

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GETSON FEITOSA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180292206**

Vitima: **GETSON FEITOSA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **15/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180292206**.

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 13032788



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GETSON FEITOSA DOS SANTOS

Sinistro: 3180292206
Vítima: GETSON FEITOSA DOS SANTOS
Data do Acidente: 15/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180292206** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Carta nº: 13118627

A/C: GETSON FEITOSA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180292206
Vítima: GETSON FEITOSA DOS SANTOS
Data do Acidente: 15/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

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: GETSON FEITOSA DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000003433-9

Conta: 000000205167-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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



**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

Sinistro: **3180292206**
Nome do(a) Examinado(a): **GETSON FEITOSA DOS SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA nº 102 - HEITEL SANTIAGO - SANTA RITA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 22414232 - SSP**
Data e local do acidente: **15/01/2018 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **13/07/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

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

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS DE KIRSCHNER E FISIOTERAPIA. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO CERCA DE 13 CM EM FACE INTERNA ANTERIOR DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

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

CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO CERCA DE 13 CM EM FACE INTERNA ANTERIOR DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **OMBRO ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

048.551.884-84

Nome completo da vítima

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo GETSON FEITOSA DOS SANTOS		CPF titular da conta 048.551.884-84		Profissão AGENTE SÓCIO EDUCATIVO	
Endereço RUA RIO JETADA		Número 102		Complemento A	
Bairro HOTEL SANTIAGO	Cidade SANTA RITA	Estado PB	CEP 58.300-000		
Email			Telefone (DDD) 98843.6659		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (000)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BRadesco	
AGÊNCIA NRO. 3433	D/V 9	CONTA NRO. 0205167	D/V 2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

JOÃO PESSOA, 23 de JUNHO de 2018

Local e Data

Getson Feitosá dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01049.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01049.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:02 horas do dia 01 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Getson Feitosa dos Santos**, CPF nº 048.551.884-84, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agente Sócio Educativo, filho(a) de Maria Jose Feitosa dos Santos e Normando José dos Santos Bezerra, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/11/1978 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 102A, bairro Heitel Santiago, tendo como ponto de referência Ponto Final, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98843-6659.

Dados do(s) Fatos:

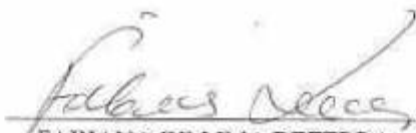
Local: Rua Alfredo Ferreira da Rocha, Próximo a Praça do Coqueiral, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/01/18 06:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

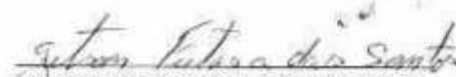
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 160 START, PRETA, 2017/2018, PLACA QFZ7004/PB, CHASSI 9C2KC2500JR000245, registrada em nome do noticiante, quando ao passar por uma curva perdeu o controle vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLEDO, CRM 1873/PB/PB, DATADO DE 09.05.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 01 de junho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


GETSON FEITOSA DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 01049.01.2018.1.00.420

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

GETSON FEITOSA SANTOS

CPF da Vítima

043.551.884 - 84

Data do Acidente

15.01.2018

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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

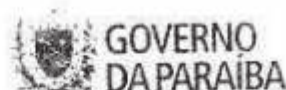
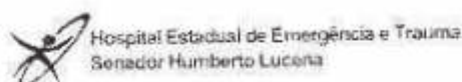
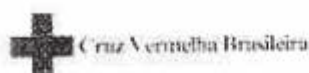
JOÃO PESSOA, 21 de JUNHO de 2018

Local e Data


 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

Boletim de Atendimento: 1055643



Identificação do paciente

ID 1251719	Nome GETSON FEITOSA DOS SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 12/11/1978	Idade 39 anos 2 meses 3 dias	Estado civil
Mãe MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS	Pai NORMANDO JOSE DOS SANTOS BEZERRA	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 96762866	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2241423	Fone Fixo
Local de procedência MANGABEIRA	Nº Cns	
Email	UF PB	
Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	
	CBOR	

Endereço

CEP 58057455	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número SWN	Logradouro Carmem Coeli C. Moreira	
	Complemento Bairro Mangabeira	

Admissão

Data e Hora 15/01/2018 07:03:41	Número da pulseira 100006177309	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos: Paciente vítima de acidente de moto, Refere que em primeiro momento sofreu Queda / Outros

Diagnóstico	CID
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA	Tempo 58seg



Sebastião Benício dos Santos Jr.
Enfermeiro
COREN-PA 000.958

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GETSON FEITOSA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03433-9

CONTA: 000000205167-2

Nr. Autenticação

BRADESCO180720180500000000002370343300000020516784375 PAGO



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71989072

VALIDADEZ DA

ABR/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO E SERVIÇOS

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

RUA VIA LOCAL 02 ST. 15, 102 - A - HETEL

SANTIAGO SANTA RITA PB 58.900-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
003.015.220.0146.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
017E510233	28/07/2017	EXT. ACERVO	RECORRIDO	POTENCIAL

ANTERIOR - ATUAL - CONSUMO (M3) - Nº DIAS - PRÓXIMA LEITURA

6	15	9	7	29/05/2018
HIST. DE CONS. / ANOR. LEIT. E QUALID. DA ÁGUA DEJUNTO 2-0134/2011-MS.				
MAR/2018	2	8	PARÂMETROS EXIG.	ANÁLISE CONFORMES
FEV/2018	2	17	PHOSFÓRICO	0 0 0
JAN/2018	2	0	CLORO	0 0 0
DEZ/2017	3	0	COL. TOTAIS	0 0 0
NOV/2017	2	0	FOR	0 0 0
OUT/2017	3	0	COL. TOTAIS	0 0 0
DETACHO	2		DADOS DIFERENTES A 01/02/2018	

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

25 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE GETSON FEITOSA DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO 12/11/78
NOME DA MÃE MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 106598
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1055643
DATA DO ATENDIMENTO 15/01/18
HORA DO ATENDIMENTO 07:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMEROS
CID 10 S42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OMBRO ESQUERDO. PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES NA MÃO ESQ. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX OMBRO ESQUERDO,
TC DE OMBRO ESQUERDO

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX OMBRO ESQ. - FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMEROS

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE UMEROS ESQUERDO

ALTA HOSPITALAR: 25/01/18
DATA DA EMISSÃO: 09/05/18



Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CVB/HEETSM
CRM 1873/PB
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente GETSON FEITOSA DOS SANTOS		BAE 1055643	Data/Hora Entrada 15/01/2018 07:03:41	Data Baixa
Data de nascimento 12/11/1978	Idade 39	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 96752866
Mãe MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS			Prontuário	
Endereço Carmem Coeli C. Moreira, SWN		Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO ROMAO DANTAS		Nº Cons. Regional 9799/PB
Data/Hora Classificação 15/01/2018 07:03:41			Data/Hora Prescrição 15/01/2018 11:17:59	
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

1 de redução inconruenta de fratura-luxação d eumero proximal esquerdo
cd; intimação para realizar procedimento cirurgico no segundo tempo

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

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

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NÁUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

1PTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 90; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

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

OMEPAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

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

Diluir

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

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA



INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

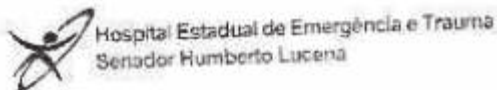
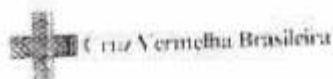
Conduta

Internar Paciente

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

PEDRO ROMAO DANTAS
(: 9799/PB)





AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente GETSON FEITOSA DOS SANTOS		BAE 1055643	Data/Hora Entrada 15/01/2018 07:03:41	Data Baixa
Data de nascimento 12/11/1978	Idade 39	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 96762866
Mãe MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS			Prontuário	
Endereço Carmem Coeli C. Moreira, SWN		Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA		Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 15/01/2018 07:03:41		Data/Hora Prescrição 15/01/2018 08:39:26		Senha
Convênio SUS		Nº Matricula		

Anamnese

CIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO RELATA DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OMBRO
ESQUERDO APRESENTA ESCORIAÇÕES NA MÃO ESQUERDA

NEUROVASCULAR NORMAL RADIOGRAFIAS EVIDENCIAM FRATURA-LUXAÇÃO GLENO-UMERAL ESQUERDA
CD: TRAMAL E AO BLOCO CIRÚRGICO PARA PROCEDIMENTO DE REDUÇÃO DA FRATURA-LUXAÇÃO

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: ANALGESIA)

CID10

Código	Descrição
S43.0	Luxação da articulação do ombro

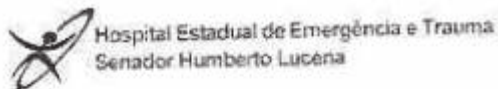
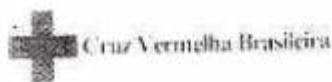
Conduta

Em observação

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 6902/PB)





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente GETSON FEITOSA DOS SANTOS		BAE 1055643	Data/Hora Entrada 15/01/2018 07:03:41	Data Baixa
Data de nascimento 12/11/1978	Idade 39	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 96762866
Mãe MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS			Prontuário	
Endereço Carmem Coeli C. Moreira, SWN		Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO		Nº Cons. Regional 3448/PB
Data/Hora Classificação 15/01/2018 07:03:41		Data/Hora Prescrição 15/01/2018 07:21:25		
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha

Anamnese

ciente vítima de acidente de motocicleta (queda), trazido pelo SAMU com quadro de dor à mobilização de ombro esquerdo.

CONDUTA: Solicito raio x da articulação de ombro esquerdo. Parecer da Ortopedia. Alta da Cirurgia Geral. Aos cuidados da Ortopedia.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA. (OBSERVAÇÕES: DOR EM OMBRO ESQUERDO)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Gilson Marcelo P. de Melo
Cirurgia Geral
CRM 3448

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO
(: 3448/PB)





SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.E.T.S.H.L

2 - CNES

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Getson Fátima dos Santos

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

305 5643

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 2

8 - NOME DA MÃE (O) RESPONSÁVEL

9 - CID

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

13 - COD IGGE MUNICÍPIO

14 - UF

15 - CEP

16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

18 - COD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

20 - COD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

26 - COD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

29 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CID

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CID

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CID

37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Art. 19 da Lei 8.080/90
01 - Fio de Kirschner 1.5
02 - Fios de Kirschner 2.0

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
25 JUN. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DOCUMENTO

40 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

42 - CNS

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD ÓRGÃO EMISSOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - CNS

Nome: Gotson Ferreira dos Santos BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 12/01/18
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento de Fr. de Úmero proximal
 Cirurgião: Dr. Santana 1º Assistente: Dr. Jhonny
 2º Assistente: Dr. Victor Miki 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de</u>	
<u>Úmero proximal de</u>	
<u>do Úmero esquerdo</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento</u>	
<u>de Fratura de</u>	
<u>Úmero proximal</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

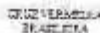
Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☒) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico



Médico/CRM: _____

João Pessoa, 12/01/18



275-724

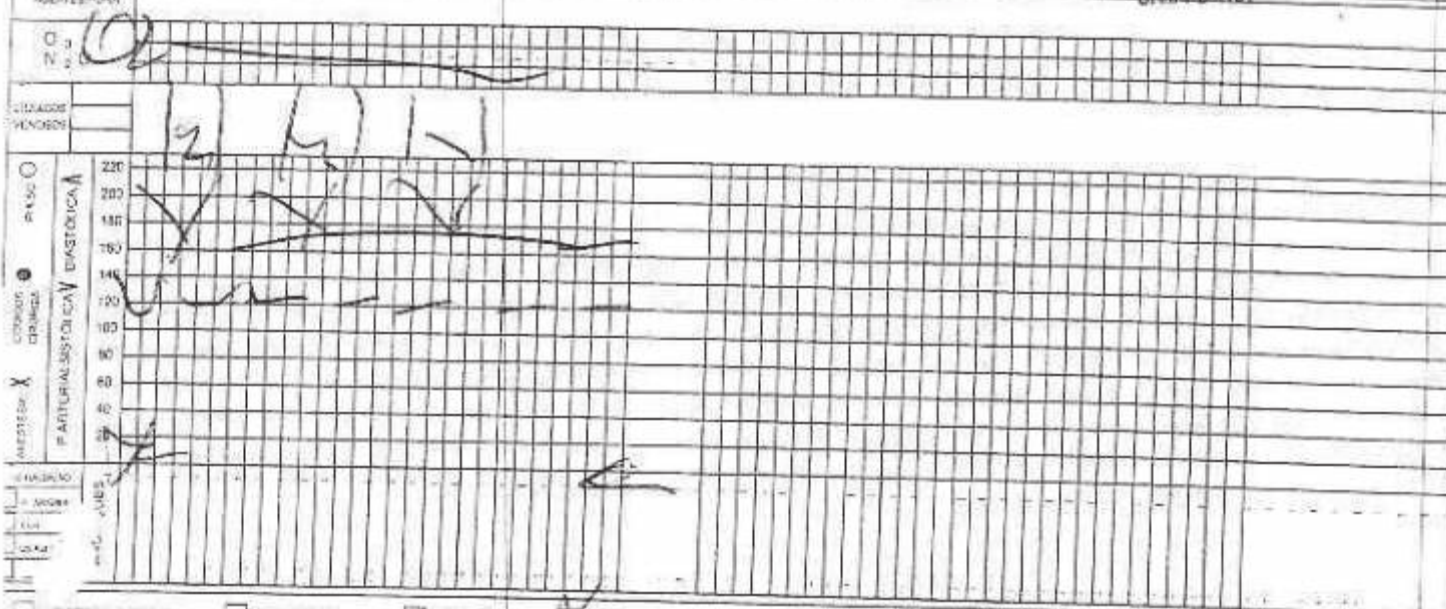
[illegible]

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 24/06/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: GETSON FERTOSO DOS SANTOS	SEXO: M	COR: B	IDADE: 37
PRESSÃO ARTERIAL: 80/50	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL: BOM	RISCO CIRÚRGICO: BOM	GRUPO SANGÜÍNEO	
EXAMES COMPLEMENTARES	AP. RESPIRATÓRIO	AP. CIRCULATÓRIO	
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL	DROGAS EM USO	
PRE-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA)	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
CIRURGIA REALIZADA			
CIRURGIÃO	AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ANESTESIA		Dr. Abdon Moreira Lustosa Médico Anestesiologista CRM-PB 4184	

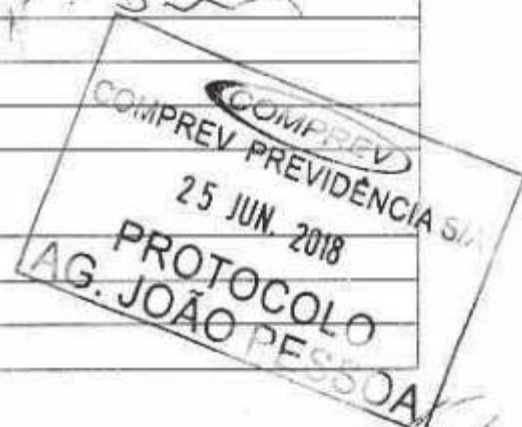


ANESTESIA GERAL	RAQUIDURAL	EPIDURAL	BLOCO PLEXO	BLOCO NERVOS	OUTROS
Medicamentos e materiais usados no ato anestésico					
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20				

COMPREV
COMPREV
25 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO ANESTESIOLOGISTA
Dr. Abdon Moreira Lustosa
Médico Anestesiologista
CRM-PB 4184

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>1) DDH 1 de Amortecedor</p> <p>2) CCE</p>
Incisão:	<p>1) Via do Acervo Deltopectoral</p> <p>2) Direção por 2 cm</p> <p>3) 1 cm de 2 cm</p>
Achados:	<p>1) Fratura de Tubérculo do</p> <p>2) Moim da Jm 20 11</p>
Conduta:	<p>1) Redução aberta</p> <p>2) Fixação com 1 fio</p> <p>3) 1 fio de Kirschner</p> <p>4) 2 fio</p>
Fechamento:	<p>1) Sutura com 1 fio</p> <p>2) Sutura com 1 fio</p>
Observação:	



Médico/CRM:

João Pessoa, 24/06/18



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Getson Faleiro da Silva BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 15/01/18

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Redução e encurtamento do fratura humeral - in situ

Cirurgião: Dr. Roberto Siqueira 1º Assistente: _____

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura humeral - in situ</u>	
<u>Proximal (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução e encurtamento do fratura -</u>	
<u>in situ proximal (E)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

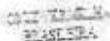
Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 15/01/18



SAL-02

FOUO! ASCR 221-3

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 15/1/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: **GRISOU FEITOSA DOS SANTOS (M)** COR: **BRANCO** IDADE: **39a.**

PRESSÃO ARTERIAL **78mm** PULSO **78mm** RESPIRAÇÃO **EUP** TEMPERATURA **PESO** GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL **(X) BOM** **() REGULAR** **() MAU** **() PÉSSIMO** RISCO CIRÚRGICO **(X) BOM** **() REGULAR** **() MAU** **() PÉSSIMO**

EXAMES COMPLEMENTARES **UPM**

AP. RESPIRATÓRIO **UPM** AP. CIRCULATÓRIO **UPM**

AP. DIGESTIVO **UPM** ESTADO MENTAL **ORIENTADO** DROGAS EM USO **UPM**

PRÉ-ANESTÉSICO **UPM** ESTADO DO ENFERMEIRO **UPM**

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO **Redução da dor e da zuxação cúbica (E)**

CIRURGIA REALIZADA **Redução da dor e da zuxação cúbica (E)**

CIRURGIÃO **DR.** AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA **9:30** TÉRMINO DA ANESTESIA **10:15** DURAÇÃO DA ANESTESIA **45min**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO **QUANT. DE CH.** VALORES RS

ANESTESISTA **Alano Vital Nazareno** CRM-PB

Alano Vital Nazareno
Médico Anestesiologista
CRM-127128

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO FLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☒ OUTROS **Sedação**

TÉCNICA **Realizada Sedação (1) + (2) + (3) Cat. Nasal O2**

QUANT. **28ml**

1 **Propofol 100mg** - **1ml** 11

2 **Propofol 50mg** - **1ml** 12

3 **Cetamina 20mg** - **1ml** 13

4 14

5 15

6 16

7 17

8 18

9 19

10 20

☐ AP. ☐ ENFERMAGEM ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

RESERVAÇÕES IMPORTANTES

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
25 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO ANESTESISTA

FUNGI ABCP 026-1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em 77H Sol 400cm

Incisão:

- Sem Incisão

Achados:

- Fratura - luxação de úmero proximal (C)

Condutas:

- Redução e encurtamento de fratura-luxação
de úmero proximal
(C) com tração e tração -
tração

Fechamento:

- Sem fechamento

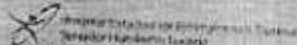
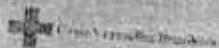
Observação:



Assinatura Médica
Eduardo
15/06/2018

João Pessoa, 15/06/18

Médico/CRM:



Documento de Alta

Nome: GETZON FERREIRA DOS SANTOS			
Data de: 12/11/1978	Sexo: Masculino	Data de Internação: 15/01/2018 12:16:54	Número Prontuário: 50659
Motivo da Alta: ALTA HOSPITALAR		Data de Alta: 15/01/2018 08:45:58	
Conduta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE UMBIGO ESQUERDO FO EM BOM ESTADO NEUROVASCULAR OK			
Resumo da Internação: SEM INTERCORRÊNCIAS			
Resultado de Exames: RX			
Tratamento: REDUÇÃO INCIQUENTA DE LUXAÇÃO AO DIA 15/01 POR DR. ROBERTO SANTOS. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMBIGO ESQUERDO NO DIA 23/01/18 POR DR. SANTINO			
Diagnóstico: S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero			
Recomendações: RETORNO AO AMBULATORIO DO HTP EM 15 DIAS (32/01/18) PARA MARCAR RETORNO.			

Data: 25/01/2018

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ
VARGAS FREITAS
CRM 18575-PB

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
25 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CENTRAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-236




Getson Feitosa dos Santos

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.241.423 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 28/03/2016

NOME GETSON FEITOSA DOS SANTOS

FILIAÇÃO NORMANDO JOSÉ DOS SANTOS BEZERRA

MARIA JOSÉ FEITOSA DOS SANTOS

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 12/11/1978

DIGITO ORIGINAR

CERT. CAS. Nº4243 - LM/B-AUX.18 - FLS.43 - CARTORIO 13º JOÃO PESSOA-PB

048.651.894-84

8+

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

25 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

898 0032 3337 6261

Nome: GETSON FEITOSA SANTOS

Data de Nascimento: 12/11/1978

Sexo: M Data de emissão: 05/12/2011

Município de residência: JOAO PESSOA - PB UF: PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0113194190-7 R.N.T.R.C. 007000000000 EXERCÍCIO 2017

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

04855188484 PLACA QFZ7004/PB

NOVO ANT. / UF PB 9C2KC25000R000245

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/COR T60 START ANO FAB 2017 ANO MOD 2018

CAR / POT / CIL 2 P / 162 / CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª VENC / COTAS

IPVA 2ª PARCELAMENTO / COTAS 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0 DE (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 24/04/2018

SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

JOAO PESSOA - PB 24/04/2018

909670

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 25 JUN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180292206 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GETSON FEITOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180292206 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GETSON FEITOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS DE KIRSCHNER E FISIOTERAPIA. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO CERCA DE 13 CM EM FACE INTERNA ANTERIOR DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO CERCA DE 13 CM EM FACE INTERNA ANTERIOR DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/07/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: