

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

Carta nº 13415889



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

Carta nº 13657647



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 ASI

CPF da Vítima

113.219.934-47

Nome completo da vítima

Rodolfo Souza dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Nome completo <i>Rodolfo Souza dos Santos</i> | | CPF titular da conta | Profissão <i>Moto Boy</i> |
| Endereço <i>Rua 3ª de Maio</i> | | Número <i>460</i> | Complemento |
| Bairro <i>Tibiri Fátima</i> | Cidade <i>Santa Rita</i> | Estado <i>Paraná</i> | CEP <i>58300700</i> |
| Email <i>87808211.rodolfo@gmail.com</i> | | Telefone (DDD) <i>(83) 987808211</i> | |

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

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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.

3914

(Informar dígito se existir)

D/V

04/21

CONTA

NRO.

01300144680

(Informar dígito se existir)

D/V

04/21

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

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

João Paulo A de S. T. B. 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 íntegra: À(s) 09:20 horas do dia 10 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa/PB, 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 Araújo 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 o notificante e o 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 médico: 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 10 de agosto de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
Notificante



DAVC-PB



Procedimento Policial: 01518.01.2018.1.00.420

Gerente SIA,
Av. Dom Pedro I, 775 St. 106-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.

João Pessoa 9 de Setembro de 2018
Local e Data



Rodolfo Souza dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 05/04/18

Coronel *[Assinatura]*
Katy Sabina de A. Silva

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 Nº. 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 Nº 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 após 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, (*[Assinatura]*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

[Assinatura]
JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA

7ª TEN. MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br

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 - TIBIRI
SANTA RITA / PB CEP: 68200700 (AQ: 1)

Emissão: 20/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R-250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-080
Roteiro: 12-9-171-9910 Nº medidor: 0000992777

energisa

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.095.983/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 012.712.748
Cód. para Dct. 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 008.977.294-28

UC (Unidade Consumidora): 5/1074141-1

Canal de contato

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias |
|-------------------------------------|---------|----------|---------|-----------|---------|-------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | |
| 22/09/18 | 17886 | 20/09/18 | 18064 | | 128 | 29 |
| Demonstrativo | | | | | | |
| Incluído Total (R\$) (CANS/R\$) CME | | | | | | |
| 0801 Consumo em kWh | 128,000 | 0,815540 | 104,88 | 104,88 | 27 | 28,12 |
| 0801 Adc. B. Veimaha | | | 9,34 | 9,34 | 27 | 2,52 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | |
| 0807 CONTRA SERV. ILM. PÚBLICA | | | 9,48 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 0804 JUROS DE MORA 08/2018 | | | 0,34 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 0805 MULTA 08/2018 | | | 2,16 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 0806 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018 | | | 0,08 | 0,00 | 0 | 0,00 |

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 125,55 113,73 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)
Set/17 135 | Out/17 129 | Nov/17 148 | Dez/17 140 | Jan/18 144 | Fev/18 151 | Mar/18 132 | Abr/18 143 | Mai/18 150 | Jun/18 142 | Jul/18 141 | Ago/18 132

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

| Indicadores de Qualidade | | | | Composição do Consumo | | |
|--------------------------|---------|--|--|--------------------------------|---------------|---------------|
| Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) | | Discriminação | Valor (R\$) | % |
| DIC MENSAL 3,22 | 0,00 | NOMINAL 220 | | Serviço de Dist. de Energia/PB | 25,41 | 20,24 |
| DIC TRIMESTRAL 11,10 | | | | Conta de Energia | 42,53 | 33,87 |
| DIC ANUAL 32,21 | | | | Serviço de Transmissão | 3,85 | 3,15 |
| PC MENSAL 3,42 | 0,00 | CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231 | | Encargos Setoriais | 6,01 | 4,79 |
| PC TRIMESTRAL 8,85 | | | | Impostos Diretos e Encargos | 47,85 | 37,95 |
| PC ANUAL 13,70 | | | | Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| DMC 3,20 | 0,00 | | | Total | 125,55 | 100,00 |
| DICRI 18,29 | | | | | | |

ATENÇÃO
Requisito Tarifário para acesso ao sistema de medição de tensão (TFT) é a instalação de um transformador de tensão (TFT) no ponto de medição.
Requisito Técnico para acesso ao sistema de medição de tensão (TFT) é a instalação de um transformador de tensão (TFT) no ponto de medição.

Faturas em atraso

PARAIBA
Energisa
Roteiro: 12-9-171-9910 Matrícula: 1074141-2018-09-2
VENCIMENTO 27/09/2018 **TOTAL A PAGAR R\$ 125,55**
83640000001-1 25550054000-0 10741412018-1 09200009019-8

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 SET 2018
Gente Seguradora
Av. Dom Pedro I, 775 Sl. 100



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



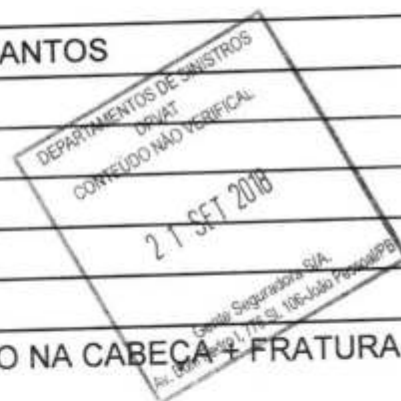
LAUDO MÉDICO

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 deficits. 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 Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

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

RESULTADOS DOS EXAMES:

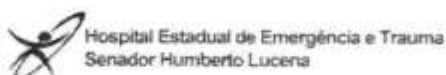
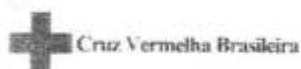
TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

| | |
|------------------|----------|
| 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



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

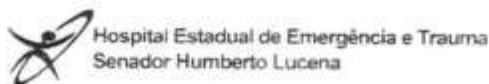
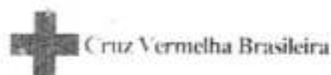
Boletim de Atendimento: 1066583



| | | | | | | |
|---|--|---|--|-----------|--------|----------------------|
| 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 | | | |
| Mãe ADRIANA FELIPE DOS SANTOS | | | Pai NÃO 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 Cns | | | | |
| Local de procedência AV RUI CARNEIRO | | | Tipo BAIRRO UF PE | | | |
| Email | Naturalidade SANTA RITA | CBO/R | | | | |
| Endereço | | | | | | |
| CEP 56301545 | Município de residência SANTA RITA | UF PB | Logradouro Amazonas | | | |
| 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 | Clínica | | | | | |
| Classificação de risco | | | Origem 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 | Trauma Não | | | |
| Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS | Quem transportou | | | | | |
| Sinais Vitais | | | | | | |
| PA X mmHg | Pulso | Temperatura | | | | |
| Exames complementares | | | | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos Paciente vítima acidente, mto, c/ 42 anos, em estado de consciência (MSE? TCE?), com sinais vitais estáveis, sem lesões aparentes. Tratado com analgesia (paracetamol). Cid. Aus: NCR/ORTO. | | | | | | |
| Diagnóstico | | | | | | CID |
| Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO | | | | | | Tempo 01min 00seg |



Imprimir



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 5803-090

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 | CNS |
| Mãe ADRIANA FELIPE DOS SANTOS | | | Telefone de Contato (00) 00000000 / (00) 00000000 |
| 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. Regional 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 VÔMITO. NEGA CERVICALGIA E DOR EM COLUNA VERTEBRAL. APRESENTA TRAUMA CONTUSO EM HEMITORAX ESQUERDO, MAS SEM QUEIXAS DE DISPNEIA E LIMITAÇÃO DA MECANICA VENTILATORIA. 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: 21 SET 2019)

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



Handwritten signature of Alisson Cordeiro Moreira

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(CRM: 10942/PB)



GOVERNO
DA PARAIBA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 SET 2018



GOVERNO
DA PARAIBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. CRISTÓVÃO COELHO, S/N, PÉDRO BONFIM
Tel: 32165700
CNES: 445365

| | | | | | | |
|-------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|
| Paciente | RODOLFO SOUZA DOS SANTOS | RAE | 1066583 | Data/Hora Entrada | 03/03/2018 19:19:50 | Data Baixa |
| Data de nascimento | 10/10/1993 | Idade | 24 | Sexo | Masculino | CNS |
| Mãe | ADRIANA FELIPE DOS SANTOS | | | | | |
| Endereço | Amazonas, S/N | Bairro | Popular | Município | SANTA RITA | UF |
| Acidente | MOTO X BICICLETA | Motivo | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional | FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA | Nº Cons. Regional |
| Data/Hora Classificação | 03/03/2018 19:19:50 | Data/Hora Prescrição | 03/03/2018 21:23:18 | Nº Cons. Regional | 5395/PB | |
| Convênio | SUS | Nº Matricula | | Senha | | |

Anamnese

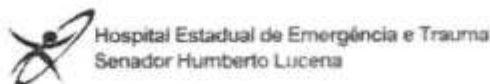
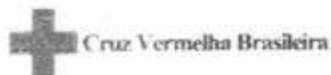
Pc referindo dor em mse , ao exame dor,edema e deformidade.
Imagens radiográficas em AP e perfil antebraço E mostram solução e continuidade no terço médio do radio.
Há indicação de cirurgia eletiva.
CD :- tala axilo palmar
- alta da ortopedia
- será encaminhado para Ortotrauma Mangabeira, para tratamento cirúrgico eletivo.

CID10

| Código | Descrição |
|--------|-----------------------------|
| S52.3 | Fratura da diáfise do rádio |

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção



AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 5803-280

Tel: 32165700

CNES: 2458276

| | | | |
|---|--|---|--|
| 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 | CNS |
| Mãe ADRIANA FELIPE DOS SANTOS | | | Telefone do Paciente (00) 00000000 / (00) 00000000 |
| Endereço Amazonas, S/N | Barro 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 Matricula | | 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)



PRESCRIÇÃO MEDICA

Data 03/03/18 19:31
 Nome ALISSON
 Idade 4066583
 03/03/2018 19:31:29

Nome do paciente: **ALISSON CORDEIRO MOREIRA** Matrícula: **1066583**
 Unidade: **Enfermaria - Leito** Validade da Prescrição: **03/03/2018 19:31:00 - 04/03/2018 19:31:00**
 Contorno: **SUS** Sentinela

| Nome do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. | Pos | Apazamento |
|--|-------|------|-----------------------|--------|-------------|-------|------------|
| 1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) | 2.0 | ML | | E.V. | | AGORA | |
| 2 CETOPROFENO 100 MG | 100.0 | MG | Observação: +100ML SF | E.V. | | AGORA | |
| 3 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA | 0.0 | | | | | | |
| 4 PARECER ORTO | 0.0 | | | | | | |

03 de Março de 2018

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
 CRM: 10942

Assinatura e Carimbo do Profissional



[Handwritten signature]



Hospital Estadual de Radiologia e Diagnóstico
Rua do Rio, 106 - Jd. Pessôa



RECUPERAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

| | | | |
|---------------------|-------------------------|------------|--|
| Nome | FERNANDA MARIA DA SILVA | | |
| Matrícula | 1066583 | Prontuário | |
| Material a examinar | | | |

EXAME DE IMAGEM
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

1. 03 03 18
2. 03 30
3. 03 18
4. 03 18
5. 03 18
6. 03 18
7. 03 18
8. 03 18
9. 03 18
10. 03 18
11. 03 18
12. 03 18
13. 03 18
14. 03 18
15. 03 18
16. 03 18
17. 03 18
18. 03 18
19. 03 18
20. 03 18
21. 03 18
22. 03 18
23. 03 18
24. 03 18
25. 03 18
26. 03 18
27. 03 18
28. 03 18
29. 03 18
30. 03 18
31. 03 18
32. 03 18
33. 03 18
34. 03 18
35. 03 18
36. 03 18
37. 03 18
38. 03 18
39. 03 18
40. 03 18
41. 03 18
42. 03 18
43. 03 18
44. 03 18
45. 03 18
46. 03 18
47. 03 18
48. 03 18
49. 03 18
50. 03 18
51. 03 18
52. 03 18
53. 03 18
54. 03 18
55. 03 18
56. 03 18
57. 03 18
58. 03 18
59. 03 18
60. 03 18
61. 03 18
62. 03 18
63. 03 18
64. 03 18
65. 03 18
66. 03 18
67. 03 18
68. 03 18
69. 03 18
70. 03 18
71. 03 18
72. 03 18
73. 03 18
74. 03 18
75. 03 18
76. 03 18
77. 03 18
78. 03 18
79. 03 18
80. 03 18
81. 03 18
82. 03 18
83. 03 18
84. 03 18
85. 03 18
86. 03 18
87. 03 18
88. 03 18
89. 03 18
90. 03 18
91. 03 18
92. 03 18
93. 03 18
94. 03 18
95. 03 18
96. 03 18
97. 03 18
98. 03 18
99. 03 18
100. 03 18

[Handwritten signature]

| | |
|------------|---------------------|
| TOMOGRAFIA | |
| TIPO | 03 03 18 |
| DATA | 03 03 18 |
| HORA | 03 03 18 |
| NOME | 03 03 18 |
| ASS. | 03 de Março de 2018 |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICAR
21 SFT 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Com Pedro 1.715 St. 106-Jd. Pessôa

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

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 parenquimatosa 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 radiológicos.*



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


Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831155890

Data Nasc: 10/10/1993 - 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-parenquimais 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 às 00h28min, vítima 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, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato 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 Atd: Nao Regul
Data: 04/03/2018
Hora: 00:28:19
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

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

Ocupação: OFFICE-BOY

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

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

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

QUEIXA DE MOTO.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com relato de queda de moto há mais de 6h. Nega perda de consciência ou vomitos. Traq Rx e encaminhamento do HETS/HL com diagnóstico de fratura do rádio E

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

[Assinatura]

Dr. Jhonatan França Arruda
CIRURGIÃO GERAL
CRM 6695
CREMEPE 20182

1
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Paula Michele
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Rogolfo Sousa dos Santos Data da Admissão: 04/03/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____

QPD: Dor em antebraço E

HDA: Queixa de dor no antebraço E
relacionada dor e deprim.

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
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] 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-reposso [] 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 []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho 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 Galeazzi C*


Conduta: *Inter + Cir*

Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6827 TEOT 14247



RELATÓRIO DE CIRURGIA

19/03/18

| | | | | | |
|---|----------------------------------|-----------------|------------------------|--|--------|
| Nome: <i>Roberto S. Santos</i> | | | | Registro: | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clínica: | EMP: | LR: |
| Data: | Cirurgião: <i>Dr. Roberto I.</i> | | | 1º Assistente: | |
| 2º Assistente: | | 3º Assistente: | | Instrumentador: | |
| Anestesista: | | Tipo Anestesia: | | Horário: I: | T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>fx pulsozti</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>0 lbm</i> | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | | CÓDIGO |
| <i>RSI</i> | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | | 1 () Sim 2 () Não | Descreva:  | |
| Biópsia de Congelação: | | | 1 () Sim 2 () Não | | |
| 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 DM
membrado e repup
sua
Anestesia de corpo com

Incisão:

Incisão
Burrão sob plano cut.

Achados:

Ex. juleszi



Conduta:

Redução perik
e fixação plap DCP 3 T
2 pontos e 6 pontos com cost.
Sutura
curativo + tx
Retorno perik.

Fechamento:

OBS:

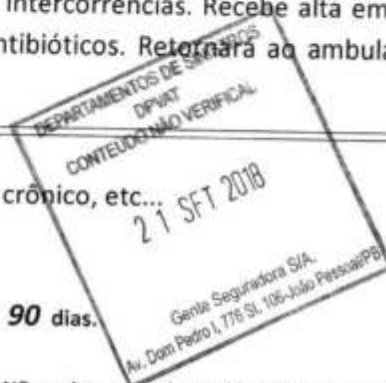
Data:

15/09/18

MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | |
|--|---------|--------------------------|------------------------------------|----------------------|------------|
| NOME: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS | | | | PRONTUÁRIO Nº | |
| IDADE: 24 | SEXO: M | COR | CLÍNICA Ortopedia | 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 | | | | | |
| TRATAMENTO TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES E.F. + RADIOGRÁFICO | | | | | |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: AINE + ATB + ANALGÉSICO | | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | | | |
| INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO | | | COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO | | |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | | | |
| INDICAÇÕES DE ALTA () MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO | | | | | |
| RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) | | | | | |
| <p>Paciente com história de trauma em PUNHO E (FRATURA DE GALEAZZI E) sendo submetido a tratamento cirúrgico COM DUCAÇÃO 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.</p> | | | | | |
| <p align="center">ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</p> <p>ETA: Livre ou conforme já realizada pelo (a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</p> <p>POUSO: 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.</p> <p>INDICAÇÕES COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</p> <p>INDICAÇÕES PARA CASA: analgésicos + antibióticos.</p> | | | | | |
| <p>RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em 15 dias para revisão. (DR.ROBERTO SANTOS)</p> | | | | | |
| <p align="center">16/03/2018</p> <p align="center">ASS. MÉDICO / C.R.M</p> <p align="center">Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO</p> | | | | | |





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 0800 horas, portador(a) da patologia CID-10 **S 52.0** levando permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de **60 (sessenta)** dias, a partir desta data.

João Pessoa, 16/03/2018.

Dr. Tago B. F. Pacheco
11/03/2018

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)



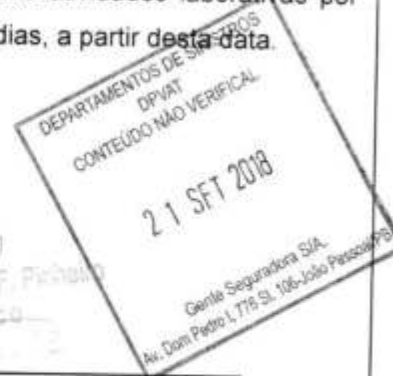
ATESTADO MÉDICO

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 0800 horas, 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.

João Pessoa, 16/03/2018.

Dr. Tago B. F. Pacheco
11/03/2018

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)





CARTÃO DE RETORNO

Paciente: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Médico: ROBERTO SANTOS

Data 1º atendimento:

HD: FRATURA DE GALEAZZI

CD: Trat. Cirurgico



RETORNOS

DATA

HORA

ASSINATURA

Agendar 1º retorno PARA 7 DIAS

27/03/18

07:00hs

10/4/18

7:00hs

24/4/18

07:00hs

CONTROLE DE FREQUÊNCIA DE PACIENTES DA FISIOTERAPIA

PACIENTE: *Rodolfo Souza dos Santos*

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



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



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA
SECRETARIA DE SAÚDE

NOME _____

Declaração:

Declaramos para os devidos fins, que
o Sr: Rodolfo Souza dos Santos
cid. \$62 recebeu do mês
de fevereiro, o mês
terminou o tratamento.

Santa Rita 21/09/18



Dr. Luis Gomes Sá Filho
Proferente
CRF 15340

MÉDICO-CRM
Voltando à consulta trazer esta receita



POLICLÍNICA
Nossa Senhora Aparecida

Paciente:

Odolfo Luiz da Silva

End.:

LAUDO



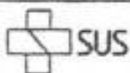
PACIENTE ACIDENTADO CIVIL:

TG 2.2 NO ANTEBRAÇO ESQ.
COM OSTEOPORÓSE LOCAL, ACIDENTE
ACIDENTE MOTOCICLISTICO, IMAGEM
EM ANEXO, DEIXANDO LIMITAR
FUNÇÕES EM 50% PARA FLEXÃO
DO PUNHO, BRUNABET FULCROSA,
SUBINAT INCOMPLETA, CLASS-
SIFICANDO COMO SÍNDROME MI-
DEKARS.

Dr. Djalma Bento 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) 3032-2337 - 98605-6016



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐

Fem. ☐

7 - SEXO

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

000

9 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE.

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

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

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID10 PRINCIPAL

35 - CID10 SECUNDÁRIO

36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO

41 - Nº DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CHS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CHS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES



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

ENDEREÇO

BAIRRO

IDENTIDADE

IDADE

ORIGEM

PAM

SES

SSM

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

24, 4, 18
DATA

CRIMBO E ASSINATURA

Dr. Roberto A. Santos
Oto - Traumatologia

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:

Ficha: 122621

Atd: Nao Regulado

Data: 24/04/2018 07:31:39

Recepcionista: ELAINE CRISTINA MARTINS GOMES

Clinica: AMBULATORIO

Atendimento: CONSULTA

Dr. Roberto A. Santos

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

FICHA DE AMBULATORIO

Num. de vezes atendido: 4
Prontuario: 2018.03.000383
Pai: LAFIAETE FELIPE DOS SANTOS
Sexo: M - CNS: SEM CNS
Telefone: 987509286 Estado: SOLTEIRO (A)
Natural: CAMPINA GRANDE
Profissional:
Tel.: 987509286 IDENTIDADE: 3764658



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

HDA:

*paciente com zircos
de febre febre
R de acido E
no 1/10/18*

ANTECEDENTES:

MEDICAMENTOS EM USO:

EXAME FISICO:

*Interna radio E
lon M de de*

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

CONDUTA:

CURATIVO: SIMPLES: []

COM PONTOS: []

TROCA DE SONDA: []

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

*Atendimento
ambulatorial*

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

ASSINATURA DO PACIENTE

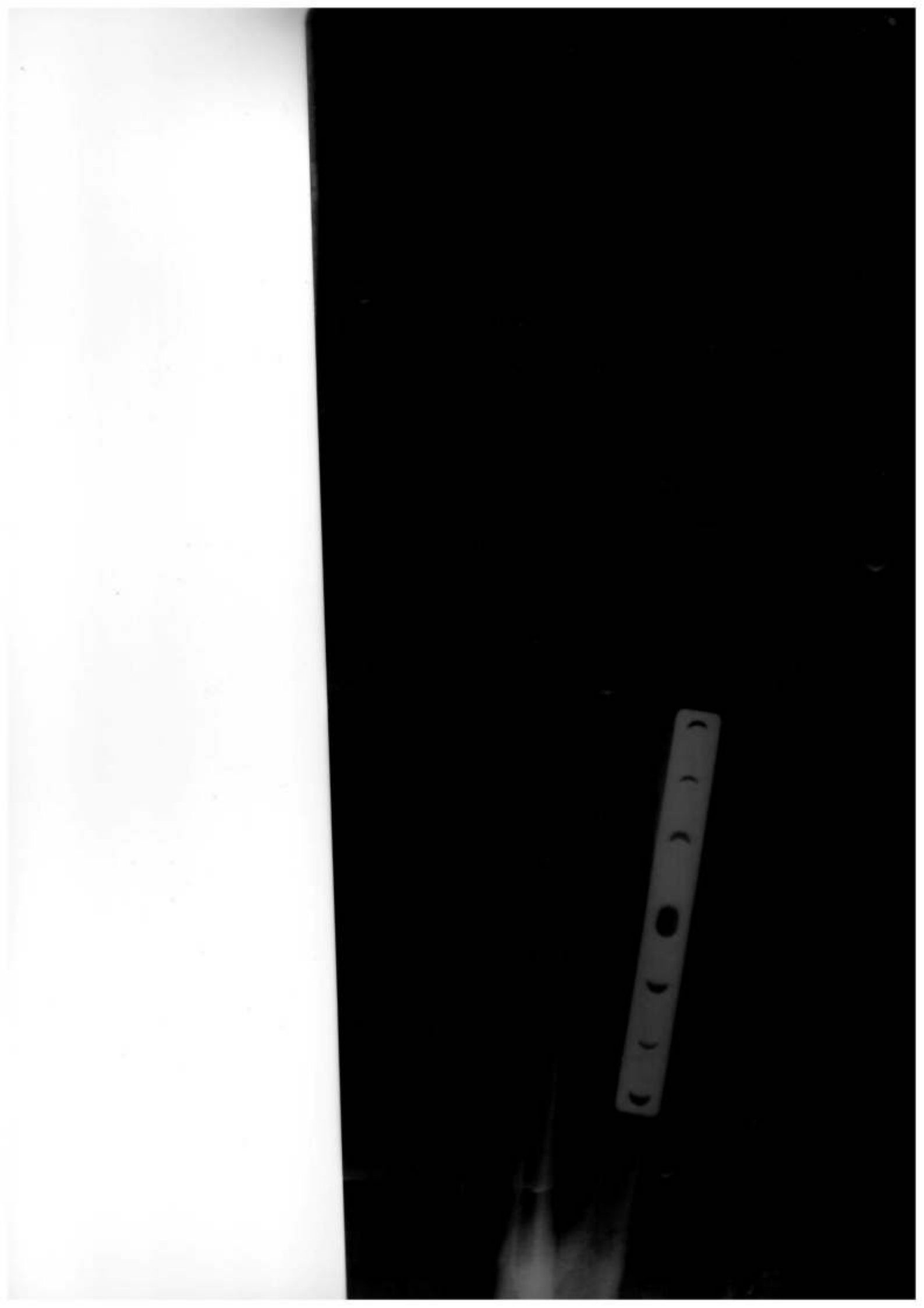
Dr. Roberto A. Santos
Cid. - Traumatologia
CRM 207003

PROCEDIMENTO REALIZADO: (CONTAS MEDICAS)

ASSINATURA DO MEDICO

*BR020072
BR0200038*







MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013930492457

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 0099943506-0 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

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 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000

VENC / COTAS

FAIXA I.P.V.A. *****

PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *****

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO 25/04/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL SANTA RITA-PB

DATA 25/04/2018

41939

Assinatura
Diretor Superintendente - DETRAN/PB

42676

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA 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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 25/04/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 11321993447

PLACA OFC8813/PB

RENAVAM 00999435060

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2014

CAT. TARIF. 9

Nº CHASSI 9C2KC1680ER509026

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****

DENATRAN (R\$) *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

SEGURO

PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA

PARCELADO

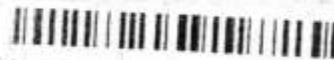
DATA DE QUITAÇÃO

25/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

42676-1111545-20180425



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 SET 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 Sl. 106-João Pessoa/PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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 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.

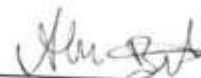
Portador da documentação entregue

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



CARTA DE REANÁLISE DE SINISTRO DPVAT

Eu, Rodolfo Souza dos Santos, Brasileiro, solteiro, portador da identidade RG° 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 N° 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. Filipe G. P. Bortolero
CRM-PB 5395
SBOT 9876

A DP VAT

Roberto Souza dos
Santos, vítima de
sequestro autonegligência
segundo o paciente, no
lote de 03/03/18.

Foi submetido a tomografia
coronária com fixação de
fratura do rádio E.

Atualmente a fratura
encontra-se ^{consolidada}, portanto
houve perda de super-
fície e flexão e extensão
do punho 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) 3208-2822

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 NOV 2018

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

Aparente ainda pouca de
força muscular.

Há debilidade de fuso
do MSB em 40°.

CID: 552 / T92

EP

22/11/18

Dr. Edilson G. F. Borborema
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 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

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:

Fernanda C. G. Fonseca