



Número: **0847896-28.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAMON BRITO DE SOUZA (AUTOR)		PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36895005	20/11/2020 10:05	2765933_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200143807

Vítima: RAMON BRITO DE SOUZA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAMON BRITO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

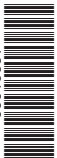
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15697288

Pag. 01393/01394 - carta_01 - INVALIDEZ

00010697





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200143807

Vítima: RAMON BRITO DE SOUZA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAMON BRITO DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: RAMON BRITO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000039

Conta: 0000028627-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	036.518.174-90	RAMON BRITO DE SOUZA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
RAMON BRITO DE SOUZA	036.518.174-90	
Profissão:	Número:	Complemento:
SEMPREIRO	178	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:
JD. CAMISQUINHA	CASLOLO	PB
E-mail:	CEP:	Tel (DDD):
	58.103-718	(83) 99811-5088

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0039 ☐ CONTA: 28627 ☐ 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: J. Pessoa 06/07/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Ramon Brito de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03004.01.2020.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o registro de Ocorrência Policial Nº 03004.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:53 horas do dia 19 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Ramon Brito de Souza**, CPF nº 036.518.174-90, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria Eunice de Brito e Ednaldo Leocadio de Souza, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 24/09/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Marcia Travassos, Nº 178, bairro Jardim Camboinha, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98626-5371.

Dados do(s) Fatos:

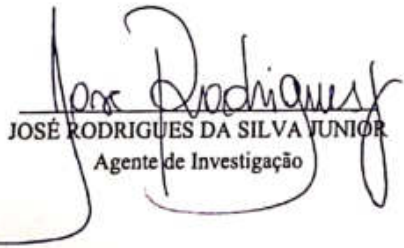
Local: Rua Rosa Lima dos Santos, Xx, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/12/19 20:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/12/2019, POR VOLTA DAS 20:50, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA START DE COR PRETA, ANO 2018, PLACA QSC-1449/PB, CHASSI 9C2KC2500JR143307, NA RUA ROSA LIMA DOS SANTOS, BANCÁRIOS, NESTA CAPITAL, QUANDO BATEU EM UM TRANSEUNTE QUE ATRAVESSOU A PISTA EM SUA FRENTE FORA DA FAIXA DE PEDESTRES; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA.

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, 19 de março de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


RAMON BRITO DE SOUZA
Noticiante

Procedimento Policial: 03004.01.2020.1.00.401

1/1

Digitalizado com CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	036.518.174-90	RAMON ALITO DE SOUZA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
RAMON ALITO DE SOUZA	036.518.174-90	
Profissão:	Número:	Complemento:
SEMPREIRO	178	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:
JD. CAMBOINHA	CASLOLO	PR
E-mail:	CEP:	Tel (DDD):
	58.103-718	(83) 99811-5088

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0039 ☐ CONTA: 28627 ☐ 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: J. Pessoa 06/04/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGRE
o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNEB: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1211882



Identificação do paciente

ID 1468624	Nome RAMON BRITO DE SOUZA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 24/09/1980	Idade 39 anos 2 meses 26 dias	Estatu civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA EUNICE DE BRITO	Pai EDNALDO LEOCADIO DE SOUZA		Responsável (Parentesco) O MESMO	
Escolaridade	DDD Celular 83		Celular 999014018	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Numero documento 5462739	Nº Cns		
Local de procedência CABEDELO	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade CABEDELO	CROR		

Endereço

CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro MARCIA TAVARES
Numero 178	Complemento	Bairro JARDIM CAMBOINHA	

Admissão

Data e Hora 20/12/2019 21:45:15	Numero da pulseira 100007884886	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

X	mmHg	Pulso	Temperatura
---	------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos	
Paciente vítima acat. moto acidentado e suco, mulado e exames. At. Inicial de Emergência Enfermeiro COREN 222807	
Diagnóstico	CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	Tempo 42seg

Imprimir

172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&iq=1211882

Digitalizado com CamScanner



Endereço:
Tel:
CNES:

