e Varejo Gestão e Logística Ltda, na condição de mandatário e guardião, respectivamente, não se enquadram na categoria de fornecedores ou comerciantes, ficando eximidos, assim, de qualquer responsabilidade por vícios ou defeitos, ocultos ou não, nos veículos apreendidos, de acordo com a Lei, bem como da responsabilidade por eventuais reembolsos, indenizações, trocas, consertos ou compensações financeiras de qualquer espécie e em qualquer hipótese, nos termos do Art. 448 do C. Civil Brasileiro.

Por fim, por esse ato o ARREMATANTE obriga-se a aceitar, de forma definitiva e irrecorrível, as normas e condições contidas e estabelecidas no edital do Leilão, a qual declara que tem ampla conhecimento.

DATA DE SAÍDA DO BEM:	CBS:	SUB-TOTAL:	R\$ 1.200,00
		COMISSÃO (%):	R\$ 60,00

R\$ 1.260,00

DECLARO QUE CONFERI E QUE ESTOU DE ACORDO COM OS DADOS CIMA DESCritos PARA PREENCHIMENTO DO DOCUMENTO DO VEICULO.

Nome:

RG:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERFENIX LTD



NOME

LEANDRO LINS PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2627661

SSP

PB

CPF

038.642.454-35

DATA NASCIMENTO

15/02/1980

FILIAÇÃO

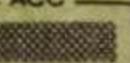
LEONARDO LINS PEREIRA

INACIA DE FATIMA SILVA
PEREIRA

PERMISSÃO



ACC



CAT.HAB.

AB

Nº REGISTRO

03627153401

VALIDADE

07/08/2024

1ª HABILITAÇÃO

01/07/2005

OBSERVAÇÕES

Leandro Lins Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

INTERFENIX LTD

PROIBIDO PLASTIFICAR

1838510998

LOCAL

CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO

09/08/2019

Arnaldo
INTERFENIX LTD

ASSINATURA DO EMISSOR

46882846803

PB039457486

PARAÍBA

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 : N° 006.158.516

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

MANOEL ALVES DOS SANTOS
RUA MANOEL PORTO 246 F
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/233677-4

REFERÊNCIA

MAR/2020

APRESENTAÇÃO

25/03/2020

CONSUMO

97

VENCIMENTO

01/04/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 47,13

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 17/04/2020

Pagador: MANOEL ALVES DOS SANTOS CNPJ/CPF: 498.594.044-53

RUA MANOEL PORTO 246 F - SANTA ROSA - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360001561462	000233677202003	01/04/2020	R\$ 47,13	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE2 - N° do sinistro ou ASL:
0120104-203 - CPF da vítima:
038692454354 - Nome completo da vítima:
Leandro Lino Pereira

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

5 - Nome completo:
Leandro Lino Pereira6 - CPF:
038692454357 - Profissão:
eletricista8 - Endereço:
Praça Nossa Senhora9 - Número:
24610 - Complemento:
F11 - Bairro:
Santo Rosa12 - Cidade:
Campina Grande13 - Estado:
PB14 - CEP:
58416-518

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):
85323301239

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:

 RECUZO 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 CORRENTE (todos os bancos) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 1634

9

CONTA: 37336

9

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

Autorizo a Seguradora Lider a crédito 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/filhos vivos?

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

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não autorizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Campina Grande - PB, 22/09/2018

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200154273 **Vítima: LEANDRO LINS PEREIRA**

Data do Acidente: 18/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO LINS PEREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **LEANDRO LINS PEREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001634-9**

Conta: **000010037338-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE2 - N° do sinistro ou ASL:
0120104-203 - CPF da vítima:
038692454354 - Nome completo da vítima:
Leandro Lino Pereira

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

5 - Nome completo:	Leandro Lino Pereira		6 - CPF:	03869245435
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número: 10 - Complemento:		
eletricista	Rua Manoel Pinto	12 - Cidade: Campina Grande		
11 - Bairro:	Santo Rosa	13 - Estado: PB		
15 - E-mail:	14 - CEP: 58416-518			
16 - Tel.(DDD): 85323341239				

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 1634 CONTA: 37336

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

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider a crédito 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/filhos vivos?

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

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não autorizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200154273

Vítima: LEANDRO LINS PEREIRA

Data do Acidente: 18/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO LINS PEREIRA

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO LINS PEREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01634-9

CONTA: 000010037338-0

Nr. da Autenticação CE7439C272782C10

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120104/20

Vítima: LEANDRO LINS PEREIRA

CPF: 038.642.454-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/01/2020

Titular do CPF: LEANDRO LINS PEREIRA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LEANDRO LINS PEREIRA : 038.642.454-35

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: 22/04/2020
Nome: LEANDRO LINS PEREIRA
CPF: 038.642.454-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

LEANDRO LINS PEREIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200154273 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO LINS PEREIRA **Data do acidente:** 18/01/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍTESE- PAG 2) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 punhos	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: 3200154273 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO LINS PEREIRA **Data do acidente:** 18/01/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍTESE- PAG 2) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Léonardo Luis Pereira.			IDADE	SEXO	COR		
DATA 24/01/20		PRESSÃO ARTERIAL 140 x 70	PULSO 60	RESPIRAÇÃO EVACUADA	TEMPERATURA 36,3°C	PESO 70kg	ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIA	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
		URINA							
AP. RESPIRATÓRIO Normal						ASMA Nega	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO Normal						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO Jejun or orientado			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA Nega	HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO Fratura Ponto esq.					ESTADO FÍSICO II	RISCO			
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA Midazolam-2,5mg + fentanil-2,5mcg						APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	0°	INDUÇÃO							
LÍQUIDOS	midazolam 2,5mg + fentanil 2,5mcg	Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____							
CÓDIGOS VP. ARTERIAL O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0	MANUTENÇÃO Sedação 3-5 Desarreflexia 1-0 Inhalatório - 5-0 Oximétrico - 7-0 Diplopia - 2-0 Bexiga 4-0 Anus 4-0				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Blop. → Asclepio/Artéria, Enjogo por UG6, tubo de aspiração, 1-3fato 0 + 0, sem intercorrências				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____				
POSIÇÃO	DOR				Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____				
AGENTES	(1) Gdo 21.4% vaso-1ml (2) Solig 15% vaso-1ml				CONDIÇÕES: _____				
TÉCNICA	Blop. PLEX Brachial				CÂNLULAS				
OPERAÇÃO	Fract. Lin. Fract. Ponto esq.								
CIRURGIÕES	Dr.								
ANESTESISTAS	Anestesista A. Luis Filho								
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA			



Número do Prontuário: 178304

DATA DA CIRURGIA: 24/01/2020

Número do Atendimento: 2086946 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: EXTRÁ / Le: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**Nome do Paciente: LEANDRO LINS PEREIRA****Data da Internação: 18/01/2020****Atendimento: 2086946****Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO****Diagnóstico Pós-Operatório:** *0 mês***Cirurgia: OSTEOSÍNTESE** Data da Cirurgia: 24/01/2020**Equipe:****Cirurgião: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS****Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ****Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO****Aux 3:****Instrumentador: RAMON****Anestesista: HUMBERTO DE ALMEIDA FILHO****Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL****Relatório Imediato do Patologista:****Exame Radiológico no Ato: SIM.****Acidente Durante Operação: NÃO.****Descrição da Operação:**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM VIA DE HENRY + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSÍNTESE COM PLACA EM "T" 3X4 FUROS + 2 PARAFUSOS CORTICais + 1 FIO K N. 2,0 SOB ESCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO;
7. TALA LUVA.

Data 24/01/2020

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

 Dr. Euler
Fabricio
Alves
Cruz
2020

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

CIRCULANTE RESPONSAVEL

CORGID-80
1035620

MOD 900

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar |
| <input type="checkbox"/> Serra | <input type="checkbox"/> Eletrocautério |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Oxicapnógrafo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor |
| <input type="checkbox"/> Fonte de Luz | <input type="checkbox"/> Berfurador Elétrico |



Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

09036

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAR

NOME DO PACIENTE

PACIENTE LEANDRO LINS Pereira

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº 4111

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZZATO

TEST. CRUP-06 FEAT. DE RÁDIO DIGITAL (ESR)

DATA DA UTILIZAÇÃO

24-25-200

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

+ DR. WAGNER LUIZ

CX 3,5 P. FAK. Wo 159

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR OBSTOPIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
<i>Nenhum Movimento = 0</i> <i>Movimenta 2 membros = 1</i> <i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i> <i>Respiração Limitada, Dispneia = 1</i> <i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i> <i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i> <i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 < 90 com oxigênio = 0</i> <i>Sat 02 > 90 com oxigênio = 1</i> <i>Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i> <i>Despertado ao chamado = 1</i> <i>Completamente acordado = 2</i>		
TOTAL DE PONTOS:		<i>60</i>



Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Bráulio Bino Pereira

Idade: 35

Convênio: 202

Data: 24/11/2020

Procedimiento: Tratamiento quirúrgico de fractura de punto E

Cirurgião: Dr. Eduardo

Auxiliar:

Anestesista: Dr. Humberto.

Inicio: 20.40

Término: 11.45

Anestesia bloqueo clp
plexo laringeo + laringe

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante



SEGUO
o trabalho



24/01/2010

LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

SETOR DE ORIGEM:	oftalmia 2		extra 1	
NOME:	Isacringelis Ferreira			
PROCEDIMENTO:	Fx Radix distal E			
AVP/LOCAL:	GELCO Nº:	AVC <input type="checkbox"/>	JEJU <input type="checkbox"/>	
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA		<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input checked="" type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA		<input checked="" type="checkbox"/> ADORNOS <input checked="" type="checkbox"/> PERTENCES	
ENCAMINHADO:	<input type="checkbox"/> HEMOG <input type="checkbox"/> USG		<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA	
TERMO DE CONSENTIMENTO			<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:			COREN:	

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas

Campina Grande - PBCEP: 58.432-809

Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

CNPJ: 08.778.268-0001-60

PRESCRIÇÃO MÉDICA

8

DADOS DO PACIENTE :

Nº de prontuário: 2086946 Paciente: LEANDRO LINS PEREIRA Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA Data de Nascimento: 15/02/1980 Admissão: 18/01/2020 DIH - 0

Clinica:AMARELA Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

DIA 18/01/2020

MÉDICO(A): Felipe Miranda Mendonça Fernandes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 2COMP, 6h/6h	18-00-06 CT
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEA OU VOMITO	18-00-06 CT
4	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 1COMP, 6h/6h	18-00-06
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	

EVOLUÇÃO

DATA:18/01/2020 HORA:14:34:59

ORTOPEDIA

FRATURA RÁDIO DISTAL E

CD: INTERNO PARA TTO CIRÚRGICO
SOLICITO EPO

ASSINATURA + CARIMBO
Felipe Miranda Mendonça Fernandes



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2086946 Paciente: LEANDRO LINS PEREIRA Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA Data de Nascimento: 15/02/1980 Admissão: 18/01/2020 DIH - 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

DIA 19/01/2020

MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	et
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 2COMP, 6h/6h	1x /x 24/06
3	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	et

EVOLUÇÃO

DATA: 19/01/2020 HORA: 14:24:19

1º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES +

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Ywry de Paiva Camara



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2086946 Paciente: LEANDRO LINS PEREIRA Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA Data de Nascimento: 15/02/1980 Admissão: 18/01/2020 DIH - 3

8

Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

DIA 21/01/2020**MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	<i>12/01/2020</i>
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 2COMP, 6h/6h	<i>13/01/2020</i>
3	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	<i>14/01/2020</i>
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	<i>15/01/2020</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 21/01/2020 HORA: 08:20:42

3º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES +

ESCORIAÇÕES EM Perna ESQUERDA

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Salvo o risco de *tbls p/* *tbls p/* *Ax.10 - m/* *tbls.*

ASSINATURA + CARIMBO
Ywry de Paiva Camara

Dr. Ywry de Paiva Camara
Assinatura: 20/01/2020



PRESCRIÇÃO MÉDICA

8

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2086946 Paciente: LEANDRO LINS PEREIRA Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA Data de Nascimento: 15/02/1980 Admissão: 18/01/2020 DIH - 4

Clinica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

DIA 22/01/2020

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	19 18/01/2020
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 2COMP, 6h/6h	18 18/01/2020
3	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	18 18/01/2020
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	18 18/01/2020

Evolução

DATA: 22/01/2020 HORA: 09:37:47

4º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES +

ESCORIAÇÕES EM Perna ESQUERDA

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9985 / CRM-RN 8320

PA: 330X80

Fe 91



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: LEANDRO LINS PEREIRA

Data da Internação: 18/01/2020 Data da Alta: 25/01/2020

Registro: 2086946

Tempo de Permanência: -18280

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data: 24/01/2020

Equipe:

Cirurgião: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: RETORNO AMBUL + ATESTADO + CEFALEXINA + FISIOT + ARFLEX

Condições de Alta: Melhorado

Data: 25/01/2020

Assinatura/Carimbo
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros De Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 0562

RESPONSÁVEL : Hallisson Barros De Almeida

Data da internação: 18/01/2020 Hora: 14:31:58

SUSSistema Único de
Ministério da
Saúde
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

4 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

5 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

LEANDRO LINS PEREIRA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

2086946

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/02/1980

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

MAJOR , 2 , MAJOR VENEZIANO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO E RAIOS X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA
INTUBAÇÃO28 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

98001600135816330 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
AMARO JORGE PINTO NETO31 - DATA DA
SOLICITAÇÃO**18/01/2020**

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DE AMARO JORGE PINTO NETO

CIRURGIA DE TRAUMA E
ORTOPEDIA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ORTOPEDIA E TR



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº 2086889

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.2778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 18/01/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: LEANDRO LINS PEREIRA CEP: 58400002

Nascimento: 15/02/1980

Endereço: MAJOR

Cidade: Campina Grande

Sexo: M

Idade: 039

RG: 987416264

Nome da Mãe: INACIA DE FÁTIMA SILVA

PEREIRA

CPF: 046.600-0000-0000

Profissão: ELETRICISTA

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Atend: 18/01/2020

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

Hor: 12:18:41

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abraçado
2. Amputação
3. Ausência
4. Contusão
5. Crciação
6. Dor
7. Edema
8. Empinamento
9. Enfarratamento subcutâneo
10. Enrascamento
11. Equimose
12. F. Ama Branca
13. F. Ama Sefago
14. F. Contuso
15. F. Contuso
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfurado-contuso
18. F. Perfurado-contuso
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingerimento venoso
23. Lacerado
24. Lesão ósteno
25. Luxação
26. Mordedura
27. Motimimento torácico paradoíval
28. Objeto Enrascado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinorrágia
35. Síndrome de queimadura
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = 5% Grau 1º Grau 2º Grau 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Leandro Pereira

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Amorô Jorge Pinto Neto
CRM - PB 5256
MÉDICO / TRAUMATOLOGIA

