



**Roberto**

LEILOEIRO OFICIAL

ROBERTO COSTA G  
PORTARIA N 011/2015 / FOM  
w. Alvaro Chindano, N 727, Bairro

NOME:

ROMULO DE OLIVEIRA SOUTO

ENDEREÇO:

Av. do vídeo, 75

Cidade:

Estado:

LEI 8.000



NOTA DE VENDA EM  
LEILÃO

1ª Via Arrematante

Nº DA NOTA:

0756

Data de Emissão:

05 / 03 / 2018

TELEFONE:

(83) 3322-4522 / (83) 8762-872

CEP: 514-80

E-MAIL:

romulo123@gmail.com

COMITENTE:

DI SEGUROS S.A

Data Leilão:

02/03/2018

LOTE Nº	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 )  Class: 952KCS 107R12174 Placa veículo: JPW7497 Sinistro: 0105233072407 Restrição: GRANDE MONTA.	R\$1.260,00

Arrematante declara que **VISTORIOU O VEICULO** e teve a oportunidade de juntamente com assistência de mecânico especializado verificar as condições do veículo arrematado e se 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 consequência do sinistro ou outro motivo qualquer, sem GARANTIA, inclusive de câmbio e motor, bem como sem GARANTIA 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 Verilogestão 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 reembolso, indenizações, troca, 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 amplo conhecimento.

DATA DE SAÍDA DO  
BEM:

OBS:

SUB-TOTAL:

R\$ 1.200,00

COMISSÃO (%):

R\$ 60,00

R\$ 1.200,00

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

NOME:

RG:



**Roberto**

LEILOEIRO O

ROBERTO COSTA G

PORTARIA N 011/2015 Fod

A. Afonso Olindean, N 797, Balon

NOME:

ROMULO DE OLIVEIRA SOUTO

ENDEREÇO:

rua de video, 75

DE

ESTÁ

Leilão Online



NOTA DE VENDA EM  
LEILÃO

1ª Via Arrematante

Nº DA NOTA:

0756

Data de Emissão:

05 / 03 / 2018

TELEFONE:

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

E-MAIL:

liveatpromulo123@gmail.com

COMITENTE:

DI SEGUROS S.A

Data Leilão:

02/03/2018

LOTE Nº	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) Chassi: 902K04-107R122174 Placa veículo: JZW7497 Sinistro: 01052055073407 Restrição: GRANDE MONTA.	R\$1.260,00

Arrematante declara que **VISTORIOU O VEICULO** e tem a oportunidade de juntamente com assistência de mecânico especializado verificar as condições do veículo arrematado e se está ciente que o veículo foi apreendido e arrematado no estado em que se encontra, com diversas as 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 consequência do sinistro ou outro motivo qualquer, sem GARANTIA, inclusive de câmbio e motor, bem como sem GARANTIA 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 Varlo Gestão e Logística Ltda, na condição de mandatário e guardião, respectivamente, não se enquadram na categoria de tomadores ou comerciantes, ficando excluídos, 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 reembolso, 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 acatar, de forma definitiva e irrecorrível, as normas e condições contidas e estabelecidas no edital do Leilão, a qual declara que tem amplo conhecimento.

DATA DE SAÍDA DO  
BEM:

QBS:

SUB-TOTAL:

R\$ 1.200,00

COMISSÃO (%):

R\$ 60,00

R\$ 1.200,00

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



PB

NOME  
LEANDRO LINS PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
2627661 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
038.642.454-35 15/02/1980

FILIAÇÃO  
LEONARDO LINS PEREIRA  
INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA



PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
03627153401 07/08/2024 01/07/2005

OBSERVAÇÕES

*Leandro Lins Pereira*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSAO  
CAMPINA GRANDE, PB 09/08/2019

*Assinatura do Emissor*

ASSINATURA DO EMISSOR

46882846803  
PB039457486

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1838510998



PROIBIDO PLASTIFICAR  
1838510998

# 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](http://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				

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0320104-20 3 - CPF da vítima: 03364245435 4 - Nome completo da vítima: Leonardo Lima Pereira

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

5 - Nome completo: Leonardo Lima Pereira 6 - CPF: 03364245435  
7 - Profissão: eletricitista 8 - Endereço: Rua Manoel Pinto 9 - Número: 246 10 - Complemento: F  
11 - Bairro: Santo Poco 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58416-518  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8533341239

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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1634 9 CONTA: 37336 9  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

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 Líder 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ 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 cliente, 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 atestando

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

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

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0320104-20 3 - CPF da vítima: 03364245435 4 - Nome completo da vítima: Leonardo Lima Pereira

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

5 - Nome completo: Leonardo Lima Pereira 6 - CPF: 03364245435  
7 - Profissão: eletricitista 8 - Endereço: Rua Manoel Pinto 9 - Número: 246 10 - Complemento: F  
11 - Bairro: Santo Poco 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58416-518  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8533341239

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)

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

AGÊNCIA: 1634 9 CONTA: 37336 9  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

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 Líder 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(v) (v) nascituro? ☐ 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 atestando

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

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

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

---

**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

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 18/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LEANDRO LINS PEREIRA

## 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](http://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

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- 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

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- 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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**GOVERNO  
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 178304

DATA DA CIRURGIA: 24/01/2020

Número do Atendimento: 2086946 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: EXTRA / Lei: 1

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

Nome do Paciente: LEANDRO LINS PEREIRA

Data da Internação: 18/01/2020

Atendimento: 2086946

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

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 + ANTISSEPÇÃO + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM VIA DE HENRY + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSINTESE 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  
12/01/2020  
12/01/2020 14:07  
A. Cruz  
Cirurgia



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Leonardo Lima Pereira</i>		DT- 15/02/1980		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE <i>Salg 03</i>	CONVÊNIO <i>SUS</i>	IDADE <i>39</i>	REGISTRO <i>2086946</i>	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CIRURGIA <i>Trat cirurg de fratura de punho e</i>		CIRURGIÃO <i>Dr. Eduardo</i>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
ANESTESIA <i>bloqueio de plexo braquial e + sedo</i>		ANESTESIA <i>Dr. Humberto</i>			
INSTRUMENTADORA <i>Ramon</i>		DATA <i>24/01/2020</i>	INICIO <i>1040</i>	FIM <i>1145</i>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	<i>01</i>	Catet. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	<i>25</i>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
<i>01</i>	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
<i>2ml</i>	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml	<i>01</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
<i>01</i>	Nubohin amp. x locaina clorido		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
<i>01</i>	Protóxido 1m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml	<i>10</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	<i>01</i>	Mononylon 20-
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>02</i>	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
<i>04</i>	Agua Destilada amp. 10ml		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
<i>01</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
<i>02</i>	Dipirona amp.	<i>02</i>	Luvax 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.	<i>04</i>	Luvax 7.5		Vicryl Sertix
	Flebo cortid amp.	<i>03</i>	Luvax 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvax 8.5		
	Glicose amp.	<i>30ml</i>	Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.	<i>05</i>	PVP Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.	<i>05</i>	Saco coletor <i>lixo</i>		SG Gelado fr 500 ml
	Medrothinazol.	<i>03</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.	<i>03</i>	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	<i>01</i>	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuplanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
<i>02</i>	Gefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		<i>TU cirurgica</i>
<i>01</i>	<i>pausos</i>		Sonda Uretral nº		
<i>01</i>	<i>bestra</i>		Sterydrem ml	<i>01</i>	<i>placa polar mit 3x4</i>
<i>01</i>	<i>bramoprida</i>		Torneirinha	<i>02</i>	<i>parafusos corticais</i>
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
<i>02</i>	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Latese		
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	<i>catetodos</i>		
<i>01</i>	Agulha p/ raque nº	<i>05</i>	<i>catetodos</i>		
<i>05</i>	Alcool de Enfermagem 70%		<i>fio de kschmmer</i>		
<i>02</i>	Ataduras de Crepon 20cm	<i>01</i>	<i>algodo ortopedico</i>		
	Ataduras de Gessada	<i>01</i>			
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
			EQUIPAMENTOS		
			(X) Oxímetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar	
			( ) Serra	( ) Eletrocautério	
			( ) Desfibrilador	( ) Oxícapiógrafo	
			(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor	
			(X) Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico	
			CIRCULANTE RESPONSÁVEL		
			<i>1035620</i>		

## PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

## HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

Amrin GARD

NOME DO PACIENTE

PACIENTE  
LEANDRO LINS PEREIRA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

7286946

PROCEDIMIENTO REALIZADO

PROCEDIMENTO REALIZADO

[illegible]

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

24.2.2020

DR. EDWARD + DR. GULLER  
+ DR. WAGNER LUIZ

OBSERVAÇÕES

CK 3.5 P. F.D.M. No 559

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Ramon / Andre <sup>Dr.</sup><sub>MR</sub>

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

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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		6

\_\_\_\_\_  
Assinatura do anestesista

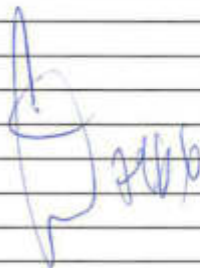


## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Leandro Bino Pereira	Idade:	39
Convênio:	SUS	Data:	24/01/2020
Procedimento:	Tratamento cirúrgico de fratura de punho E		
Cirurgião:	Dr. Eduardo	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Humberto
Início:	20:40	Término:	21:45
		Anestesia:	Bloqueio do plexo braquial + SedoCont

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUIE  
o trabalho

LIST PRÉ-OPERATÓRIO-ALAS



24/04/2020

SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia 2 Extra 3		
NOME:	Leonardo Lopes Pereira		
PROCEDIMENTO:	FX Radio distal E		
<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>
ENCAMINHADO: <input type="checkbox"/>	HEMOG <input type="checkbox"/>	USG <input type="checkbox"/>	TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/>
RESSONÂNCIA			
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
<input type="checkbox"/> 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: [chefiartraumacg@hotmail.com](mailto:chefiartraumacg@hotmail.com) [hospitalregionalcg@hotmail.com](mailto:hospitalregionalcg@hotmail.com)

CNPJ: 08.778.268-0001-60

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/01/2020

Horas: 14:36:34

Médico (a) Diarista : Felipe Miranda Mendonca Fernandes

## 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 - 0

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

DIA 18/01/2020

MÉDICO(A): Felipe Miranda Mendonca Fernandes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 2COMP, 6h/6h	18.01.20
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEA OU VOMITO	18.01.20
4	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 1COMP, 6h/6h	18.01.20
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	18.01.20

**EVOLUÇÃO**

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

ORTOPEDIA

FRATURA RADIO DISTAL E

CD: INTERNO PARA TTO CIRÚRGICO  
SOLICITO EPOASSINATURA + CARIMBO  
Felipe Miranda Mendonca FernandesDr. Felipe Fernandes  
CIRURGIA DA COLUNA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 55.517-07-15266



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/01/2020

Horas: 14:25:07

Médico (a) Diarista : 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 - 1

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

DIA 19/01/2020

MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

(Bmton V/ln)

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

### CONCLUSÃO

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







GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 21/01/2020  
Horas: 08:21:01  
Médico (a) Diarista : 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  
Clínica: AMARELA    Enfermaria: 8    Leito: 2    Diagnóstico: FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

8

DIA 21/01/2020

MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	<input checked="" type="checkbox"/>
2	DIPIRONA SODICA 500 MG    V.O, 2COMP, 6h/6h	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS    2X POR DIA	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	<input checked="" type="checkbox"/>

### EVOLUÇÃO

TA: 21/01/2020    HORA: 08:20:42

3º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +  
EVACUAÇÕES +

ESCORIAÇÕES EM PERNA ESQUERDA

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Solicito mais de 1 mês de tratamento por Axila - m. m. m.

ASSINATURA + CARIMBO  
Ywry de Paiva Camara

Dr. Ywry de Paiva Camara  
DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO  
Cirurgia Plástica



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/01/2020

Horas: 09:38:22

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

## 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 - 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	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 2COMP, 6h/6h	<del>12</del> <del>18</del> <del>06</del> <del>06</del>
3	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	ET
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	

### 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 9965 / CRM-RN 8320

PA: 530X 80

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 RADIO

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 + CEFALOXINA + FISIOT + ARFLEX

Condições de Alta: Melhorado

Data: 25/01/2020


Assinatura/Carimbo  
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros De Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - 35.9562

RESPONSÁVEL : Hallisson Barros De Almeida



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

 <b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
--	---	---

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	4 - CNES <b>2362856</b>

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE <b>LEANDRO LINS PEREIRA</b>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>2086946</b>
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>15/02/1980</b>
9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA</b>	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> Nº de Telefone <b>987416264</b>
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>MAJOR , 2 , MAJOR VENEZIANO</b>	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO <b>250400</b>
15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58400002</b>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO</b>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>TRATAMENTO CIRURGICO</b>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>EXAME FISICIO E RAO X</b>
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO</b>
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 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016001358163</b>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>AMARO JORGE PINTO NETO</b>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>18/01/2020</b>
32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. João de Deus</i>	

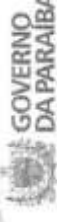
  

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	
40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>/ /</b>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2086889 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/01/2020  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: LEANDRO LINS PEREIRA CEP: 58400002 Nascimento: 15/02/1980

Endereço: MAJOR

Sexo: M

Telefone: 987416264

Cidade: Campina Grande

Bairro: MAJOR VENEZIANO

Nome da Mãe: INACIA DE FATIMA SILVA PEREIRA

Idade: 039

RG:

Nº: 2

Responsável: FABIANA KALINE

Profissão: ELETRICISTA

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Atend: 18/01/2020

CNS: 814600

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

Horas: 12:18:41

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau

( 1º Grau ( 2º Grau ( 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

*Leandro F. Silva*

EXAME PRIMÁRIO - OS CLÍNICOS

*Fratura rádio distal*  
**RAIO X**  
**REALIZADO EM:**  
*18/01/2020*

ALERGIA:

*U. Intenso para todos*

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:  
( ) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / / às : Dia / /

Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

*Américo Jorge Pinto Neto*  
CRM - PB 5258  
PROFESSOR / TRAJADO