Boletim de Atendimento: 41297



Identificação do paciente					
ID 72873	Nome RAMON BRITO DE SOUZA				
Data de nascimento 24/09/1980	Idade 39 anos 2 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Sexo Masculino	
Mãe MARIA EUNICE DE BRITO	Prontuário		Pai		
Escolaridade	Responsável (Parentesco)				
DDD Celular 63	Celular 99014018	DDD		Telefone	
Tipo documento CPF	Número documento 03651817490	Nº Cns 898001927489158			
Local de procedência	Tipo		UF		
Email	Naturalidade CABEDELO	CBO/R			
Endereço					
CEP 58103718	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro MARCIA TRAVASSOS		
Número 178	Complemento	Bairro JARDIM CAMBOINHA			
Admissão					
Data e Hora 22/12/2019 17:59:11	Número da pulseira 42057	Convênio SUS			
Especialidade CLINICA MÉDICA	Clínica				
Classificação de risco	Origem do paciente AMBULANCIA EXTERNA (GSE/SAMU)				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não		
Sinais Vitais	Quem transportou				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura			
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por PATRICIA FERNANDA SPINELI					CID
					Tempo 03min 20seg

Imprimir

Digitalizado com CamScanner



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:	17/04/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAMON BRITO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000028627-8

Nr. da Autenticação 11553DA7F974BCB7



Hipercard

00048561



RAMON BRITO DE SOUZA
R MARCIA TRAVASSOS 178
CASA - JD CAMBOINHA
58103-718 CABEDELO - PB

PC - 00

080320

Fechamento próxima fatura: 08/04/2020

Titular **RAMON BRITO DE SOUZA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.4286**

Prá que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

Vencimento

18/03/2020

A) pagamento total

563,93

B) pagamento mínimo

84,59

C) parcelas fixas

67,07
+23x 67,07

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	871,05
Pagamento efetuado em 13/02/2020	- 871,05
Saldo financiado	0,00
+ Lançamentos atuais	563,93
Total desta fatura	563,93

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RAMON BRITO DE SOUZA
DADOS DE NASCIMENTO 24/09/80
NOME DA MÃE MARIA EUNICE DE BRITO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.211.882
Nº PRONTUÁRIO 120.036
DATA DO ATENDIMENTO 20/12/19
HORA DO ATENDIMENTO 21:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CLAVICULAR E
CID 10 S 43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x pedestre), apresentando queixas de dor + edema em clavícula E, com deformidade local. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP e Oblíquo
RX do tórax - AP

TRATAMENTO:

Fratura da clavícula E aos RX. Realizado intenamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Breno Torres e Dr. Lauri Farias da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 28/12/19
DATA DE EMISSÃO: 12/03/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
ACORDO
12/03/20

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGRE
o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNEB: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1211882



Identificação do paciente

ID 1468624	Nome RAMON BRITO DE SOUZA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 24/09/1980	Idade 39 anos 2 meses 26 dias		Estado civil	
Mãe MARIA EUNICE DE BRITO	Religião		Prontuário	
Escolaridade	Pai EDNALDO LEOCADIO DE SOUZA		Responsável (Parentesco) O MESMO	
DDD Celular 83	Celular 999014018		Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 5462739		Nº Cns	
Local de procedência CABEDELO	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
E-mail	Naturalidade CABEDELO		CROR	

Endereço

CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro MARCIA TAVARES
Número 178	Complemento	Bairro JARDIM CAMBOINHA	

Admissão

Data e Hora 20/12/2019 21:45:15	Número da pulseira 100007884886	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente RUA
Classificação de risco	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

X	mmHg	Pulso	Temperatura
---	------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos	
Paciente vítima acat. moto acidentado e suco, mulhado e exames. At. Inicial de Emergência Enfermeiro COREN 222807	
Diagnóstico	CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	Tempo 42seg

Imprimir



Endereço:
Tel:
CNES:

Boletim de Atendimento: 41297



Identificação do paciente					
ID 72873	Nome RAMON BRITO DE SOUZA				
Data de nascimento 24/09/1980	Idade 39 anos 2 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Sexo Masculino	
Mãe MARIA EUNICE DE BRITO	Prontuário		Pai		
Escolaridade	Responsável (Parentesco)				
DDD Celular 63	Celular 99014018	DDD		Telefone	
Tipo documento CPF	Número documento 03651817490	Nº Cns 898001927489158			
Local de procedência	Tipo		UF		
Email	Naturalidade CABEDELO	CBO/R			
Endereço					
CEP 58103718	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro MARCIA TRAVASSOS		
Número 178	Complemento	Bairro JARDIM CAMBOINHA			
Admissão					
Data e Hora 22/12/2019 17:59:11	Número da pulseira 42057	Convênio SUS			
Especialidade CLINICA MÉDICA	Clínica				
Classificação de risco					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente AMBULANCIA EXTERNA (GSE/SAMU)			
Indicadores e Transporte		Detalhe do acidente			
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não		
Sinais Vitais		Quem transportou			
PA X mmHg		Pulso	Temperatura		
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por PATRICIA FERNANDA SPINELLI					CID
					Tempo 03min 20seg

Imprimir

Digitalizado com CamScanner



BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Data de impressão:
22/12/2019 18:37:30

Nome: **RAMON BRITO DE SOUZA**

Prontuário: **21072** Atendimento: **41297**

Nome: **RAMON BRITO DE SOUZA**

Documento: **03651817490**

Sexo: **Masculino**

Raça / Cor: **SEM INFORMACAO**

Data de nascimento: **24/09/1980**

Idade: **39 Ano(s)**

Data Internação: **22/12/2019**

18:37:28

Unidade de internação: **URPA**

Leito: **LEITO URPA 02**

Logradouro: **MARCIA TRAVASSOS**

Número: **178**

Complemento:

Bairro: **JARDIM CAMBOINHA**

Cidade: **CABEDELO**

Estado: **PB**

CEP: **58103718**

Mãe: **MARIA EUNICE DE BRITO**

Telefone: **()**

Celular: **(83) 99014018**

Convênio: **SUS**

Plano de saúde:

Guia

Nº Cns: **898001927489158**

Tratamento: **408010207201912**

Médico: **RAFAEL DE SOUZA ANDRADE**

CPF: **01306658409**

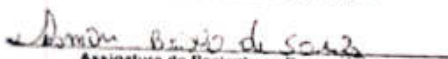
CRM: **7398**

Especialidade: **CIRURGICO**

Funcionário responsável pela internação: **PATRICIA FERNANDA SPINELI**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

O abaixo assinado, responsável pelo paciente da plena autorização ao Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, que assiste, para levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade e realizarem as investigações que julgarem necessárias ao diagnóstico de seu mal, bem como se submeter a todas as disposições gerais contidas no regulamento da instituição.


Assinatura do Paciente ou Responsável

3462739
Número de Identidade

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Certifico que RAMON BRITO DE SOUZA deixou a Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, contra o parecer dos médicos desta instituição que o assedram, assumindo inteira responsabilidade por tal atitude.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Número de Identidade

Dados da alta

Diagnóstico Definitivo

Procedimento da Alta

Dados clínicos

Motivo de Alta

Declaração de Óbito

Data de Alta

Assinatura do Médico

Digitalizado com CamScanner





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGRE

o trabalho

Paciente
RAMON BRITO DE SOUZA
Data de nascimento
24/09/1980
Idade
39a 2m 27d
Sexo
Masculino

BAE
1211882
Mão
MARIA EUNICE DE BRITO

Data/Hora Entrada
20/12/2019 21:45:15
CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 999014018
Prontuário

Endereço
MARCIA TAVARES, 178

Bairro
JARDIM CAMBOINHA

Município
CABEDELO

UF

PB

Nº Cons. Regional
10620/PB

Acidente
MOTO X PEDESTRE
Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA
Data/Hora Classificação
20/12/2019 21:45:15

Profissional
ISABELA MARIA CANDIDA FERREIRA DORNELAS
Data/Hora Prescrição
20/12/2019 22:06:55

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO PEDESTRE, COM QUEIXA DE DOR EM CLAVÍCULA ESQUERDA. NEGA TCE, TRAUMA TORÁCICO OU ABDOMINAL AO EXAME EXPANSIBILIDADE TORÁCICA PRESERVADA. DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA ESQUERDA BDOME FLÁCIDO, INDOLOR CD. ANALGESIA + RX TORAX E CLAVÍCULA + PARECER DA ORTO

EDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dra. Isabela Dornelas
Cirurgia Geral
CRM-PB 10620 CRM-PE 28585

Enfermeiro

ISABELA MARIA CANDIDA FERREIRA DORNELAS
(CRM: 10620/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 20/12/2019 21:45:57





