
Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180443062

Vitima: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180443062**.

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



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **RODOLFO SOUZA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180443062**

Vítima: **RODOLFO SOUZA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **03/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180443062**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 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 com 16 ou 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

Nome completo da vítima

113.219.934-47

Rodolfo Souza dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Rodolfo Souza dos Santos		Hótel Boy
Endereço	Número	Complemento
Rua 3 ^º de Maio	460	
Bairro	Cidade	Estado
Tibiri Fábrica	Santa Rita	Paraíba
Email	CEP	Telefone (DDD)
8780 8244 rodolfo@gmail.com	58300 700	(83) 98780 8244

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 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 3914 04/21 013001141680 04/21
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
 Nome _____ NRO. _____
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 _____ (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 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.

José Ribeiro A de 5/2/2018 de 2018

Local e Data



Rodolfo Souza dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



414322

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01518.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01518.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:20 horas do dia 10 de agosto 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Rodolfo Souza dos Santos**, CPF nº 113.219.934-47, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Moto Boy, filho(a) de Adriana de Fatima Souza dos Santos e Lafaiete Felipe dos Santos, natural de Fagundes/PB, nascido(a) em 10/10/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Três de Maio, Nº 460, bairro Tibiri Fábrica, tendo como ponto de referência Praça do Povo, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98780-8211.

Dados do(s) Fatos:

Local: *****, Estação de Energia, João Pessoa/PB, bairro Brisamar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/03/18 18:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, o notificante já qualificado acima, diz que trafegava normalmente em sua mão, com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG 150 FAN ESDI,ano e modelo:2014, de cor:preta, placa:OFC 8813/PB,chassi nº 9C2KC1680ER509026,registrado em nome do notificante;QUE segundo o notificante um ciclista de nome:Paulo Roberto Alves de Abrantes, tentou atravessar a pista de um lado para outro e sem ter a devida atenção,acabou por ser atingido, vindo notificante e ciclista a cair ao chão;QUE o ciclista foi socorrido para UNIMED;QUE o notificante foi socorrido pelo resgate do corpo de bombeiros para o hospital de H E T S H L,conforme laudo médico,CID 10 S09.9 e S52.3, datado de 31/07/2018, ASSINADO PELO MÉDICO: Dr. José de Almeida Braga-CRM 2329/PB, QUE o notificante foi transferido para o complexo hospitalar de Mangabeira no dia 04/03/2018 por volta das 00:28 min, conforme certidão 0899/2018, assinado pelo medico: Rosângela Medeiros Escorel Almeida CRM/PB3883.QUE 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 10 de agosto de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 01518.01.2018.1.00.420
Gabinete de Segurança Pública - SIA
Av. Dom Pedro I, 776 S. 105-João Pessoa/PB



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

Rodolfo Souza dos Santos

CPF da Vítima

113.219.934-47

Data do Acidente

03/03/2018

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.

Jôn Pinto g de Setembro

Local e Data



Rodolfo Souza dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 05/04/18


Katy Sá
Comandante da BAPH

TEN. CEL. QOBM- 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 28 de Março de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 0141/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 03/03/2018, conforme requerimento nº 142/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 18h50min o/a Sr.(a) **RODOLFO SOUZA DOS SANTOS**, CPF N° 113.219.934-47, vítima de acidente de trânsito (*colisão (moto x bicicleta)*), ocorrido na Av Ruy Carneiro, Brisa Mar – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o **CABO BM JOSEMILDO PEREIRA DA SILVA FILHO**, Matrícula 523.269-9. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com suspeita de fratura de membro superior, escoriações na face e membro inferior. Que a pós os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, (_____) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
21-TEA-MAT. 527.341-2
Chefe da 3ª Seção



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: 15/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000114168-0

Nr. da Autenticação EE124F734EFDFFA3

JOSEANE DE OLIVEIRA
RUA 3 DE MAIO, 480 - 78910
SANTA RITA / PB CEP: 58300-700 (AG: 1)
Emissao: 20/09/2018 Referencia Set/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOPÁSICO Br290, Km25 - Distrito Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
Roteiro: 12-9-171-9910 N° medidor 0000998777

energisa
ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.163/0001-40 Insc Est. 16.015.922-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012.712.748
Cód. para Débito Automático: 00010741411

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Set / 2018

Apresentação

20/09/2018

Data prevista da

próxima leitura

22/10/2018

CPF/CNPJ/RANI

006.977.294-28

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1074141-1

Canal de contato

	Anterior	Data	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Datas	Lectura	Data	Lectura		
22/09/18 17986 30/09/18 18084						
128 29						
DEMONSTRATIVO						
Consumo em kWh Total Total (kWh) Taxa Base (kWh) Taxa Corrida (kWh) Taxa Cota (kWh) Consumo (kWh) (0,000000,0,7164%)						
0801	Consumo em kWh	128.000	0,915590	104,98	104,98 27 28,18 104,98 0,84 0,87	
0801	Adic. B Vencimento			0,34	0,34 27 2,52 0,34 0,07 0,35	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
3807	CONTRIB.SERV. LUM.PÚBLICA			0,49	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0804	JUROS DE MORA 08/2018			0,14	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805	MULTA 08/2018			2,18	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,09	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 125,55 119,73 30,70 113,73 0,81 4,22

