



Número: **0802087-49.2018.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **17/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DERIVALDO DA SILVA (AUTOR)		IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33316082	18/08/2020 10:31	2743536_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO





Seguradora Líder - DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

VITIMA Deuvaldo de Silva
DATA DO ACIDENTE 03/08/2017 CPF DA VITIMA 000.207.124-05
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Teixeira de Freitas
Nº 25 COMPLEMENTO
CIDADE Santa Rita UF PB BAIRRO Varzea Nova
E-MAIL ccf.0020@gmail.com CEP 58300-010 TELEFONE (83) 98849-5530
83 99113-0753

MAQUETE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO MÉDICO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) • Deuvaldo de Freitas a 3000 pontos de preguiça no
(ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO 3000 pontos de preguiça no todo 30 minutos

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 - () CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS MEDICAMENTOSAS E OUTRAS
 - () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, ACONSELHADOS OU RESERVATÓRIOS RECEPTÁRIOS MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 - () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO
- PROTOCOLO**
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDENCIÁRIO 1.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOUTRANISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1224

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/08/2017
IDENTIDADE Adalberto Neto
ASSINATURA Adalberto Neto

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA
NOME
ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180075942 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DERIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 07/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO, PÉ E TORNOZELO DIREITOS

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180075942 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DERIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 07/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do maléolo medial (tornozelo direito)

Descrição do exame médico pericial: Paciente chegou deambulando sem auxílio de terceiros e ou muletas, apresenta leve claudicação, apresenta limitação de movimentos no tornozelo direito (flexão dorsal 0-10°, flexão plantar 0-20°, bloqueio de inversão e eversão do tornozelo), diminuição força de tornozelo direito grau 4. Edema crônico no tornozelo e hipersensibilidade local.

Resultados terapêuticos: Paciente submetido a tratamento conservador de fratura no maléolo medial, evoluiu com bolhas e dor crônica no pé e tornozelo. Seguido de claudicação e limitação de movimentos no tornozelo direito.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do tornozelo devido ao edema e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

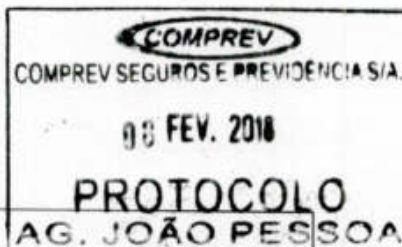
CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: Derivaldo da Silva
 NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
 PROFISSÃO: Químico de Óleo Nº DO RG: 04554100997
 ORGÃO EMISSOR: Detran-PB DATA DE EMISSÃO: 15/10/03
 Nº DO CPF: 000.207.124-05 ENDEREÇO: Rua Gonçalves
de Albuquerque, nº 25, Varzea Nova, Santa Rita-PB, CEP 58300-010

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
 ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
 Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
 CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Derivaldo da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

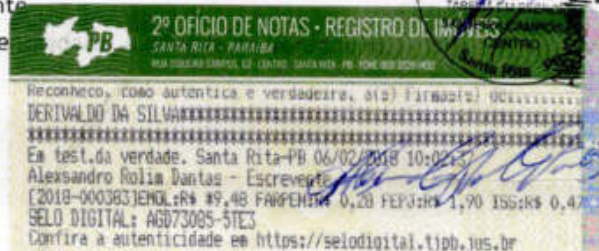
Santa Rita - PB, 06 de Junho de 2018.



Derivaldo da Silva

Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autógrafo



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: DERIVALDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180075942

Vítima: DERIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 07/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180075942**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12399303

Pag. 00421/00422 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: DERIVALDO DA SILVA

Sinistro: 3180075942

Vítima: DERIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 07/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180075942** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00587/00588 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12425544



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta nº: 12508696

A/C: DERIVALDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180075942
Vitima: DERIVALDO DA SILVA
Data do Acidente: 07/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DERIVALDO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 000000020265-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01897/01898 - carta_15R - INVALIDEZ

00020949



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

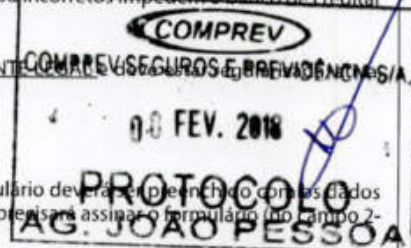
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

000.207.124-05

Nome completo da vítima

Derivaldo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Derivaldo da Silva		CPF titular da conta 000.207.124-05	Profissão Recrutador
Endereço Rua Transa do Loureiro		Número 25	Complemento
Bairro Vizinha Nova	Cidade Santa Rita	Estado PB	CEP 58300-010
Email cc.f.edes@gmail.com		Telefone (DDD) 83-98849-5530	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO	
AGÊNCIA NRO. 0037 D/V		Nome NRO	
CONTA NRO. 000.202.65 D/V		AGÊNCIA NRO. D/V	
CONTA NRO. 000.202.65 D/V		CONTA NRO. D/V	

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

Santa Rita, 07 de Janeiro de 2018

Local e Data

Derivaldo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01068.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01068.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:12 horas do dia 06 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Derivaldo da Silva**, CPF nº 000.207.124-05, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Queimador, filho(a) de Maria da Conceição da Silva e Não Declarado, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 27/10/1976 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Travessa do Cajueiro, Nº 25, bairro Varzea Nova, tendo como ponto de referência Colégio Multirão, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98816-0218.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Diogo Velho, Por Trás da Caixa D'água, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/17 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 07/08/2017, por volta das 09:00 horas da manhã, quando transitava na AV. Diogo Velho, centro desta Capital PB, no veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: Honda/CG 150/FAN ESI, de cor vermelha, ano e fabricação: 2013, de placa OGD 7604/PB, Chassi nº 9CKC1670DR469065, registrada em nome de: Maria Josinete Rodrigues da Silva, CPF nº 047.826.284-12; QUE segundo o notificante ao chegar no endereço acima citado, levando como passageira a sua esposa: Maria Josinete Rodrigues da Silva, um outro veículo, tipo ônibus, não identificado pelo notificante, e no momento que este veículo(ônibus) fazia o cruzamento o notificante, tentou freiar, mas que não conseguindo colidiu na lateral deste(ônibus), que devido ao impacto, notificante e sua esposa acima citado, vieram a cair, e se lesionando, sendo o notificante socorrido pelo SAMU, conforme declaração, apresentado e sua esposa sendo socorrida por uma viatura do corpo de bombeiros, e levado posteriormente para o hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico apresentado. Não quer representar criminalmente.

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

João Pessoa/PB, 06 de fevereiro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


DERIVALDO DA SILVA
Notificante



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Devonildo da Silva

CPF da Vítima

000.207.124-05

Data do Acidente

07/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

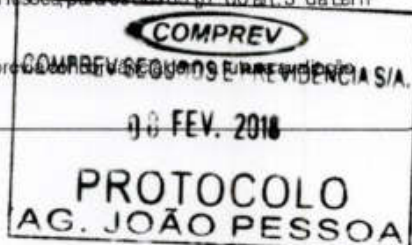
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa a produção de prova ou a renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Santa Rita, 07 de Fevereiro de 2018

Local e Data

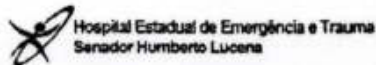
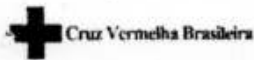
Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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

Boletim de Atendimento: 1018804



Identificação do paciente				
ID 1197754	Nome DERIVALDO DA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40 anos 9 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) NATALIA RODRIGUES DA CRUZ - PAI			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 981030268	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 2188916	NP Cra		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58301490	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro SEVERINO LOURENCO	
Número SN	Complemento RUA PROJETADA B VARZEA NOVA	Bairro POPULAR		
Admissão				
Data e Hora 07/08/2017 11:03:49	Número da pulseira 1000004189120	Convênio SUS	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A. 08 FEV. 2018 PROTOCOLO AC. JOÃO PESSOA </div>	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica			
Classificação de risco	Origem do Acidente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTOCICLETA X ONIBUS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não TOMOGRAFIA	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	TIPO ... TC p.d DATA ... 7/8/17 HORA ... 16:25 NOME T.C. RAD.: ASS.:	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente chegou por acidente de moto, segue com lesões graves segue em cuidados Wendy Carla G. Andrade Enfermeira COEN 19.424.561				
Diagnóstico				CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				Tempo 02min 17seg

OBS: Paciente consciente sem alterações
tra a neurol.

Imprimir

07/08/2017 11:07

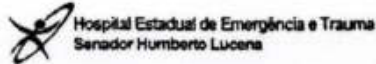
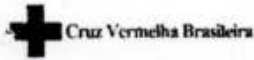


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:31:13

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810311324600000031888092

Número do documento: 20081810311324600000031888092

Num. 33316082 - Pág. 13



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

Boletim de Atendimento: 1018804



Identificação do paciente				
ID 1197754	Nome DERIVALDO DA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40 anos 9 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) NATALIA RODRIGUES DA CRUZ - PAI			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 981030268	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 2188916	NP Cra		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58301490	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro SEVERINO LOURENCO	
Número SN	Complemento RUA PROJETADA B VARZEA NOVA	Bairro POPULAR		
Admissão				
Data e Hora 07/08/2017 11:03:49	Número da pulseira 1000004189120	Convênio SUS	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A. 08 FEV. 2018 PROTOCOLO AC. JOÃO PESSOA </div>	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica			
Classificação de risco	Origem do Acidente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTOCICLETA X ONIBUS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não TOMOGRAFIA	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	TIPO ... TC p.d DATA ... 7/8/17 HORA ... 16:25 NOME T.C. RAD.: ASS.:	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente segue por acidente de moto, segue com lesões graves segue em cuidados Wendy Carla G. Andrade Enfermeira CONEXÃO 424561				
Diagnóstico				CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				Tempo 02min 17seg

Oss: Paciente consciente sem alterações
tra a neurol.

07/08/2017 11:07



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:	07/03/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DERIVALDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

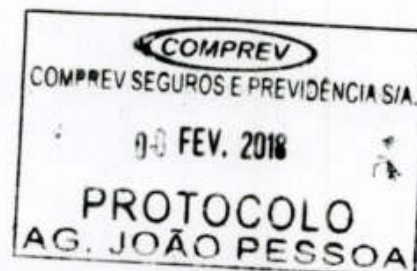
CONTA: 000000020265-0

Nr. da Autenticação 252783E42BC75F10









CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL6 DATA DE POSTAGEM: 09/12/2017

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



7211307021328863401075784530061217



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 07 7204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

SAC DPVAT 0800 07 7204 ou 0800 221206
SAC DPVAT SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Oliveira Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Deonildo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.207.124 / 05 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Deonildo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.207.124 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Avenida Getulio</u>		Número	<u>172</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>cc.f.cas@igmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83-98849-5530</u>	

João Pessoa, 07 de Janeiro de 2018
Local e Data

Adailson Luiz de Oliveira Coutinho Neto
Assinatura do Declarante

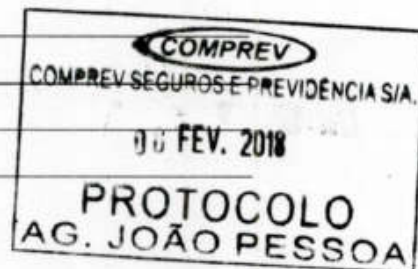
DLRL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Josinete Rodrigues da Silva,
RG nº 2.402.863, data de expedição 13 / 03 / 2008,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 044.826.284-12,
com Domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Avenida do Capão,
nº 25, complemento Várzea Nova, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
Denivaldo da Silva, cujo o condutor
era Denivaldo da Silva.

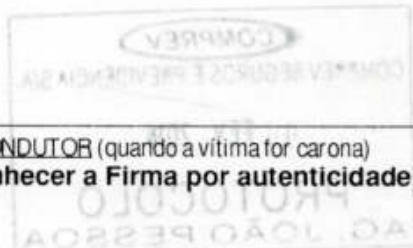
Veículo.....: Motocicleta
Ano.....: 2013
Modelo.....: Honda/CG 150 PAN EST
Placa.....: OGD-1604/PB
Chassi.....: 9C2KC16T0DR469065
Data do acidente.: 07/08/2017



Local e data: Santa Rita - PB, 06 de Setembro de 2018

X Maria Josinete Rodrigues da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

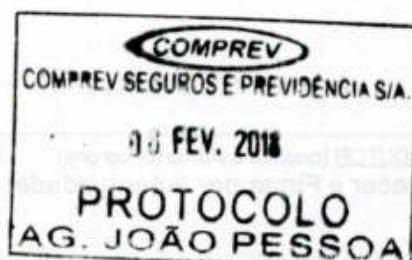
X _____
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

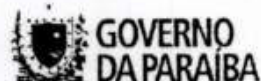
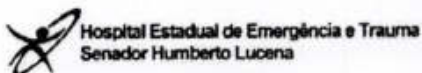
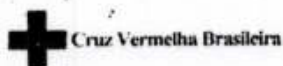


2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAIBA

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
MARIA JOSINETE RODRIGUES DA SILVA
Em test.da verdade. Santa Rita-PB 06/02/2018 09:55:23
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente
[2018-000382]EML:R\$ 89,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AG073084-P26Z
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado





AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente DERIVALDO DA SILVA		BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 981030268
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA				Prontuário
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANKLY DO NASCIMENTO ANDRADE	Nº Cons. Regional 4899/PB	
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49			Data/Hora Prescrição 07/08/2017 16:21:24	

Anamnese

TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE NORMAIS. PANTURRILHA EDEMACIADA, PORÉM SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL. ENCHIMENTO CAPILAR NORMAL. SEM SINAIS DE LESÃO VASCULAR. ALTA DA VASCULAR.

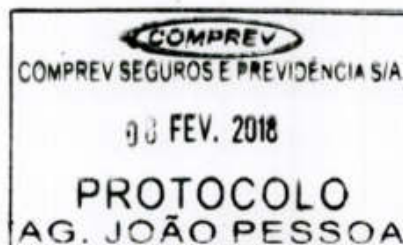
Conduta

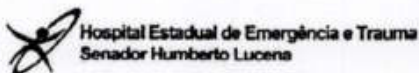
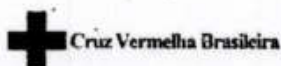
Em observação

Dr. Frankly
Cirurgião
Cirurgião

FRANKLY DO NASCIMENTO ANDRADE
(4899/PB)

DERIVALDO DA SILVA





ADMINISTRATIVAS

Endereço: AV. ORESTES LISBOA,, S/N, CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA, JOAO PESSOA - PB,
58031090
Tel: 32165736
CNES: 454561

Paciente DERIVALDO DA SILVA		BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 981030268
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA				Prontuário
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODRIGO CASTRO DO AMARAL	Nº Cons. Regional 4847/PB	
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49			Data/Hora Prescrição 07/08/2017 15:34:17	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-CARRO SOFRENDO TRAUMA NO PÉ DIR. E TORNOZELO DIREITO. APRESENTA DOR E EDEMA IMPORTANTE NO PÉ E TORNOZELO. PERFUSÃO PRESERVADA. RADIOGRAFIAS DO PÉ E TORNOZELO SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO PORÉM DEVIDO AO IMPORTANTE EDEMA SOLICITO TC DO PÉ DIR. - AVALIAR LIS-FRANC E RETROPE

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO

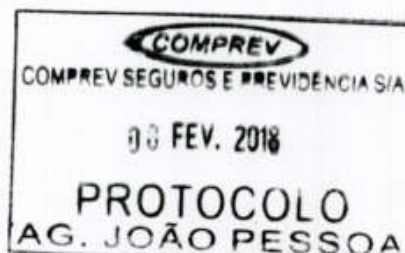
CID10

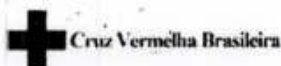
Código	Descrição
S90.3	Contusão de outras partes e partes não especificadas do pé

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 4647 / TEOT 8331

RODRIGO CASTRO DO AMARAL
(4847/PB)

DERIVALDO DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente DERIVALDO DA SILVA	BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA			Telefone de Contato (63) 961030266
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARCEL SARAIVA BARBOSA	Nº Cons. Regional 6900/PB
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49		Data/Hora Prescrição 07/08/2017 11:33:32	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE AIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTA TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO E PERNA DIREITA, REFERE DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MID E OMBRO E. NEGA TCE, TRAUMA TORÁCICO E ABDOMINAL. AOS EXAMES: ECG 15 EDEMA IMPORTANTE EM MID: (PROGRESSÃO PARA SINDROME COMPARTIMENTAL?)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V, AGORA, 0.0 (MGSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

07 FEV. 2018

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP +LATERAL + AXIAL)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CID10

Código	Descrição
M75.4	Síndrome de colisão do ombro

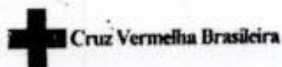
Conduta

Em observação

Dx. Marcel Saraiva Barbosa
Cirurgião Geral
CRM 6900

MARCEL SARAIVA BARBOSA
(6900/PB)





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 DERIVALDO DA SILVA		BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 981030268
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA				Prontuário
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB	
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49			Data/Hora Prescrição 07/08/2017 13:34:33	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO-CARRO APRESENTA DOR E EDEMA 3+/4+ TORNOZELO E PÉ DIREITOS CD: SOLICITO RADIOGRAFIAS DO PÉ DIREITO E DO TORNOZELO DIREITO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR E EDEMA IMPORTANTE TORNOZELO DIREITO)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR E EDEMA NO PÉ DIREITO APÓS TRAUMA)

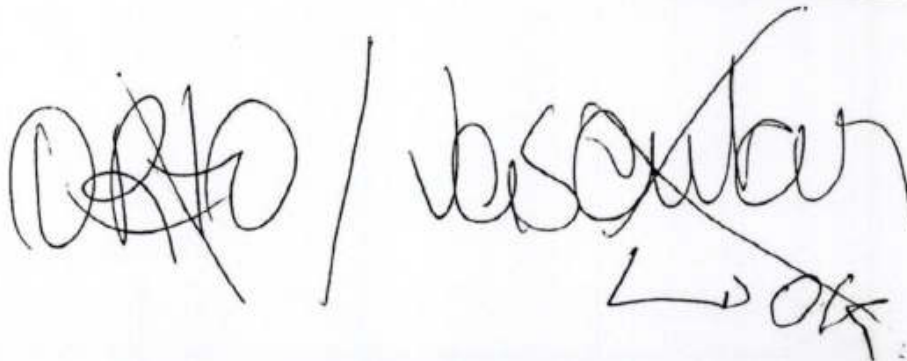
Conduta

Em observação

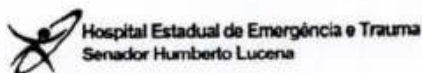
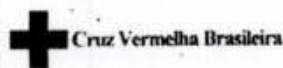

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(6902/PB)

DERIVALDO DA SILVA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA







AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente DERIVALDO DA SILVA		BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa 2017-08-07 16:48:17.0
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 981030268
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA				Prontuário
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 8637/PB	
Data/Hora Classificação 07/08/2017 16:48:18		Data/Hora Prescrição 07/08/2017 16:48:19		

Anamnese

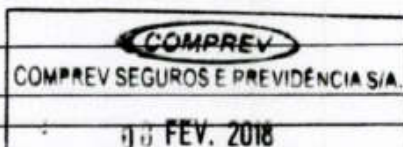
PACIENTE SUBMETIDO A TC DE TORNOZELO E PÉ EVIDENCIADO FRATURA DO MALEOLO MEDIAL SEM DESVIO CD: TALA BOTA RETORNO NO HTOP. AINES. ALTA DA ORTOPEdia

PROCEDIMENTO

BOTA TALA

CID10

Código	Descrição
S82.5	Fratura do maléolo medial



Conduta

Alta médica

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Alta Hospitalar

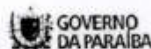
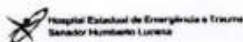
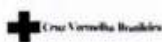
Usuário LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Data e Hora 07/08/2017 16:48:17
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações FRATURA DO MALEOLO MEDIA SEM DESVIO TALA BOTA ORIENTADO NÃO PISAR RETORNO NO HTOP

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(8637/PB)

DERIVALDO DA SILVA

Handwritten signature: Rd Realiz 2017 10/08





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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
DERIVALDO DA SILVA	27/10/1976	40	MASCULINO	1018804		07/08/2017 11:33:32
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a		
ACIDENTE DE MOTOCICLETA				07/08/2017 11:33:32		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

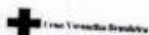
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apreçamento
1 Solução Fisológica 0,9%	500.0	ML		E.V.		AGORA		
2 GETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		AGORA		
3 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	1.0	ML		E.V.		AGORA		
4 PARECER ORTO	0.0							
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR	0.0							

07 de Agosto de 2017

MARCEL SARAINA BARBOSA
CRM: 0900

[Assinatura]
Dr. Marcel Saraina Barbosa
CRM 0900
Assinatura e Carimbo do Profissional





REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome
DERIVALDO DA SILVA

Data de
27/10/1976

Nº Boletim Emergência
1018804

Prontuário

Material a examinar

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA
(DOR E EDEMA IMPORTANTE TORNOZELO DIREITO)
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO
(DOR E EDEMA NO PE DIREITO APOS TRAUMA)

AP/P VERMILHADO

TOMOGRAFIA

TIPO ...
DATA ...
HORA ...
NOME TÊC RAD ...
ASS ...

RAIOS-X

TIPO ...
DATA ...
HORA ...
NOME TÊC RAD ...
ASS ...

TC pe-Dir

Musculatura L1-L5-Frnt e retr-per

07 de Agosto de 2017

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Especialista em Traumatologia
CRM-PS 48471-1/REG-5331

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
08 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

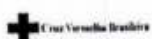


REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DERIVALDO DA SILVA		
Data de 27/10/1979	Nº Boletim Emergência 1016804	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES) RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + AXIAL) RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 150px;"> <p>SS: 11</p> <p>12.77</p> <p>11/10/17</p> <p>11/10/17</p> <p>RAIOS X</p> </div>		
<div style="text-align: center;">  Dr. Manoel Soares de Araújo CRM 6004 </div>		
07 de Agosto de 2017		

Assinatura e Carimbo do Profissional





SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

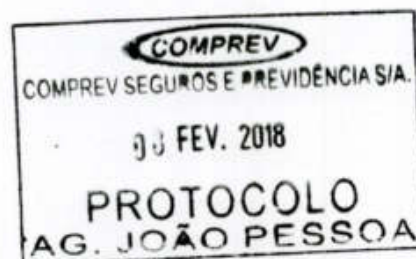
Nome DERIVALDO DA SILVA		
Data de 27/10/1976	Nº Boletim Emergência 1018804	Pronituario
Material a examinar		
PROCEDIMENTO BOTA TALA		

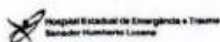
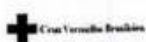
07 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinaturas eletrônicas incorporadas com imagem e assinatura eletrônica

108804





REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DERIVALDO DA SILVA		
Data de 27/10/1976	Nº Boletim Emergência 1018804	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO		

Dr. Rodrigo Carlos de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 4847 / TEOT 8331

07 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) apresentar cópia separada para imagem e laudo; 2) anexar cópia





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

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

RADIOGRAFIA PERNA DIREITA

Textura e morfologia óssea conservadas.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Osteófitos marginais.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:31.

Dr. Thiago C. C. Modesto
Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB





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

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

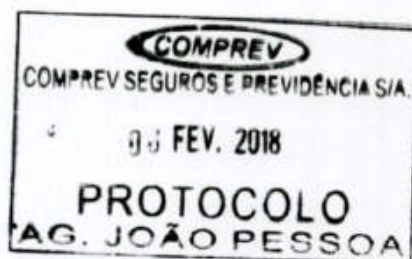
Textura e morfologia óssea conservadas.

Osteófitos marginais.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:32.

Thiago C. C. Modesto

Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB





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

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

Não há evidências de fraturas com desalinhamentos significativos.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:35.

Dr. Thiago C. C. Modesto

Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB





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

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem sinais de fraturas desalinhadas significativas.

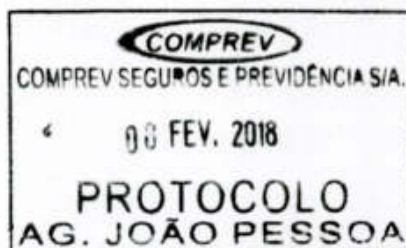
Campos pulmonares com transparência preservada.

Seios costofrênicos livres.

Mediastino centrado.

Área cardíaca de configuração anatômica.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:36

Dr. Thiago C. C. Modesto
Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB





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

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

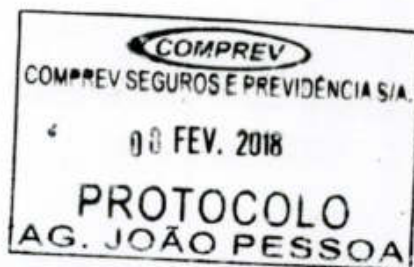
RADIOGRAFIA OMBRO ESQUERDO

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

Não há sinais de traços de fratura com desalinhamento significativo.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:36.

Dr. Thiago C. C. Modesto
Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB





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

Atendimento: 000000695133

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO

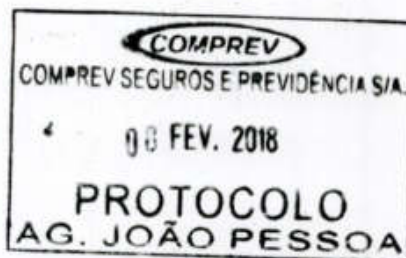
Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar

Análise:

Não há evidências de calcificações periarticulares.
Sinais de fratura do maléolo medial, sem desalinhamento ósseo.
Espaços articulares conservados.
Não há aumento significativo do líquido intra-articular.
Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.
Sinais de edema do tecido subcutâneo.
Sinais de entesopatia calcanea.

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 07/08/2017 16:30.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB





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

Atendimento: 000000694723

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Idade: 40 anos

Data: 07/08/2017

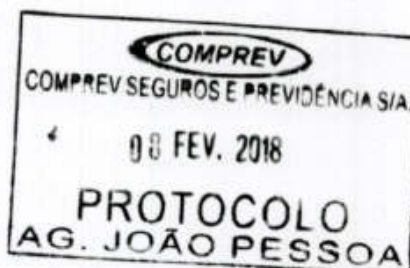
RADIOGRAFIA TORNOZELO DIREITO

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

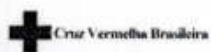
** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 16:37.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Idade 40

Data: 07/08/2017 16:46:35

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

BAE: 1018804

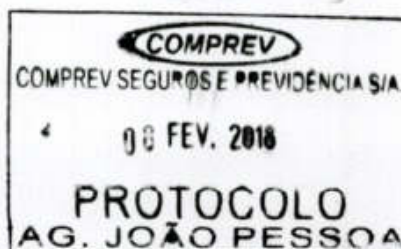
1- FLANCOX 400MG-----01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR 05 DIAS.


Dr. Luiz Juvencio Medeiros de Arruda Camara
8637/PB

Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
8637/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





Receituário Médico

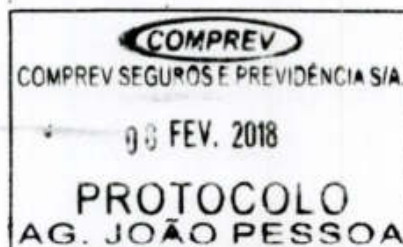


Renovado do Sítio.
Via oral.

Cetalexina 500mg — 28cpn.

Tomar 1cpn. 6/6h.

7 dias.



Data:

19/08/17

Dr. Alisson R. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6813 / CRE-UF 1706
SB-37 120

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1





Receituário Médico



Drivaldo de Silva.

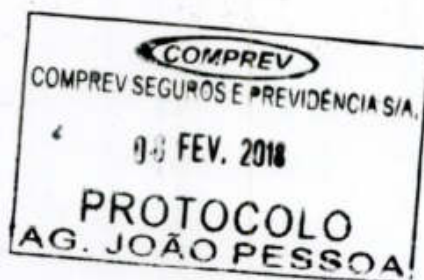
Uso Tópico

- óleo de Girassol. Pl curativa
- Clorexidina degenante.
- Sabon anti-séptico.

Data: 10/08/18

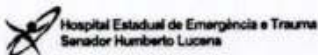
Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 5913 / CRM-PE 17609
SBOT 2018

Médico - CRM



F(NG).CC.002-1





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
DERIVALDO DA SILVA

CNH
2188916

FOI ATENDIDO (A) POR LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAM
DO (A) **HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**

NO DIA **07/08/2017 16:46:49**, NECESSITANDO DE **30** - TRINTA
DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: PACIENTE SOLICITOU QUE NÃO FOSSE ADICIONADO AO ATESTADO O(S) CID(S);

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

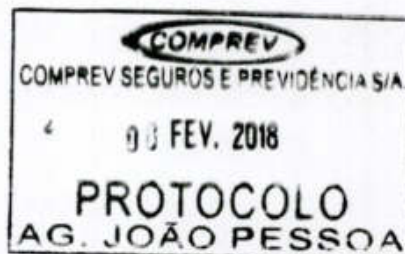
LOCAL E DATA


ASSINATURA DO MÉDICO/ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84,
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE **10** 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(8437/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



 **GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Renivaldo
de Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 08.08.13

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Renivaldo

DIAGNÓSTICO: Fx. melado

PROCEDIMENTO: Modul

770 amarelo

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1



DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
	Quintana		
	Mto		
1 sem	orto		

F(NG).APC.035-1



RESUMO DE ADMISSÃO E ALTA

NOME: Dervaldo da Silva MATRÍCULA: _____ LEITO: _____

IDADE: 40 SEXO: _____ FONE: _____ CATEGORIA: _____

DATA DA ADMISSÃO: 16/08/17 DATA DA ALTA: 22/08/17 TEMPO DE PERMANÊNCIA: _____

DIAGNÓSTICO(S) INICIAL(ES): erisipela bolhosa

DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S): _____

EXAMES REALIZADOS: _____

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: _____

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, COMPLICAÇÕES E PRESCRIÇÕES)

Paciente internado com MSD educado,
ferimento bolhoso, calor e rubor.
Durante internados houve melhora
do estado geral.
Omento curativo diário.

DESTINO:

ALTA PARA CASA: SIM () NÃO () DATA: _____

Prescrição: Ciprofloxacina, Colagenase

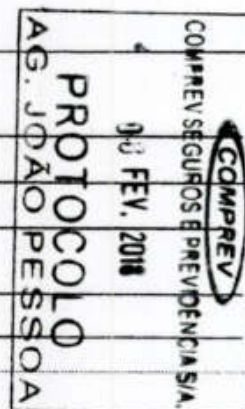
TRANSFERÊNCIA: NÃO () SIM () DATA: _____

LOCAL: _____ MOTIVO: _____

RETORNO: PSF () POLICLÍNICA () HOSPITAL () DATA: _____ HORA: _____

ÓBITO: NÃO () SIM () DATA: _____ DIAGNÓSTICO: _____

DADOS ADICIONAIS: _____



Data: _____

Acadêmico (a) FAMENE

Médico (a)





FUNDAÇÃO GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO
COUTINHO

Hospital e Maternidade Governador Flávio Ribeiro Coutinho

CNPJ Nº 09.433.715/0001-02

Av. Flávio Ribeiro, 202 – Centro – Santa Rita-PB / TEL: 83 – 3229-1039 / FAX 83- 3229-2014 / EMAIL:
fundac@oi.com.br

LAUDO

Aos 16 dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezessete deu entrada neste serviço de saúde o Sr. DERIVALDO DA SILVA, ficando interno para tratamento de saúde, conforme Cid. A46, com melhora no quadro clínico, recebendo alta hospitalar em 22 de agosto do ano de dois mil e dezessete, conforme internação clínica que se encontra em arquivo, nesta instituição hospitalar.

Sub Consulta de Internações por Paciente

Data	Hora	Nº de Atendimento	Clínica	Leito	Médico Resp.	Alta	Médico (Alta)
16/08/2017	09:02:58	1105094	Clínica Médica	Enfermaria 11 - Leito 55	LUCAS	22/08/2017	

Dr. João Pessoa da Silva
Médico
CRM/PB 10227

Santa Rita, 19 de outubro de 2017.



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DR. ROMEU A. MENEZES
FUNDAÇÃO GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO COUTINHO
Pça. Flávio Ribeiro, 202 - Santa Rita - PB - Fone 2291039
CGC 09.433.715/0001-02

NOME	DERIVALDO DA SILVA	No.	L-55
MED. Dr(a)		CONVÊNIO	SUS
EXAMES REQ	HEMOGRAMA	DATA DA COLETA	17/08/2017
		DATA DA EMISSÃO	17/08/2017

HEMOGRAMA

		Valores Referenciais	
		Homem	Mulher
ERITROGRAMA			
Hemácias.....	4,810 Milhões	4.5 - 6.1	4.1 - 5.3
Hemoglobina.....	13,1 g/dl	12.8 - 17.8	11.6 - 15.6
Hematócrito.....	40,9 %	40.0 - 54.0	36.0 - 48.0
Volume Globular Médio.....	85,03 y		
Hemoglobina Globular Médio.....	27,23 yy	81.0 - 98.0	
Conc. Hemoglobina Globular Média.....	32,03 %	28.0 - 34.0	
RDW.....	14,5 %	31.0 - 36.0	
LEUCOGRAMA		11 - 16 %	
Leucócitos.....	9.300 mm3		
		Adultos 3.600 a 11.000/mm3	
		Vir. Absoluto	Referência
Mielócitos.....	0	0	0
Metamielócitos.....	0	0	0
Bastonetes.....	0	0	0
Segmentados.....	70	0	50 a 600
Eosinófilos.....	7	6510	1.500 a 7.000
Basófilos.....	0	651	50 a 600
Linfócitos.....	0	0	0 a 200
Típicos.....	20		
Atípicos.....	0	1860	1260 a 2080
Linfocitoides.....	0	0	0 a 80
Valor total.....	20	0	120 a 320
Monócitos.....	3	1860	1200 a 2400
		279	100 a 1.000

PLAQUETAS..... 338,000/ mm3 VR.. 150.000 a 450.000/ mm3

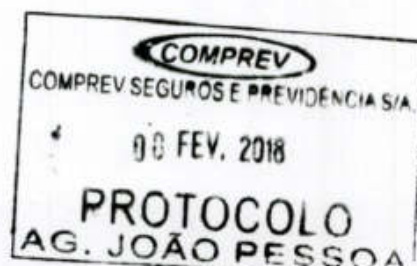
OBS: Hemácias Normocíticas, Normocrômicas.

Claudio Estefano Araújo de Souza
CRF-PB 1898

Eclesia de Souza
Biomédica
CRBM 5969

Francisca das Chagas Ribeiro Silva
CRBM-PE 2999
BIOMÉDICA

O valor preditivo de qualquer diagnóstico, depende da análise conjunta entre o resultado e os dados clínicos e epidemiológicos do (a) paciente.



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DR. ROMEU A. MENEZES
FUNÇÃO GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO COUTINHO
Pça. Flávio Ribeiro, 202 - Santa Rita - PB - Fone 2291039
CGC 09 433 715/0001-0 2

NOME:	DERIVALDO DA SILVA	No.	L-55
MED. Dr(a)		CONVÊNIO:	SUS
EXAMES:	GLICEMIA/UREIA/CREATININA	DATA DA COLETA:	17/08/2017
		DATA DA EMISSÃO:	17/08/2017

RESULTADO

GLICOSE:	80,0 mg/dL	VR Neonatal, prematuro = 25-80 mg/dL
Amostra utilizada:	soro	Neonatal = 25-80 mg/dL
Método Enzimático		Crianças, adultos = 70-100 mg/dL
UREIA:	43,0 mg/dl	VR 15 a 39 mg/dl
Amostra utilizada:	soro	
Método: UV		
CREATININA:	1,10 mg/dl	VR Homens: 0,9 a 1,3 mg/dl
Amostra utilizada:	soro	Mulheres: 0,6 a 1,1 mg/dl
Método: Cinética		



Claudio Estefânio Araújo de Souza
CRF-PB 1898

Eclesia de Oliveira Souza
Biomédica
CRBM 5969

Francisca das Chagas Ribeiro Silva
CRBM-PE 2999
BIOMÉDICA

O valor preditivo de qualquer diagnóstico, depende da análise conjunta entre o resultado e os dados clínicos e epidemiológicos do (a) paciente.





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
90 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DERIVALDO DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 24/10/76
NOME DA MÃE MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.018.804
Nº PRONTUÁRIO
DATA DO ATENDIMENTO 07/08/17
HORA DO ATENDIMENTO 11:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL E
CID 10 S 82.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma contuso em ombro E e perna D com edema importante e refere dor e limitação dos movimentos dos membros. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tornozelo e pé D
RX do tórax - AP
RX do ombro E - AP
RX do joelho D - AP e P
RX do pé D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura do maléolo medial D sem desvio à TC e RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado atendimento, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia e da cirurgia Vascular.

ALTA HOSPITALAR: 07/08/17
DATA DA EMISSÃO: 09/01/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: DERIVALDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSAO UF: 2188916 SSP PB

CNPJ: 000.207.124-05 DATA NASCIMENTO: 27/10/1976

PERMISAO: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA

Nº REGISTRO: 04554100997 VALIDADE: 22/08/2018 1ª MANUTENCAO: 22/01/2009

ASSINATURA DO PORTADOR: *Derivaldo da Silva*

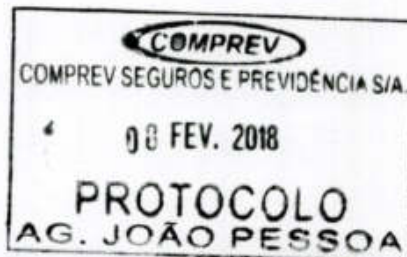
LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO: 15/10/2013

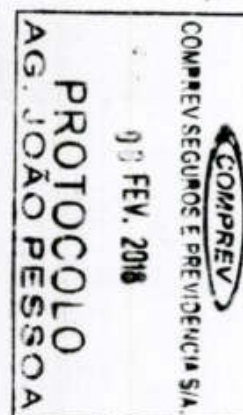
ASSINATURA DO EMISSOR: *Rodolfo Carvalho* 61158943050 PB026984903

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 881344797

PROIBIDO PLASTIFICAR 881344797





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **013746866153**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 0054710685-8 NOME: MARIA JOSINETE RODRIGUES DA SILVA EXERCÍCIO: 2017

CPF/CNPJ: 04782628412 PLACA: 9CD7604/PB

PLACA ANT./UF: NOVO PB CHASSI: 9C2KC1670DR469065

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB: 2013 ANO MOD: 2013

CAP/POT/CIL: 2 P/149 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 00700/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1º

FAIXA LPVA: 0 PARCELAMENTO/COTAS: 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): ***** SEGURO P A G O DATA DE PAGAMENTO: 21/04/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORT. OBRIGATORIO: 0

LOCAL: SANTA RITA-PB DATA: 24/08/2017

41947 7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 013746866153 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 24/08/2017

VIA: 1 CPF/CNPJ: 04782628412 PLACA: 9CD7604/PB

RENAVAM: 00547106858 MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB: 2013 DAT. TERC: 9 Nº CHASSI: 9C2KC1670DR469065

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): ***** DENATRAN (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

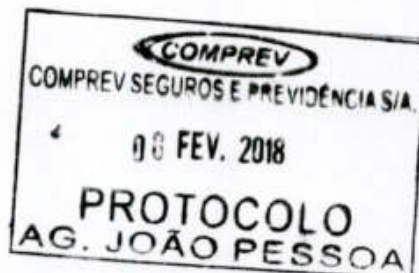
CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** IGP (R\$): ***** TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$): *****

SEGURO P A G O

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 27/04/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
7003781-1602452-20170824

ACQ-2017



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **DERIVALDO DA SILVA** Sinistro: **3180075942** Data: **07/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA TRAVESSA DO CAJUEIRO, 25 - VARZEA NOVA - Santa Rita - PB - CEP 58300010**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **2188916**

Data local do exame: [**05/03/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do maléolo medial (tornozelo direito). Paciente chegou deambulando sem auxílio de terceiros e ou muletas, apresenta leve claudicação, apresenta limitação de movimentos no tornozelo direito e hipersensibilidade local.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Paciente submetido a tratamento conservador de fratura no maléolo medial, evoluiu com bolhas e dor crônica no pé e tornozelo. Seguido de claudicação e limitação de movimentos no tornozelo direito.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Paciente apresenta limitação de movimentos no tornozelo direito (flexão dorsal 0-10°, flexão plantar 0-20°, bloqueio de inversão e eversão do tornozelo) claudicação leve, diminuição força de tornozelo direito grau 4. Edema crônico no tornozelo e hipersensibilidade local.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB