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

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

Paciente

RAMON BRITO DE SOUZA

Data de nascimento

24/09/1980

Mãe

MARIA EUNICE DE BRITO

Endereço

MARCIA TAVARES, 178

Acidente

MOTO X PEDESTRE

Data/Hora Classificação

20/12/2019 21:45:15

BAE

1211882

Idade

39a 2m 27d

Sexo

Masculino

Bairro

JARDIM CAMBOINHA

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada

20/12/2019 21:45:15

CNS

Município

CABEDELO

Profissional

FRANCISCO TULIO DE OLIVEIRA CARVALHO

Data/Hora Prescrição

21/12/2019 01:00:01

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 999014018

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional

8554/PB

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO QUEIXANDO DE DOR E EDEMA EM OMBRO ESQUERDO AO EXAME EDEMA IMPORTANTE EM REGIAO DE OMBRO ESQUERDO NEURO VASCULAR PRESERVADO AO EXAME RX FRATURA DE CLAVICULA HD FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA (RISCO DE EXPOSIÇÃO) CD INTERNAMENTO HOSPITALAR + TRATAMENTO CIRURGICO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

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

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

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

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

Dr. Túlio Carvalho
Ortopedia / Traumatologia
CREMOP 28053
20 DEZ. 2019

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:05:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010051993800000035213358>

Número do documento: 20112010051993800000035213358

Num. 36895005 - Pág. 16



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGRE

o trabalho

Paciente
RAMON BRITO DE SOUZA

Data de nascimento
24/09/1980

Mãe

MARIA EUNICE DE BRITO

Endereço

MARCIA TAVARES, 178

Acidente

MOTO X PEDESTRE

Data/Hora Classificação

20/12/2019 21:45:15

BAE

1211882

Sexo

Masculino

Bairro

JARDIM CAMBOINHA

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada

20/12/2019 21:45:15

CNS

Município

CABEDELO

Profissional

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

Data/Hora Prescrição

21/12/2019 00:09:42

Data Exata

Telefone de Contato

(83) 999014018

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional

9985/PB

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE RETORNA PARA REAVALIAÇÃO. RX DE TÓRAX SEM SINAIS DE PNEUMO OU HEMOTÓRAX. NÃO VISUALIZADO FX DE ARCOS COSTAIS. EVIDENCIADO FX DE CLAVICULA ESQUERDA. CD: 1) LIBERADA DA CIRURGIA GERAL. AGUARDAR PARECER DA ORTOPEDIA.

Conduta

Em observação

Dr. Claudino Júnior
MR Cirurgia Geral
CRM: PB 9985

Enfermeiro

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR
(CRM: 9985/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 20/12/2019 21:45:57

Digitalizado com CamScanner





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Paciente RAMON BRITO DE SOUZA	BAE 1211882	Data/Hora Entrada 20/12/2019 21:45:15	Data Baixa
Data de nascimento 24/09/1980	Idade 39a 2m 27d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999014018
Mãe MARIA EUNICE DE BRITO		CNS	Prontuário
Endereço MARCIA TAVARES, 178	Bairro JARDIM CAMBOINHA	Município CABEDELO	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO TULIO DE OLIVEIRA CARVALHO	Nº Cons. Regional 8554/PB
Data/Hora Classificação 20/12/2019 21:45:15		Data/Hora Prescrição 21/12/2019 00:45:29	

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO QUEIXANDO DE DOR E EDEMA EM OMBRO ESQUERDO AO EXAME EDEMA IMPORTANTE EM REGIAO DE OMBRO ESQUERDO NEURO VASCULAR PRESERVADO AO EXAME RX FRATURA DE CLAVICULA HD FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA (RISCO DE EXPOSIÇÃO) CD INTERNAMENTO HOSPITALAR + TRATAMENTO CIRURGICO

Conduta

Internar Paciente

Dr. Tullio Carvalho
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 28053
20 DEZ. 2019

Enfermeiro

FRANCISCO TULIO DE OLIVEIRA CARVALHO
(CRM: 8554/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 20/12/2019 21:45:57



Interno Paciente

Enfermeiro

Dr. Túlio Carvalho
Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 28053
20 DEZ 2019

FRANCISCO TULIO DE OLIVEIRA CARVALHO
(CRM: 8554/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 20/12/2019 21:45:57

Digitalizado com CamScanner



Nome RAMON BRITO DE SOUZA	Boletim de Atendimento 41297	Data/Hora Entrada 22/12/2019 17:59:11	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/09/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 898001927489158
Tempo de Internação 4min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 22/12/2019 17:59:11	Data Internação 22/12/2019 18:37:28	Permanência na Unidade: 42min	Permanência no Leito: 4min

EVOLUÇÃO MÉDICA (RAFAEL DE SOUZA ANDRADE - 22/12/2019 18:41:50)

EVOLUÇÃO

DIAGNOSTICO

-Fratura de clavícula direita no dia 20/12/19 após acidente moto versus pedestre.

RESUMO DE INTERNAÇÃO:

Transferido do HTOP após pane elétrica no hospital. Aguarda procedimento cirúrgico ortopédico.

VENTILAÇÃO MECÂNICA

INVASIVA: Não

NÃO INVASIVA: Não

AR AMBIENTE: Não

AO EXAME

EXAME FÍSICO

bom estado geral, corado, hidratado, eupnêico. Desvio e abaulamento em região de clavícula esquerda.

CONDUTA MÉDICA:

- mantenho analgesia de horário;
- aguardo procedimento cirúrgico ortopédico.

Seção: URPA Leito: LEITO URPA 02
Profissional responsável pela informação: RAFAEL DE SOUZA ANDRADE

Rafael de Souza Andrade
Neurologista
CRM-PB: 7398 / CREMEPE: 15169
CNS: 980016297699014
Número Conselho: 7398





Endereço: ROD. GOV. MARIO CÔVAS, 1782, SANTA RITA, SANTA RITA - PB, 5
Tel.: CNES: 9467718

Impresso por: PAULO ANTONIO FARIAS LUCENA
Em: 23/12/2019 15:08:34

Nome RAMON BRITO DE SOUZA	Boletim de Atendimento 41297	Data/Hora Entrada 22/12/2019 17:59:11	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/09/1980	Idade 39	Sexo Masculino	Prontuário 21072
Tempo de Internação 20h 31min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 22/12/2019 17:59:11	Data Internação 22/12/2019 18:37:28	Permanência na Unidade: 21h 9min	Permanência no Leito: 16h 53min

EVOLUÇÃO MÉDICA (PAULO ANTONIO FARIAS LUCENA - 23/12/2019 15:08:30)

EVOLUÇÃO

INTERCORRÊNCIAS:

NEUROLOGIA

PACIENTE SENDO EVOLUIDO PELA NEUROLOGIA, DEVIDO QUADRO DE TRANSFERÊNCIA DE OUTRO SERVIÇO EM CARÁTER DE URGÊNCIA ONTEM

NO MOMENTO COM ESTADO GERAL BOM, L.O.T.E., QUEIXANDO DE DOR NO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO DURANTE INFUSÃO DE MEDICAÇÕES . SEM OUTRAS ALTERAÇÕES.

CONDUTA:

ANALGESIA
HIDRATAÇÃO

VENTILAÇÃO MECÂNICA

INVASIVA: Não

NÃO INVASIVA: Não

AR AMBIENTE: Não

Seção: OBSERVAÇÃO CATETERISMO Leito: LEITO CATE-03
Profissional responsável pela informação: PAULO ANTONIO FARIAS LUCENA

Número Conselho: 6400

Dr. Paulo A. Lucena
NEUROLOGISTA
CRM-PB 6400
CREME-PE 15 279

20/12/19 Paulo A. Lucena, em um outro caso
no HTOP

Dr. Paulo A. Lucena
ORTODONTIA
CRM-PB 9432

Obs: Paciente evolui com consciência, orientado com história de enxaquecas e segue medicado com analgésicos.

Valor 430.670.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: RAMOM BRITO DE SOUZA BE/PRONTUÁRIO 1211882
 IDADE: 39 SEXO: MASC COR: DATA: 26/12/2019
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
 CIRURGIÃO: DR BRENO 1º ASS: DR LAURI
 2º ASS: MR2 JOERGE 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: DRA . R
 TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:
 DESCRIÇÃO:
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Lauri Junior
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 13507-13/09

DATA: 26/12/2019



Laurie F. O. Junior
Otorrinolaringologia
1970-1971

João Pessoa,

26/12/2019



五、

[Handwritten signature]

DATA: 26/10/19

PRONTUÁRIO: 12 A

PRONTUÁRIO

NOME: **RAMON BARBOSA DOS SANTOS** SEXO: **M** IDADE: **11**
 PRESSÃO ARTERIAL: **130x80** RESPIRAÇÃO: **16** TEMPERATURA: **36.6** PESO: **60** GRUPO SANGÜÍNEO: **B**
 ESTADO GERAL: **BOM** TÍPICO: **REGULAR** MAL: **PESSIMO** RISCO CIRÚRGICO: **BAIXO**
 EXAMES COMPLEMENTARES: **VDH**
 P. RESPIRATORIO: **OK** AP. CIRCULATÓRIO: **OK**
 P. DIGESTIVO: **OK** ESTADO MENTAL: **LOLIG** DROGAS EM USO: **N** ESTADO FÍSICO: **B**
 PRE-ANESTÉSICO: **MDZ 2,0g + Promop 125mg**
 DSE: **100** **Pho + al. elav. em 29**
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: **Flu. e injeção de port. em abdômen esquerdo**
 ALERGIA REALIZADA: **N**
 ALERGIA: **Da água + am. de**
 INÍCIO DA ANESTESIA: **14:45** TÉRMINO DA ANESTESIA: **15:00**
 VALORES RS: **14:45**
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **14:45** CRM-PB: **14:45**
 ANESTESISTA: **14:45** CPF: **14:45**

Clovis Y. Aratani
Médico Anestesiologista
CRM 10.247/1983

SRL SRL

$\begin{matrix} \vee \vee \vee \vee \vee \\ \lambda \lambda \lambda \lambda \lambda \end{matrix}$
 ≤ 0

RSRSRS
mob-mob-

☐ ANESTESIA GERAL ☐ ANGIOPLASTICA ☐ EPOCRAZ ☒ BLOQUEO ☐ BLOQUEO NERVOS ☐ OUTROS

1. MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

2107

① Phenol and ②

② KIDD PLANT 27. 2007

Optus BSR EVN C.S - 20

15

16

21101-13 10-21 17

2017

UTI ☐ RESOLUÇÃO ☒ *Resolução*

2-2025 JRPB On file with my
to program. S. J. 20

② 2011-2012 年 12 月 31 日 12 月 31 日

200000 1.96 (0.17)

✓ $\Delta H_{\text{vap}} = 2180 \text{ J/mol}$

50. 11100 (2431)

to 11 RDA: 471 km

70 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1

[illegible][illegible]

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 111–118

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:09

<http://pie.tijub.rj.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201>

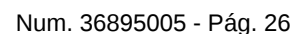
Número do documento: 20112010051993800000035213358

Cloyce Y. Aratani
Médico Anestesiologista
CRM 10.297/PE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1631753411

PROIBIDO PLASTIFICAR

1631753411



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA			
L A C R E 0 0 4 6 8 4 7 5 2 9	DETTRAN - PB		Nº 015456000737
	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
	VIA	ODD-RENAVAM	EXERCÍCIO
	1	0116673287-5	00/00000000 2019
	NOME		
	RAMON BRITO DE SOUZA		
	CPF / CNPJ		
	03651817490		
	PLACA		
	QSC1449/PB		
C O N T R A N	PLACA ANT. / UF		CLASS
	NOVO PB		9C2KC2500JR143307
	ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL
	PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC		GASOLINA
	MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.
	HONDA/CG 160 START		2018 2018
	CAP / POT / CIL		CATEGORIA
	2 P/162 /CI		PARTIC
	COR PREDOMINANTE		PRETA
	COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA
00/00/0000		1º	
FAIXA I.P.V.A.		PARCELAMENTO / COTAS	
***** 0		2º	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*****		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
SEGURO		DATA DE PAGAMENTO	
P A G O		23/09/2019	
OBSERVAÇÕES			
A.F. BANCO HONDA S.A.			
0			
CABEDELO-PB		LOCAL	DATA
59999999		01/10/2019	37141



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200143807 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAMON BRITO DE SOUZA **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 13

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112043/20

Vítima: RAMON BRITO DE SOUZA

CPF: 036.518.174-90

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 20/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAMON BRITO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RAMON BRITO DE SOUZA : 036.518.174-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/04/2020
Nome: RAMON BRITO DE SOUZA
CPF: 036.518.174-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

RAMON BRITO DE SOUZA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