Média últimos meses (kWh)

141

VENCIMENTO
27/09/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 125,55

Histórico de Consumo (kWh)

135	129	148	140	144	151	132	142	150	142	141	133
Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fevereiro	Mar/18	Abri/18	Maio/18	Jun/18	Juli/18	Ago/18

RESERVADO AO FISCO

b09c.f2af.78ed.361a.7a67.e470.5f8e.dcc9

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,55	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,10	NOMINAL
DIC ANUAL	22,21	220
FIC MENSAL	3,42	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,85	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,70	LIMITE INFERIOR 202
DMC	3,25	0,00
DIC	12,24	LIMITE SUPERIOR 231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Beméficio de Dist. da Energia/PB	25,41	20,24
Compra de Energia	42,53	33,87
Serviço de Transmissão	3,95	3,15
Ensangas Setoriais	8,01	6,39
Impostos Diretos e Encargos	47,85	37,95
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	125,55	100,00

ATENÇÃO

Requisito Tensão: O consumo deve ser menor que 220V para evitar danos ao seu aparelho.
Requisito Tensão: Vigência 29/08/18 - Ref. ANEEL nº 2.439-A11 Tel: 0800-12.729 Média

Faturas em atraso

PARAÍBA
energisa
Setor: 12-9-171-9910
Matrícula: 1074141-2018-09-2

83640000001-1 25550054000-0 10741412018-1 09200009018-8

VENCIMENTO

27/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 125,55



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 SET 2018
Gente Seguradora
Av. Dom Pedro I, 776 SL. 100



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	10/10/93
NOME DA MÃE	ADRIANA DE FÁTIMA SOUZA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.066.583
DATA DO ATENDIMENTO	03/03/18
HORA DO ATENDIMENTO	19:19
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO NA CABEÇA + FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO
CID 10	S09.9 + S52.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, refere TCE leve, com dor na cabeça, sem perda da consciência, consciente, orientado, Glasgow 15, sem déficits. Refere dor e limitação de movimentos em antebraço e punho esquerdos, com trauma torácico. RX evidencia fratura de 1/3 médio do rádio esquerdo. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

- TC de crânio
- RX de torax
- RX de antebraço esquerdo
- RX de punho esquerdo
- Ultrassonografia FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

ALTA HOSPITALAR:	03/03/18
DATA DA EMISSÃO:	31/07/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1066583



Identificação do paciente

ID 1266922	Nome RODOLFO SOUZA DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 10/10/1993	Idade 24 anos 4 meses 21 dias	Estado civil	Religião	Promovido
Mãe ADRIANA FELIPE DOS SANTOS				Pa. NAO INFORMADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(a)
DDD Móvel 00	Fone Móvel 00000000	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000	
Tipo documento	Número documento		Nº Crns	
Local de procedência AV RUI CARNEIRO			Tipo BAIRRO	UF PE
Email	Naturalidade SANTA RITA		CBOR	

Endereço

CEP 58301545	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Amazônia
Número S/N	Complemento		Bairro Popular

Admissão

Data e Hora 03/03/2018 19:19:50	Número da pulseira 100006169816	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica
Classificação de risco		Ongem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X BICICLETA

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Transporte N/A
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

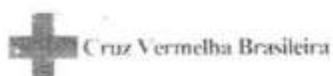
PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Pacte vitima/facidente - muti, c/ fr. in -ma (MSE? TCE?); evamias c/ CEF; CEF -med. CPM (analgese/terapia) 2 Cig. Aus: VCR/CRTA.						
Diagnóstico						
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO						
CIC Tempo 01min 02s						

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente RODOLFO SOUZA DOS SANTOS	BAE 1066583	Data/Hora Entrada 03/03/2018 19:19:50	Data Saída
Data de nascimento 10/10/1993	Idade 24	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000 / (08) 88000000
Mãe ADRIANA FELIPE DOS SANTOS			Prontuário
Endereço Amazonas, S/N	Bairro Popular	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cert. Profissão 7742/PB
Data/Hora Classificação 03/03/2018 19:19:50		Data/Hora Prescrição 03/03/2018 21:19:10	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Sentido

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO.

REFERE TCE LEVE, SEM PERDA DA CONSCIENCIA E SEM VOMITOS.

AO EXAME:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO

ECG 15

SEM DEFICITS

PIFR

SEM CERVICALGIA

TCC: SEM COLEÇÕES E SEM FRATURAS

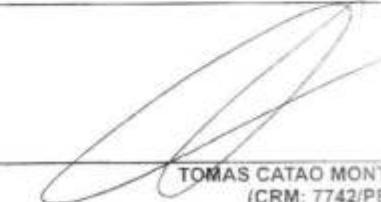
CD: ALTA DA NCIR

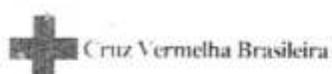


Conduta

Em observação

RODOLFO SOUZA DOS SANTOS


TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031-090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RODOLFO SOUZA DOS SANTOS		BAE 1066583	Data/Hora Entrada 03/03/2018 19:19:50	Data Baixa:
Data de nascimento 10/10/1993		Idade 24	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000 - (00) 00000000
Mãe ADRIANA FELIPE DOS SANTOS				Prontuário:
Endereço Amazonas, S/N		Bairro Popular	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA	Nº Cons. Profissional 10942/PB
Data/Hora Classificação 03/03/2018 19:19:50			Data/Hora Prescrição 03/03/2018 19:31:29	
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE REMOVIDO PELO SAMU APÓS ACIDENTE MOTO VS BICICLETA, SENDO ELE O PILOTO DA PRIMEIRA; APRESENTA QUEIXA DE DOR NA CABEÇA, DOR E LIMITAÇÃO EM ANTEBRAÇO/ PUNHO ESQUERDO; REFERE USO DE CAPACETE E NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NAUSEAS E VOMITO. NEGRAS CERVICALGIA E DOR EM COLUNA VERTEBRAL. APRESETA TRAUMA CONTUSO EM HEMITORAX ESQUERDO, MAS SEM QUEIXAS DE DISPNEIA E LIMITAÇÃO DA MECÂNICA VENTILATÓRIA. NEGA DOR ABDOMINAL, PELVICA E EM OUTROS MEMBROS.
CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM OUTROS ACHADOS AO EXAME.

CD: ROTINA TRAUMA; AV. NCR

MEDICAÇÃO

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

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: SFT 2018)



CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

 Estado da Paraíba

Assinatura de Fábio Henrique Góis



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço AV. CRISTINA ISIDRA, 501, PEDRO GONÇALVES, 56031090
tel: 32165700
CNES: 445365



Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
RODOLFO SOUZA DOS SANTOS	1066583	03/03/2018 19:19:50	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
10/10/1993	24	Masculino	(00) 00000000 / (00) 00000000
Mãe			Prontuário
ADRIANA FELIPE DOS SANTOS	Bairro	Município	UF
Endereço	Popular	SANTA RITA	PB
Amazônias, S/N		Profissional	Nº Cons. Regional
Acidente	Motivo	FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA	5395/PB
MOTO X BICICLETA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Date/Hora Prescrição	
Data/Hora Classificação		03/03/2018 21:23:18	
03/03/2018 19:19:50			
Convenio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

Anamnese

Pc referindo dor em mse, ao exame dor,edema e deformidade.

Imagens radiográficas em AP e perfil antebraço E mostraram solução e continuidade no terço médio do radio.

Há indicação de cirurgia eletiva.

CD : - tala axilo palmar

- alta da ortopedia

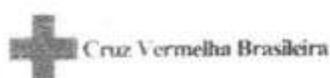
- será encaminhado para Ortotrauma Mangabeira, para tratamento cirúrgico eletivo.

CID10

Código	Descrição
S52.3	Fratura da diáfise do rádio

Conduita

Paciente encaminhado com sucesso para a seção



AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58030-360

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente RODOLFO SOUZA DOS SANTOS	BAE 1066583	Data/Hora Entrada 03/03/2018 19:19:50	Data Ent.
Data de nascimento 10/10/1993	Idade 24	Sexo Masculino	Telefone 00000-000 / (00) 000-0000
Mãe ADRIANA FELIPE DOS SANTOS			Prontuário
Endereço Amazonas, S/N	Bairro Popular	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO	Nº Cons. Profissional 3945/PB
Data/Hora Classificação 03/03/2018 19:19:50		Data/Hora Prescrição 03/03/2018 23:22:25	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

paciente vítima de acidente de moto, politraumatizado,
fez avaliação abdominal com US FAST SEM ALTERAÇÕES APRECIÁVEIS.

TÓRAX NDN.

ALTA DA CIRURGIA GERAL
SEGUIR COM ORTOPEDISTA.

Conduta

Em observação

RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)



**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
rua Vermelha, 111 - Centro - Rio Branco - Acre - CEP 69010-000**

RECABAMENTO MÉDICO

Nome	ALISSON CORDEIRO MOREIRA	CPF	111.111.111-11	E-mail	alisoncordeiro.moreira@saude.acr.br
Convenio	SUS	Matricula		Validade da Prescrição	03/03/2018 19:31:00 - 04/03/2018 19:31:00

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	10/03/2018
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	10/03/2018
3 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						
4 PARECER ORTO	0.0						

03 de Março de 2018

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
CRM: 10942

Assinatura e Carimbo do Profissional



RECOLHIMENTO DE EXAMES URGENTES

TIPO DE EXAME: RADIOGRAFIA
DATA: 10/10/1993
NÚMERO: 10665B3

MATERIAL A EXAMINAR

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLICUA)

PROFISSIONAL

DATA: 10/10/2018

HORA: 20:55

NOME E FONE: *Luis Henrique*

DATA: 10/10/2018
HORA: 20:55

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICAL

21 SFT 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 178 S. 106-Jd. Pessoal/PB

TOMOGRAFIA		
TIPO	103	03
DATA	10/10/2018	20:55
HOR	Lateral	
NOME (E. FONE):		

ASS.: 03 de Maio de 2018



Atendimento: 201831155890

Data Nasc: 10/10/1993 - 24 anos

Paciente: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Data Exame: 03/03/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e evolutivos.



Este laudo foi liberado em 03/03/2018 21:06.


Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB

Atendimento: 201831155890

Data Nasc: 10/10/1992 - 24 anos

Paciente: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Data Exame: 03/03/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.
Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.

Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.

Não há desvio de estruturas da linha média.

Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda/subaguda.

Não se evidenciam traços de fraturas desalinhadas na calota craniana.

Espessamento mucoso do seio maxilar esquerdo.

Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 03/03/2018 22:59.



Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB



CERTIDÃO

Nº. 0899/2018



Atendendo solicitação de RODOLFO SOUZA DOS SANTOS de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 107667 e Prontuário nº 2018.03.0383 ,pertencentes ao **mesmo** que foi atendido dia 04/03/2018 às00h28min,vitima de colisão de moto x bicicleta, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de fratura de galeazzi esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 15/03/2018 e alta medica dia 16/03/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de Junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 107667 Attd: Nao Regul:
Data: 04/03/2018
Hora: 00:28:19
Recepctionista: GIULIANA DE MENEZES
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.03.000383

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3764658 Fone: 987509286

Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 10/10/1993 Id: 24 ano(s)

End.: RUA/ 3 DE MAIO, 460

Bairro: TIBIRI FABRICA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB

Mae: ADRIANA DE FATIMA SOUZA DOS SANTOS Pai: LAFAIETE FELIPE DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: OFFICE-BOY

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 987509286 / IDENTIDADE: 3764658

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO +BICICLETA HJ AS

Vitima de violência por: 17:40, NA AV RUY CARNEIRO (CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito

Queixa Principal

Observacao

QUEIXA DE MOTO.

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Patient com relato de queda de moto há mais de 6h. Nega perde de consciente ou vomitos. Trag RX e encaminhamento do HETS com diagnóstico de fratura do rádio. E

Diagnóstico

Conduta

Aplicação de anticoagulante

Prescrição

Horário da medicacão

Dr. Jhonatan França Arribalzaga
CIRURGIÃO GERA
CRM 6695
CREMEPE 20163

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

|-----| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Fred Melilo

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 04/03/18

Nome: Ronaldo Souza dos Santos Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Nome da Mãe: _____ Bairro: _____

Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Sexo: F() M() Cor: _____ Data de Nascimento: / /

Escolaridade: _____

QPD: Dor em antebraço (C)

HDA: Ousa os níveis col traço - antebraço
reforçar dor + dor

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fx Golezzi C*Conducta: *Internar no Cir*



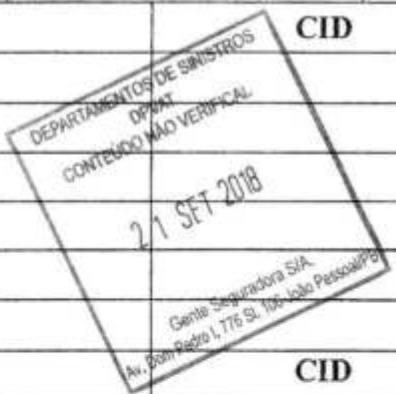
RELATÓRIO DE CIRURGIA

19/03/18

Nome: <i>Ronaldo S. Sanches</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<i>Dr. Roberto</i>			
2º Assistente:	3º Assistente:	1º Assistente:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Instrumentador:			
		Horário:	I:	T:	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Dr. Jallozzi



DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

O liso

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

NPCT

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não	<i>Dr. Jackson Ferreira Figueiredo Ortopedista Traumatologista CRM-PB: 8907</i>

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente sob DNT
premedicado e
suspenso
Anestesia de corpo inteiro

Incisão:

Incisão
vertical sob placa aust.

Achados:

Ex-jalezi



Conduta:

Redutoras levadas
1 pinça de plástico DCP 3,5
2 furos e 6 mms furos cont.
Sutura
anotado + rx
Retirada ferida.

Fechamento:

OBS:



Data: 15/09/18

MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

PRONTUÁRIO N°

DADE: 24	SEXO: M	COR	CLÍNICA	ENF.: 16	LEITO: 158
----------	---------	-----	---------	----------	------------

DATA DE ADMISSÃO: 04/03/18

DATA DE ALTA: 16/03/2018

TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE GALEAZZI E

CID

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

RATAMENTO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS EXAMES

E.F. + RADIOGRÁFICO

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA: AINE + ATB + ANALGÉSICO

NATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

SULTADO BACTERIOLOGIA

INDIÇÕES DE ALTA

() MELHORADO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

() CURADO

() ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente com história de trauma em PUNHO E (FRATURA DE GALEAZZI E) sendo submetido a tratamento cirúrgico COM REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS evoluindo sem intercorrências. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e antibióticos. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

ESTADO: Livre ou conforme já realizada pelo (a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

POUZO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

DIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se tiver dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

DICAÇÕES PARA CASA: analgésicos + antibióticos.

TORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão. (DR.ROBERTO SANTOS)

16/03/2018

ASS. MÉDICO / C.R.M

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



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido
do(a) Sr.(a) RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
portador(a) da identidade
RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
0800horas, portador(a) da patologia CID-10 **S 52.0**
devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de **60 (sessenta)** dias, a partir
esta data.

João Pessoa, 16/03/2018.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido
do(a) Sr.(a) RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
portador(a) da identidade
RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
0800horas, portador(a) da patologia CID-10 **S52.0** devendo
permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por
um período de **60 (sessenta)** dias, a partir desta data.



Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)



CARTÃO DE RETORNO

CONTROLE DE FREQUÊNCIA DE PACIENTES

DA FISIOTERAPIA

PACIENTE:

Rodolfo Coimbra dos Santos

Data

Assinatura

1	15-06-18	Rodolfo Coimbra dos Santos
2	29-06-18	Rodolfo Coimbra dos Santos
3	06-07-18	Rodolfo Coimbra dos Santos
4	13-07-18	Rodolfo Coimbra dos Santos
5	20-07-18	Rodolfo Coimbra dos Santos
6	27-07-18	Rodolfo Coimbra dos Santos
7	03-08-18	Rodolfo Coimbra dos Santos
8	10-08-18	Rodolfo Coimbra dos Santos
9	17-08-18	Rodolfo Coimbra dos Santos
10	24-08-18	Rodolfo Coimbra dos Santos

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA
SECRETARIA DE SAÚDE

NOME _____

Declaro:

Dados para devidos fins, que
o SR: Roselito Souza dos Santos
cid \$ 62 reais do mês
de Agosto, o mês
terminou e tratou.

Santa Rita 25/09/2018



MÉDICO-CRM

Voltando à consulta trazer esta receita

Dr. Luis Gomes Soárez
Fisioterapeuta
CRF 15340



POLICLÍNICA
Nossa Senhora Aparecida

Paciente: Orlando Lopes da Silva

End.: _____



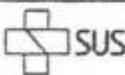
Paciente apresenta cisto:

TG2.2 no antebraço esq.
com osteoesclerose local, abs
de cistos metacarpianos, também
em anexo, deixando limites
funcionais em 50%. Para regular
o humor, provavelmente furação,
supinação incompleta, clas-
sificando como sequelas mi-
scricionais.

Dr Djalma Benito F Junior
CRM 3874
Clínica/Traumatológica

06
09
18

Praça Getúlio Vargas - 68 - Centro - Santa Rita - PB
CNPJ: 27.451.002/0001-53 - Fones: (83) 3032-2331 - 98605-6016



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

Fig. 13

IDENTIFICACAO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE <i>José Alves Souza da Cunha</i>	4 - Nº DO PRONTUÁRIO		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO / /	7 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	9 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> Nº DO TELEFONE <input type="text"/>		
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <input type="text"/>	11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <input type="text"/>	12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <input type="text"/> 13 - UF <input type="text"/>	14 - CEP <input type="text"/>

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 17 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDARIO(S)

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33- DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO 34-CODIGO PRINCIPAL 35-CÓDIGO SECUNDÁRIO 36-CÓDIGO CAUSAS ASSOCIADAS

Epilepsia p. idi- t-			
----------------------	--	--	--

Facile di recente e
di giorno (o ieri) per

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE *Baú* 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO *29/4/19* 40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) *10.4. Sallés*

— 40 - DOCUMENTO

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO
29/01/18

*Dr. Roberto A. Santiago
Deputado Federal
RFB - RALP 81590*

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR _____ 45 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

- 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

- 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
50 - PÉRIODO DE VALIDADE DA APAC	

ESPECIAL AUTORIZADOR —

- 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

- PERÍODO DE VALIDADE DA APAG

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

S1 - HOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ S2 - CHES _____



REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS

NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8

1-CPF
2-CGC

2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE

João Pedro

IDENTIDADE

IDADE

ENDEREÇO

BAIRRO

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

24/4/18

DATA

DEPARTAMENTOS DE SERVIÇOS
DE PAUTA
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
21 SET 2013

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

FAT
Dr. Roberto A. Santos
Traumatologista
Ortopedista
CRM-PB 1590
CRIMBO E ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: 199

DADOS DO PACIENTE

Nome: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
Mae: ADRIANA DE FATIMA SOUZA DOS SANTOS
Data Nasc.: 10/10/1993 Idade: 24 ano(s)
IDENTIDADE: 3764658
Ocupação: OFFICE-BOY
End.: RUA/ 3 DE MAIO, 460,
Bairro: TIBIRI FABRICA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB
Procedencia: RESIDENCIA
Resp.: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

PRE-CONSULTA: PA: FC: FR: TEMP: GLICEMIA:
SO2:

HDA:

Ja ei li no zin res
de felicidade -
Re de acetato E
na tavela

ANTECEDENTES:

MEDICAMENTOS EM USO:

EXAME FISICO:

HIPOTese DIAGNOSTICA:

CONDUTA:

CURATIVO: SIMPLES: []

COM PONTOS: []

TROCA DE SONDA: []

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Apendente
anestesiada

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

ASSINATURA DO PACIENTE

PROCEDIMENTO REALIZADO: (CONTAS MEDICAS)

Dr. Roberto A. Santos
CRM 14.024
CRM 14.024
CRM 14.024

ASSINATURA DO CARIMBO DO MEDI-

BAAWTFQ
B0200K?

Ficha: 122621 Atd: Nao Regulado
Data: 24/04/2018 07:31:39
Recepção: ELAINE CRISTINA MARTINS GOMES
Clinica: AMBULATORIO
Atendimento: CONSULTA

Num. de vezes atendido: 4

Prontuario: 2018.03.000383

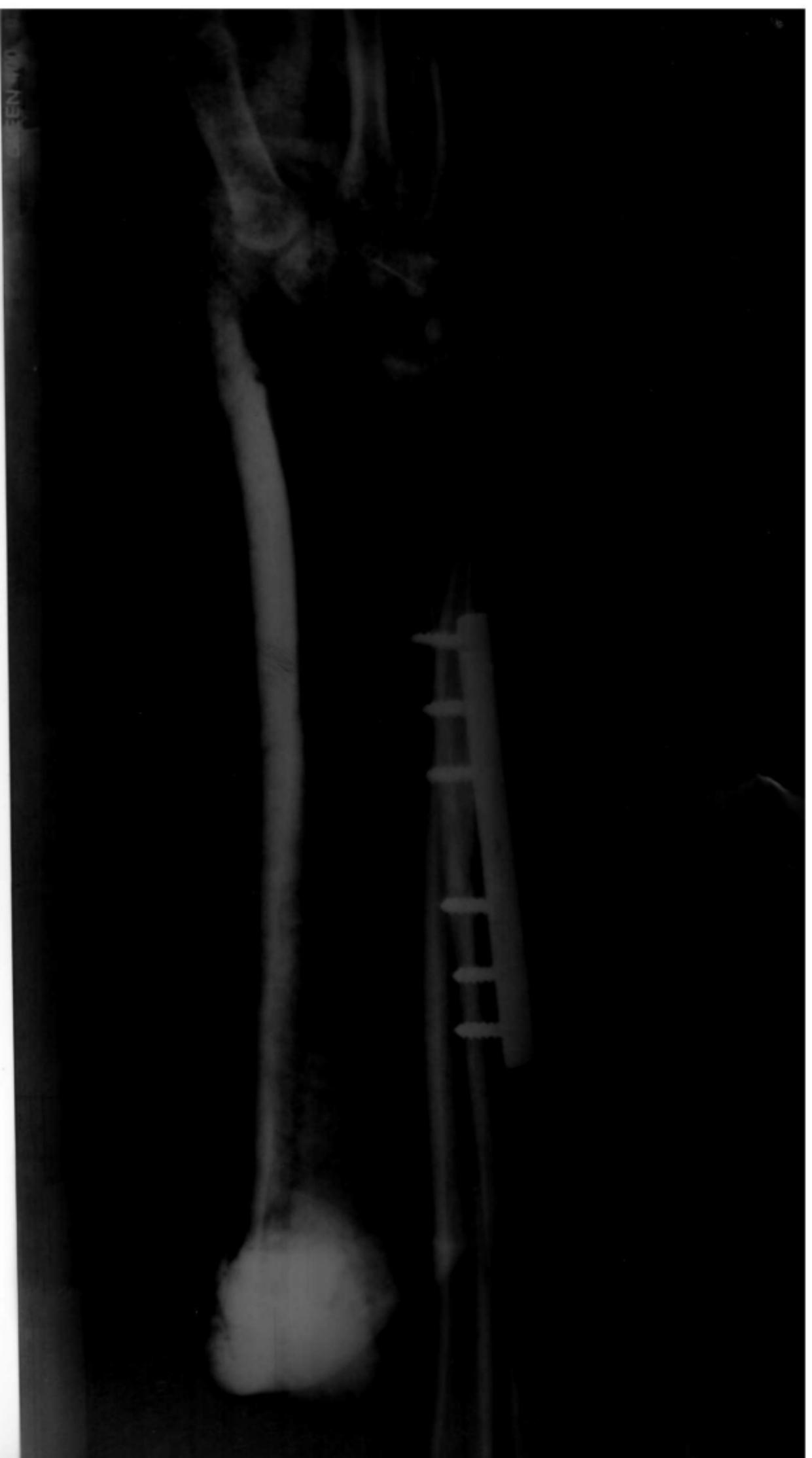
Pai: LAFAIETE FELIPE DOS SANTOS

Sexo: M CNS: SEM CNS

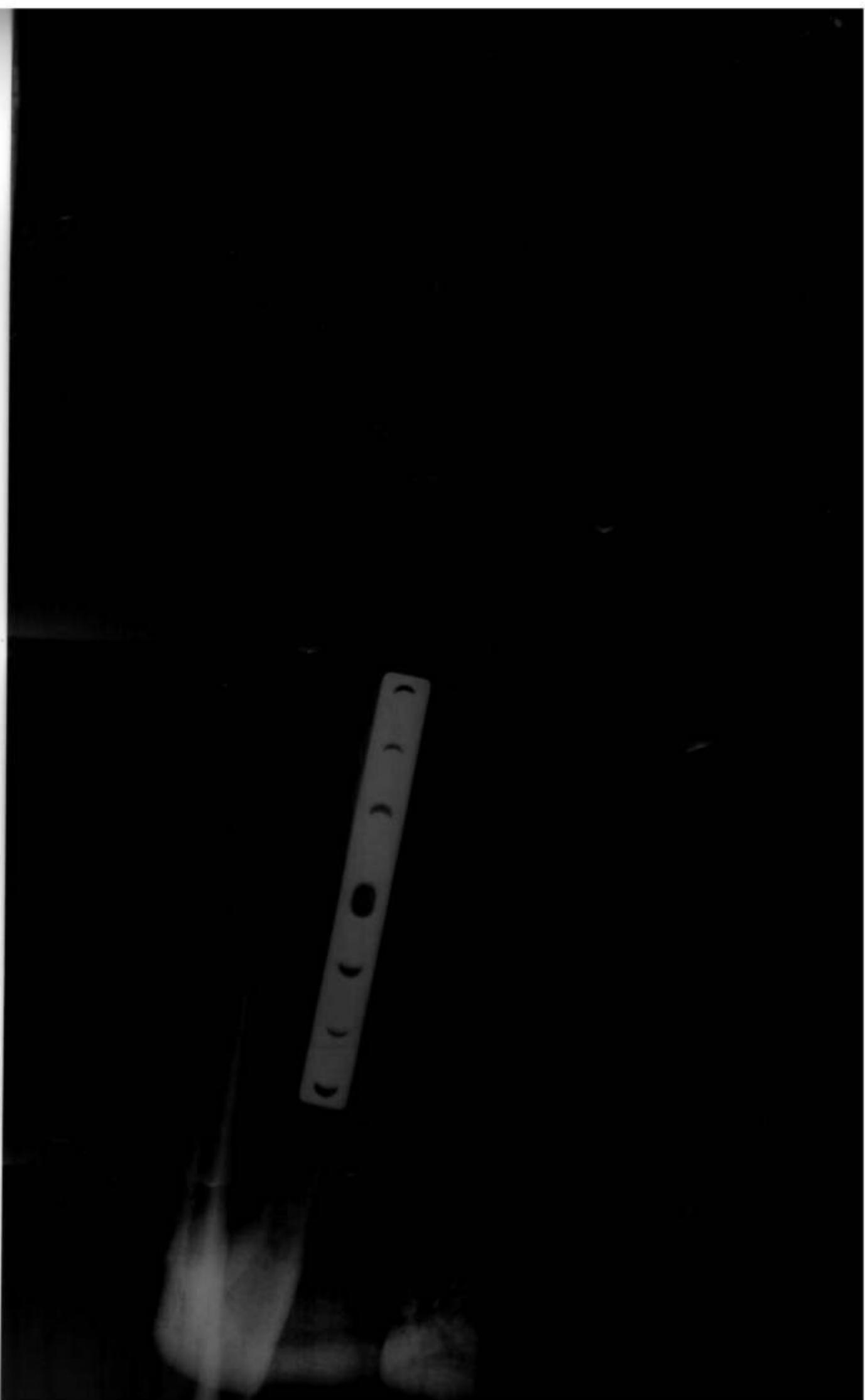
Telefone: 987509286 Esta é uma
ESTAMPA DE SINISTROS DE VIDA
CONTEÚDO NÃO VERIF.

Natural: CAMPINA GRANDE PB SOLTEIRO(A)

21 SET 2018
Av. Da Pedra, 176 S. 106-João Pessoa/PB
Seguradora SIA
Av. Da Pedra, 176 S. 106-João Pessoa/PB





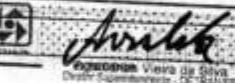




MINISTÉRIO DA FEDERAÇÃO DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

L A C R E 0 0 4 5 1 2 9 9 1 6	DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA CÓD. RENAVAM P.N.R.C. EXERCÍCIO 1 0099943506-0 00/00000000 2018	Nº 013930492457
NOME RODOLFO SOUZA DOS SANTOS		
CPF / CNPJ 11321993447		PLACA OFC8813/PB
PLACA ANT / UF NOVO PB		CHASSI 9C2KC1680ER509026
ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL
MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI		ANO FAB. 2014
CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI		ANO MOD. 2014
CATEGORIA PARTIC		COR PREDOMINANTE PRETA
I P V A	COTA ÚNICA FAIXA I.P.V.A. *****	VENC. COTA ÚNICA PARCELAMENTO / COTAS 00/00/0000 0 1 ^a 2 ^a 3 ^a
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****		IOF (R\$) SEGURADO PAGO PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 0 25/04/2018
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO		
LOCAL SANTA RITA-PB 41939		DATA 25/04/2018 42676

Vereador Vieira da Silva
Deputado Suplente - DE TRÂNSITO



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013930492457 BILHETE DE SEGURO DPVAT

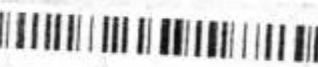
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	EXERCÍCIO 2018	DATA EMISSÃO 25/04/2018
1	CPF / CNPJ 11321993447	PLACA OFC8813/PB
RENAVAM 00999435060		MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI
ANO FAB. 2014	CAT. TARE. 9	Nº CHASSI 9C2KC1680ER509026
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURADO PAGO PAGAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) PAGO DATA DE QUITAÇÃO 25/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

42676-1111545-20180425



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349078/18

Vítima: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

CPF: 113.219.934-47

CPF de: Próprio

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

Data do acidente: 03/03/2018

Titular do CPF: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RODOLFO SOUZA DOS SANTOS : 113.219.934-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/09/2018
Nome: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
CPF: 113.219.934-47

RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 SET 2018

Gerente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 775 Sl. 106-João Pessoa/PB

CARTA DE REANÁLISE DE SINISTRO DPVAT

Eu, Rodolfo Souza dos Santos, Brasileiro, solteiro, portador da identidade RGº 3764658 SSP/PB, inscrito no cadastro de pessoas físicas CPF: 113.219.934-47.

Venho através desta comunicação a seguradora Líder, que não concordo com o valor da minha indenização do sinistro Nº 3180443062, pois em razão do acidente, tenho limitações funcionais do membro lesionado, impedindo de exercer minhas atividades laborais, já que minha função é motoboy, não passei por perícia para verificação da real limitação que o acidente causou. Solicito reanálise do meu sinistro, como também o agendamento da perícia médica.

Atenciosamente, Rodolfo Souza dos Santos.

João Pessoa, 22 de novembro de 2018

Rodolfo Souza dos Santos





Policlínica do AMIP

Angiologia
Alergologia
Audiometria
Cardiologia
Cirurgia Geral
Cirurgia Plástica
Clínica Médica
Cirurgia Infantil
Dermatologia
Endocrinologia
Ecocardiografia
Eletroencefalograma
Gastroenterologia
Endoscopia Digestiva
Ginecologia e Obstetrícia
Laboratório
Mastologia
Neurologia
Neurocirurgia
Nefrologia
Nutrição
Otorrinolaringologia
Videolaringoscopia
Oftalmologia
Odontologia
Pediatria Geral e Especializada
Pneumologia
Psicologia
Reumatologia
Ultrasonografia
Urologia
Vacinação

Dr. Fábio G. R. Bombom
CRM-PB 5395
SBOT 4654
9876

A DP VAT

Rodolfo Souza dos Santos
Dirceu de
Sei Lute se fane elástico
segundo o Vincente, no
fato de 03/03/18.

Foi submetido a tratamento
comprimidos com fixos e
fractura do rádio E.

Atualmente a Fratura
encontra-se ^{consolidada}, o paciente
houve perda de sensibilidade
e flexão e extensão
do braço E.

O PACIENTE TERÁ DIREITO A UM RETORNO NO PERÍODO DE ATÉ 15 DIAS A PARTIR DA CONSULTA
AV. DOS TABAJARAS, 792 - CEP 58013-360 - JOÃO PESSOA - PB - FONE:(83) 3208-2821



A pesante ainte pode trar
foras musculos.

Há de evitarse de fumar
MS 13 em 40.

CID: 552 / T92

JP

22/11/18

Dr. *[Signature]*
G. F. Borboenga
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349078/18

Vítima: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

CPF: 113.219.934-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2018

Titular do CPF: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RODOLFO SOUZA DOS SANTOS : 113.219.934-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/09/2018
Nome: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
CPF: 113.219.934-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

ALINE GOMES DE BRITO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180443062 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/03/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 MÉDIO DO RÁDIO ESQUERDO (GALLEAZZI).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura: