

---

**Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045**

**Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190318045**

**Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

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

---

**Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045**

**Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045**

**Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045**

**Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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: 0059567/89 CPF da vítima: 047935964-44 Nome completo da vítima: Geovandro Soares da Silva  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Geovandro Soares da Silva CPF: 04793596444  
Profissão: Vigilante Endereço: Rua dos Milagres Número: 102 Complemento:  
Bairro: Riacho Cidade: Joazeiro Estado: PB CEP: 58071-260  
E-mail: Tel.(DDD): 986826190

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

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)  
AGÊNCIA: 0036 CONTA: 88003 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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  
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

Local e Data, Joazeiro 28/02/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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.







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

GEOVANDU SOARES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

GEOVANDU SOARES DA SILVA

CPF: 047 93596444

Profissão:

REUSO

Endereço:

RUA DOS MILAGRES

Bairro:

CRISTO REDEMIDOR

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

Número:

281

CEP:

58070530

Tel/(DDD):

E-mail:

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 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 POUPEIRAS (Somente para as contas abidas. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (043)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (300)

☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3837

CONTA:

11072303

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 (assinale 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 Líder 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 meu conceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data:

JOÃO PESSOA/PB, 09/05/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RUGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outro pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RUGO, 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.



## 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:

GEOVANRO SOARES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

GEOVANRO SOARES DA SILVA

CPF: 047 93596444

Profissão:

ROUBO

Endereço:

RUA DOS MILAGRES

Bairro:

CRISTO REDEMIDOR

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

Número:

281

Complemento:

CEP:

58070530

Tel.(DDD):

E-mail:

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

REDA 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 (941)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1033



CONTA:

90401



5

AGÊNCIA:



CONTA:



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 fins 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 perícia 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 do Segurado/Lider, em caso de existência de controvérsia das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não gera qualquer obrigação 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) ☐ Divorçado ☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

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 a aqueles 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.

Local e Data:

JOÃO PESSOA/PB, 09/05/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

GEOVANRO SOARES DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA

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.

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


**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190318045  
Nome do(a) Examinado(a): Geovandro Soares da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): R dos Milagres, 281  
Cristo Redentor Joao Pessoa PB CEP: 58070-530  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ MTE / PB ] 1287985  
Data local do acidente: [ 16/08/2017 ]  
Data local do exame: [ 29/07/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**  
**Data da Alta: 22/12/2017**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.**  
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem sequela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>OMBRO - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
Gerência Executiva de Polícia Civil  
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL

Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

**CERTIDÃO.**  
**579/2019**



**CERTIFICO** que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 579/2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos três dias do mês de maio do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **Jorge Rodrigues da Costa**, compareceu o Sr. **Geovandro Soares da Silva**, brasileira, solteira, natural de João Pessoa - PB, nascido aos 23/08/1981, filho de Ivanildo Meneses da Silva e de Anadete Soares da Silva, portadora da cédula de identidade nº 281 2009 Seds. PB, e CPF nº 047.935.964 - 44, residente (na) rua dos Milagres nº 1595, bairro do Cristo Redentor, nesta capital, identificada pelo CEP 58 070 530, e notificou que, na manhã do dia 16 de agosto do ano de 2017, por volta das 09:00 horas aproximadamente, quando se conduzia na motocicleta marca Honda CG 150-TITAN ESD, ano e modelo 2011, cor preta, placa PFO 4133 - PB, identificado pelo chassi nº 9C2KC1650BR501174, cadastrada em nome de **Raiffe Alves Figueiredo**, pela rua dos Milagres, bairro do Cristo Redentor, nesta capital, quando foi surpreendido e alvo de colisão por parte de uma outra motocicleta e placa e Condutor não identificado, **consequentemente**, foi socorrido para o hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado TCE leve + Fratura Complexa da Escápula Direita + Traumatismos Múltiplos não especificados, identificados pelo CID 10 S00.9 + S 42.1 + T 07, conforme Laudo Médico Apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 03 de maio de 2019.

**Everaldo Martins da Costa**  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

GEOVANDAU SOARES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

GEOVANDAU SOARES DA SILVA

CPF: 047 93596444

Profissão:

REUSO

Endereço:

RUA DOS MILAGRES

Bairro:

CRISTO REDEMOR

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

Número:

281

CEP:

58070530

Tel/(DDD):

E-mail:

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 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 POUPOANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (081)

☐ Caixa Econômica Federal (300)

☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3837

CONTA:

11072303

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 (assinale 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 Líder 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 meu conceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (ou nascitor)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data:

JOÃO PESSOA/PB, 09/05/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RUGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outro pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RUGO, 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.





AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332125700

Boletim de Atendimento: 1020947



**Identificação do paciente**

ID 203639	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35 anos 11 meses 24 dias	Estado civil Solteiro
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA	Pai IVANILDO MENEZES DA SILVA	Religião Protestante
Escolaridade	Responsável (Parentesco) EDILMA RAMOS - ACOMPANHANTE	Prontuário 3738
DDD Móvel 43	Fone Móvel 985777439	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Nº Cns 702005807192983	Nº Cns 702005807192983
Local de procedência CRISTO REDENTOR	UF PB	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipos BAIRRO

**Endereço**

CEP 58070530	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596
Número 5N	Complemento	Bairro CRISTO REDENTOR	

**Admissão**

Data e hora 16/05/2017 10:05:40	Número da pulseira 1000006188640	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 MOTO

**Indicadores e Transporte**

Cardiaco Não	Pulso de saúde Não	Veio de ambulância Não
Uso de transporte SAMU	Quem transportou	

**Sinais Vitais**

PA	Pulso	Temperatura
----	-------	-------------

**Exames complementares**

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

Dados clínicos: *Est. consciente, orientado, sem alterações de consciência, apresentando lesões de trauma de M.O. - lesões de M.O.*

Diagnóstico: *CS*

Atendido por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

Tempo  
01min:13seg

Imprimir

USAT + IALDOL + RIVOTIL

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS  
09 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AA JOAO PESSOA

# 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: 19/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000088003-3

---

Nr. da Autenticação 7D15887310F10573





### DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguredocidadao.com.br](http://www.seguredocidadao.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre inscrições e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 0020-1506 / Outras regiões: 0000 0121 12 04

SAC (para reclamações e sugestões): 0800 022 22 22 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 25

Eu, Raizze Alben Figueredo

RG nº 4.278.683, data de expedição 02/09/2014

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 126.488.034-08

com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de

Paraila, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Leonel de Moura Brito, nº 200

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

**\_\_\_\_\_ mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima**

\_\_\_\_\_, cujo o condutor era

Veículo: MOTO Modelo: Honda / CG 350 Ano: 2033

Placa: PFO 4333 Chassi: 9C2 KC 1650B R50J374

**Data do Acidente:** 28/03/2019

**Local e Data:**

CARTÓRIO

Rafael Ables Figueroa

WEIRA BATISTA

Assinatura do Declarante

**Assinatura do Condutor**  
( caso seja um terceiro que não a última reclamante do sinistro )

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO NOTARIAL  
 Dr. Ronaldo Vieira Batista - Titular / Dr.ª Rosângela Vieira Batista - Substituto  
 Rua São Pedro 134 - Jd. Montebelo - Foz de Iguaçu - PR - CEP 85801-100 - Fone: (41) 3522-1111

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....  
**RAEVE ALVES FIGUEIREDO**.....

Em test. da verdade. João Pessoa-PB 10/04/2019 14:01:09

IVONETE VIEIRA DA SILVA - SECRETAMENTE AUTORIZADA

[2019-016691] ENCL: R# 89.91 FARRER: R# 0.29 FEPJ: R# 1.91

SELD DIGITAL: ALJ80958-ODLC

Confira a autenticidade em <https://portal.ital-tinh.com.br>



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE GEOVANDRO SOARES DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 23/08/81  
NOME DA MÃE ANADETE SOARES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.020.947

### Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 16/08/17

HORA DO ATENDIMENTO 10:40

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURA COMPLEXA DA ESCÁPULA D + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 S 00.9 + S 42.1 + T 07

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), apresentando dor e escoriações em ombro D + dor torácica D com deformidade anterior e ventilatório dependente. Relato de hálito etílico, Glasgow 14/15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio  
TC do ombro D  
RX da coluna cervical - AP e P  
RX do ombro D - AP  
RX do tórax - AP  
RX da coluna lombar - AP e P



### TRATAMENTO:

Fratura complexa da escápula à TC e RX do ombro. Sem alteração à TC do crânio e aos outros RX. Realizado atendimento, medicação e imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia, Cirurgia Torácica e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 17/08/17

DATA DA EMISSÃO: 12/03/19

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
MÉDICO CUBHEETSHL  
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332125700

Boletim de Atendimento: 1020947



**Identificação do paciente**

ID 203639	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35 anos 11 meses 24 dias	Estado civil Solteiro
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA	Pai IVANILDO MENEZES DA SILVA	Religião Protestante
Escolaridade	Responsável (Parentesco) EDILMA RAMOS - ACOMPANHANTE	Prontuário 3738
DDD Móvel 43	Fone Móvel 985777439	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Nº Cns 702005807192983	Nº Cns 702005807192983
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Tipo BAIRRO	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

**Endereço**

CEP 58070530	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596
Número 5N	Complemento	Bairro CRISTO REDENTOR	

**Admissão**

Data e hora 16/05/2017 10:05:40	Número da pulseira 1000006188640	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 MOTO

**Indicadores e Transporte**

Taxa de risco Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou	

**Sinais Vitais**

PA	Pulso	Temperatura
----	-------	-------------

**Exames complementares**

Rolo X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos: Paciente consciente, orientado, sem alterações de consciência, apresentando lesões de trauma de M.O.D. - lesões de M.O.D.

Diagnóstico: C.O.

Atendido por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

Tempo  
01min:13seg

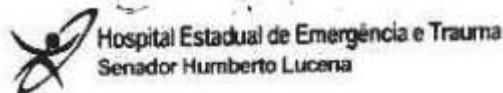
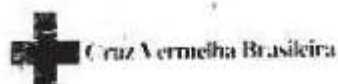
Imprimir

USAT + IALDOL + RIVOTIL

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS  
09 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AA JOAO PESSOA







### AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>	BAE <b>1020947</b>	Data/Hora Entrada <b>16/08/2017 10:04:40</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702005807192983</b>
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986777438</b>
			Prontuário <b>3735</b>
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ</b>	Nº Cons. Regional <b>10271/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/08/2017 10:10:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>16/08/2017 10:15:31</b>	

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. APRESENTA HÁLITO ETÍLICO, ESCORIAÇÕES EM OMBRO DIREITO QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO E ARCOS COSTAIS A DIREITA. REFERE TER PNEUMOPATIA PELO FUMO, NÃO SABE REFERIR O QUE REFERE USO DE HALDOL E AMITRIPTILINA. AO EXAME CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. TORAX SIMETRICO. COM DOR A PALPAÇÃO DE ARCOS COSTAIS À DIREITA E DEFORMIDADE EM CAIXA TORACICA ANTERIOR, SEM CREPITAÇÃO. SEM ENFISEMA SUBCUTANEO. ABOME FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. DOR A PALPAÇÃO EM COLUNA CERVICAL E LOMBAR. MEMBROS COM MOVIMENTO ATIVO. SEM DOR E SEM LIMITAÇÃO. CD: SOLICITO RX COLUNA CERVICAL E LOMBAR + RX OMBRO DIREITO + RX TORAX + AVALIAÇÃO NCR E ORTOPEDIA

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% DE 500ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)  
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: + 100 ML SF 0,9%)

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA  
SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)  
TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO  
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL  
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA

### CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ  
(10271/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de		Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	23/08/1981		35	MASCULINO	1020947	3735	16/08/2017 10:15:31
Motivo do Atendimento	Setor		Posto de Trabalho		Prescrição válida a		
ACIDENTE DE MOTOCICLETA					16/08/2017 10:15:31		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 SOLUÇÃO GLICOSADA 5% DE 500ML	1000.0	ML		E.V.		AGORA		
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	Observação: + 100 ML SF 0.9%	
3 PARECER ORTO	0.0							
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0							

16 de Agosto de 2017

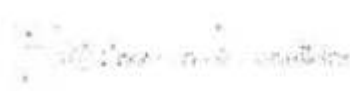
Cidade de João Pessoa  
16/08/2017

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ

CRM: 10271

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital de Emergência e Trauma  
Rodoanel Mário Roberto, Lapa



# AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>	BAE <b>1020947</b>	Data/Hora Entrada <b>16/08/2017 10:04:40</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/05/1981</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702005807192983</b>
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986777438 / (83) 986242635</b>
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATE 1595/1596, SN</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário <b>3735</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>TOMAS CATAO MONTE RASO</b>	UF <b>PE</b>
Data/Hora Classificação <b>16/08/2017 10:10:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>17/08/2017 07:28:14</b>	Nº Cons. Regional <b>7742/PB</b>

## Anamnese

paciente evolui clinicamente bem, sem intercorrências, ECG 15, sem déficits focais, PFR: QUE XA-SE DE DISPNEIA - ORTÓP  
CESSADA? CD: ALTA DA NCIR REVAL DA ORTOP

## Conduta

Em observação

Tel: 32165700  
CH/7742

**TOMAS CATAO MONTE RASO**  
(7742/PB)

**GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

integridade. Paciente com lesão  
de tornozelo e um braço.  
Paciente com fratura de  
osso longo. Já submetido a  
cirurgia de fixação dos ossos  
do tornozelo e do braço.  
Paciente em observação.

Dr. João Bartolomeu P. Rebelo  
Ortopedia e Traumatologia  
RPM 40.155

## ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>	BAE <b>1020947</b>	Data/Hora Entrada <b>16/08/2017 10:04:40</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702005807192983</b>
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>	Telefone de Contato <b>(83) 986777438 / (83) 986242635</b>		Prontuário <b>3735</b>
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA</b>	Nº Cons. Regional <b>4288/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/08/2017 10:10:52</b>	Data/Hora Prescrição <b>16/08/2017 22:06:43</b>		

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. AO EXAME GLASGOW 14/15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA. RX DE COLUNA CERVICAL / TORÁCICA E LOMBAR: ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA. CONCLUSÃO: TCE GLASGOW 15P. CONDUTA: TC DE CRÂNIO SEM EVIDÊNCIA DE PATOLOGIAS NEUROCIRÚRGICA EM OBSERVAÇÃO.

## CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

## Conduta

Em observação

  
MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA  
(4288/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Cidade: Curitiba, Paraná

Atendimento: 000000715411

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 16/08/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO**

### **Técnica:**

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

### **Análise:**

Fratura complexa do corpo da escápula, sem comunicação com a articulação.

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

Este laudo foi liberado em 16/08/2017 14:06.



**Dr. Phydias L. F. de Carvalho**  
CRM 6933 - PB



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000716258

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 16/08/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

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

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura do osso nasal.

Hemossinus.

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

Este laudo foi liberado em 16/08/2017 17:02.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho  
CRM 6933 - PB



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

Atendimento: 000000717903

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 17/08/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar complementado com técnica de alta resolução.

### **Análise:**

Redução volumétrica do pulmão esquerdo associada a retração das estruturas mediastinais e hiperinsuflação compensatória do pulmão direito.

Áreas de espessamento intersticial de aspecto fibrótico no pulmão esquerdo.

Espaços pleurais virtuais.

Traquéia, carina e brônquios principais com situação, calibre e contornos normais.

Relação artéria-brônquio preservada (aproximadamente 1).

Veia cava superior, veia cava inferior, aorta e tronco da pulmonar com situação, dimensões e contornos normais.

Coração com situação, morfologia e contornos normais.

Ausência de sinais de linfonodomegalia mediastinal ou peri-hilar.

Glândulas adrenais de morfologia e dimensões normais.

Deformidade do sexto ao oitavo arcos costais esquerdos, podendo estar relacionada a manipulação cirúrgica.

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

Este laudo foi liberado em 21/08/2017 13:55.

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





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	GEOVANDRO SOARES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	23/08/81
NOME DA MÃE	ANADETE SOARES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.124.730
DATA DO ATENDIMENTO	24/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	23:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO	QUEDA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO
CID 10	S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de queda, de altura aproximada a dois metros, referindo trauma na cabeça, dor na coluna cervical, dor e limitação funcional no punho esquerdo. Presença de fratura de extremidade distal do rádio esquerdo, Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
RX de coluna cervical  
RX de punho esquerdo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de extremidade distal do rádio esquerdo.

### TRATAMENTO:

Medicado. Imobilização. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR: 25/11/18  
DATA DA EMISSÃO: 11/03/19

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

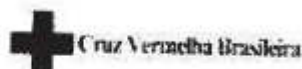
Boletim de Atendimento: 1124730



Identificação do paciente				
ID 203639	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37 anos 6 meses 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 3735
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA			Pai IVANILDO MENESES DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) A MAE - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986777438	DDD Fixo 83	Fone Fixo 986242635	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2812009	Nº Cns 702005807192883		
Local de procedência CRISTO REDENTOR		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58070530	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596	
Número SN	Complemento		Bairro CRISTO REDENTOR	
Admissão				
Data e Hora 24/11/2018 23:45:52	Número da pulseira 1000005158774		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco		Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA		Detalhe do acidente QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO	
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]
ECG [ ]		Ultrasonografia [ ]		
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				Tempo 12seg

Imprimir

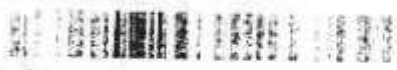




Hospital Estadual de Pernambuco  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 120312 - Torre: 500000000

Boletim de Atendimento: 1124730



### Identificação do paciente

ID 203639	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA	
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37 anos 3 meses 1 dia	Estado civil Solteiro
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA		Sexo Masculino
Escolaridade		Endereço RUA MANOEL MENESSES DA SILVA Avenida da Paridade 311E - SAIA
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986777438	Cidade JOÃO PESSOA
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2812009	Profissão FARMACIA
Local de procedência CRISTO REDENTOR		Endereço RUA MANOEL MENESSES DA SILVA Avenida da Paridade 311E - SAIA
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	

### Endereço

CEP 58070530	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB
Número SN	Complemento	

### Admissão

Data e Hora 24/11/2018 23:45:52	Número da pulseira 1000005158774	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim
Meio de transporte SAMU		20 minutos

### Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso Batimentos
--------------	---------------------

### Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Urg. Welmar Costa G. Assente  
Enfermeira - Área Vermelha  
COREN-PB 024561

Imprimir

BMF + orto



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de São Paulo  
Senador Humberto de Almeida

**AREA VERMELHA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM JARDIM

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>		BAE <b>1124730</b>
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>37a 3m 2d</b>	Sexo <b>Masculino</b>
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>		
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>		Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>
Acidente <b>QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO</b>		Motivo <b>QUEDA</b>
Data/Hora Classificação <b>24/11/2018 23:45:52</b>		

**Anamnese**

#NCR

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MURO DE CERCA DE 2 METROS  
RELATO DE ESQUIZOFRENIA PREVIA.

AO EXAME

GLASGOW 15

SEM DEFICITS MOTORES

ISO/FOTO

TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES

HD, TCE LEVE

CD. LIBERO PARA ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA PELO ROTEIRO

ALTA DA NCR

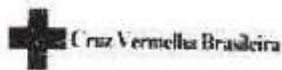
AV. BMF PARA AVALIAR FRATURA NASAL

**Conduta**

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgião  
CRM - PR 7423



Hospital Estadual de São Paulo  
Senador Humberto de Almeida

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIA - O. G. 13.130-000

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	GEOVANDRO SOARES DA SILVA		BAE	1124730	Data/Hora	24/11/2018 23:45:52	
Data de nascimento	23/03/1981	Idade	37a 3m 2d	Sexo	Masculino	CNS	702005807401510
Mãe	ANADETE SOARES DA SILVA						
Endereço	RDS MILAGRES - ATÉ 1585/1596, SN		Bairro	CRISTO REDENTOR	Município	JOAO FELICIANO	
Acidente	QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO		Motivo	QUEDA	Profissão	EVERTON DAVID TAVARES	
Data/Hora Classificação	24/11/2018 23:45:52		Data/Hora Classificação				25/11/2018 11:00:00

### Anamnese

ORTOPEDIA

PACIENTE COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO (2 METROS), SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO

GLASGOW: 15

HD: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

CD: AGUARDANDO PARECER DA NEUROLOGIA

IMOBILIZAÇÃO  
ANALGESIA

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V.

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V.

Diluir

TENOXCAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 20,0 ML

### PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

### CID10

Código	Descrição
S62.8	Fratura da extremidade distal do rádio

### Conduta

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Trauma e Ortopedia  
Servidor Humberto

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONÇALVES, JOÃO DE F.

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	GEOVANDRO SOARES DA SILVA		
BAE	1124730		
Data/Hora	24/11/2018 23:45		
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
23/08/1981	37a 3m 2d	Masculino	70200580711515
Mãe	ANADETE SOARES DA SILVA		
Endereço	Bairro	Município	
DOS MILAGRES - ATÉ 1505/1506, SN	CRISTO REDENTOR	JOÃO DE F.	
Acidente	Motivo	Profissão	
QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO	QUEDA	RODOLFO DE RE	
Data/Hora Classificação	Data/Hora		
24/11/2018 23:45:52	25/11/2018 00:00:00		

## Anamnese

Paciente relata ter sido vítima de queda de 2 metros de altura. Nega uso de medicamentos e nega doenças de base. No momento consciente, verbalizando, deambulando, em bom estado geral.

Ao exame físico, edema em região nasal, histórico de rinorragia e movimentação ocular preservada, boa abertura bucal, oclusão

Ao exame tomográfico, sinais de fratura prévia de ossos próprios do nariz.

CD.

1- Orientações

2- Alta CTBMF

Dados coletados anteriormente utilizar na história

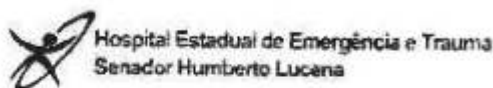
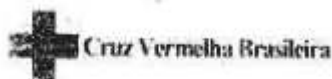
## Conduta

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA







**SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE**

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>		BAE <b>1124738</b>	Data/Hora Entrada <b>24/11/2018 23:45:52</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>37a 3m 2d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702005807192983</b>	Telefone de Contato <b>(83) 986777438 / (83) 986242635</b>
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>				Prontuário <b>3735</b>
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>		Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO</b>	Motivo <b>QUEDA</b>	Profissional <b>JOSE MANGUEIRA RAMALHO</b>	Nº Cons. Regional <b>1399/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>24/11/2018 23:45:52</b>			Data/Hora Prescrição <b>24/11/2018 23:56:51</b>	

**Anamnese**

paciente deu entrada neste serviço vítima de queda apresentando tce ,dor na cervical e punho esquerdo mucosas coradas estado geral regular.

solicito parecer da neuro e ortopedia

**EXAME DE IMAGEM**

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO**

**RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL**

**RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)**

**CID10**

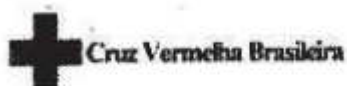
Código	Descrição
T07	Traumatismos múltiplos não especificados

**Conduta**

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Dr. José Mangueira Ramalho  
033-8016333  
Hospital Unipar  
JOSE MANGUEIRA RAMALHO  
(1399/PB)



Hospital Estadual  
Senador Humberto de Almeida

## Guia de Encaminhamento

### Dados do paciente

1124730

Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA			
Data de Nascimento 23/08/1981	Idade 37A 3M 2D	Sexo Masculino	Raça / Cor SEM INFORMAÇÃO
Nome da Mãe ANADETE SOARES DA SILVA		Nome do Pai WILSON SOARES DA SILVA	
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596		CEP 51.000-000	
Município JOAO PESSOA - PB		UF PB	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA		CNS 2503002	

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	UF PB	CEP 51.000-000	R 1	M 1
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR				
Resultado de exames complementares				
CID S52.5	Data de encaminhamento 25/11/2018 02:25:20			

João Paulo Prink  
Especialista Traumatologista  
CRM 8848/TEOT 15501  
Assinatura e carimbo

Data: 25/11/18 01:29  
 Usuário: EVERTON DAVID  
 Boleim 1124730

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Data de 23/08/1981	Idade 37a 3m 2d	Sexo MASCULINO	Nº 1124730	Nº Prontuário 3735	Data Prescrição 25/11/2018 01:28:51
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 25/11/2018 01:28:00 - 26/11/2018 01:28:00			
Convênio SUS	Matrícula		Senha			
Data da entrada: 24/11/2018 23:45:52		Data da internação: 1h 44min		Permanência na		Permanência no
Via de		Veloc. Int.		Pos		Apazamento

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Apazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H	01/33
		10,0	ML				
2 TENOXICAM 20MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA)	20,0	MG		E.V.		12/12H	FC
		10,0	ML				

Reimpressão por: \*





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831729916

Data Nasc: 23/08/1981 - 37 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data Exame: 25/11/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

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

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura dos ossos próprios do nariz e parede posterolateral do seio maxilar esquerdo, associada a hemossinus deste.

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

*Este laudo foi liberado em 26/11/2018 23:37.*

**Dra. Catarina A.R do Nascimento**  
**CRM: 6278 - PB**

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

127.43253.44-6

1287985

002-0

PB

GERARDO BORRÊS DA SILVA



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
09 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

NOME **GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

LOC DE NASC **JOAO PESSOA - PB**

FILIAÇÃO **IVANILDO MENESES DA SILVA**

**ANADETE SOARES DA SILVA**

DOC. APRESENTADO **R.G. 2812009 - 2ª VIA SSP PB**

ESTADO CIVIL **SOLTEIRO**

LEI Nº 049, DE 18 DE MAIO DE 1995.

RG **2812009 - 2ª via**

T. ELEITOR **027498111252**

SEÇÃO **0124**

CPF **047.935.964-44**

ZONA **064**

LOCAL DA EM.S.

**DKT/PB**

EMIÇÃO **27/02/2007**

23/08/2007  
10:00:00

**BRASILEIRO**

QUALIFICAÇÃO CIVIL



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190318045 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEOVANDRO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 16/08/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA ESCÁPULA, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.,

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 29/07/2019

**Conduta mantida:**

**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