

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, 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



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, 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



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, 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.

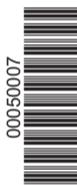
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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, 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



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, 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:

00 59567/99

CPF da vítima:

047935964-44

Nome completo da vítima:

Georomulo Soares da Silva

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

Nome completo: Georomulo Soares da Silva

CPF: 047935964-44

Profissão: Vigilante

Endereço: Rua dos Milagres

Número: 102

Bairro: Brumado

Cidade: José Bonifácio

Estado: PB

CEP: 58 071 260

E-mail:

Tel. (DDD):

18 6826 190

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

## DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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

Vivos: Falecidos:

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 omisso 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, Jocélio Penzoe 19/02/2019

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

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

18.FEV.2019

Assinatura

2º | 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 RODO, 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 sól (ímpar) da cobertura:

 DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

OP: 047 9 5596 9-44

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/REMETENTE) - CIRCULAR SUSP N° 4/05/2012

Nome completo:

Profissão:

RECUO

Endereço:

RUA DOS MILAGRES

Salário:

CRISTO REDEMEOR

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

Número:

281

Complemento:

CEP:

52030530

Tel(DDD):

E-mail:

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

## DADOS CADASTRAIS:

## RENDA MENSAL:

 RECUO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 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\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

 CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção) Bradesco (257) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (206) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: LIDER

AGÊNCIA:

[ ]

CONTA:

[ ]

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3324CONTA: 102-363

(Inserir o dígito se existir)

CONTA: 102-363

[ ]

(Inserir 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 SORTEnte 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 atende a negligé do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a negligé do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a negligé do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o preenchimento 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa privativa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SORTEnte PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo | Data da Morte da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou comparsa(s):  Sim  Não Se a vítima deixou comparsa(s), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vívo(s): Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (não nascido)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omitido ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 269 do Código Penal.

Local e Data:	<u>João Pessoa/PB, 09/05/19</u>
Nome:	
CPF:	

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.D01 V001/2018

**COMPREV**  
COMPRESSEURS E PREVIDÊNCIAS S.A.  
09 MAIO 2019  
Assinatura

**PROTÓCOLO**  
JOÃO PESSOA  
Assinatura



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

CPF: 047 93596 444

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Profissão:

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Endereço:

RUA DOS MILAGRES

Número: 281

Complemento:

Bairro:

CRISTO REDEMEOR

Cidade:

SÃO PAULO

Estado: PB

CEP: 52070530

E-mail:

Tel.(DDD):

## DADOS CADASTRAIS

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

## RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)  Itaú (441)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1033

CONTA: 90401 5

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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, quaisquer ônus ou 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 a análise da indenização.

- 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 30 (trinta) dias do pedido.

05 JUN. 2019

PROTÓCOLO  
AO JOÃO PESSOA

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, sem prejuízo da responsabilidade, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta declaração não significa renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Artificialmente  Viúvo | Data da 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 devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade 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:

TESTEMUNHA

1º | Nome:

CPF:

COMPREV  
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHA

2º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO  
AO JOÃO PESSOA

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 RG, na presença de 2 (dois) 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 causalidade: 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 (\*).

**( ) "Vítima em tratamento"**

*Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias*

**( ) "Sem sequela permanente"**

*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Lado Direito**

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**(X) 50% médio** **( ) 75% intensa** **( ) 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**( ) 50% médio** **( ) 75% intensa** **( ) 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**( ) 50% médio** **( ) 75% intensa** **( ) 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**( ) 50% médio** **( ) 75% intensa** **( ) 100% completo**

- VIII.(\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

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



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

C E R T I D Ã O.  
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 sól (ímpar) da cobertura:

 DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

OP: 047 9 5596 9-44

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/REMETENTE) - CIRCULAR SUSP N° 4/05/2012

Nome completo:

Profissão:

RECUO

Endereço:

RUA DOS MILAGRES

Salário:

CRISTO REDEMEOR

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

Número:

281

Complemento:

CEP:

52030530

Tel(DDD):

E-mail:

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

## DADOS CADASTRAIS:

## RENDA MENSAL:

 RECUO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 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\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

 CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção) Bradesco (257) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (206) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: LIDER

AGÊNCIA:

CONTA:

Inserir o dígito se existir

Inserir o dígito se existir

AGÊNCIA:

CONTA:

Inserir o dígito se existir

Inserir 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 SORTEnte 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 atende a negligé do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a negligé do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a negligé do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o preenchimento 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa privativa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SORTEnte 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 comparsa(s):  Sim  Não Se a vítima deixou comparsa(s), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vívo(s):

Falecidos:

Vítima deixou

descendente (nascido)

 Sim Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omitido ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 269 do Código Penal.

Local e Data:

João Pessoa/PB, 09/05/19

Nome:

CPF:

Assinatura:

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.D01 V001/2018

**COMPREV**  
 1º | Nome: COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIAS S.A.  
 CPF: 09 MAIO 2019  
 Assinatura  
 2º | Nome: PROTÓCOLO  
 CPF: JOÃO PESSOA  
 Assinatura



AV. ORESTES LISBOA, 50 - 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	Religião	Protestante 3738
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA			Pai	IVANILDO MENEZES DA SILVA
Esociedade			Responsável (Parentesco)	EDILMA RAMOS - ACCOMPANHANTE
DDD móvel 43	Fone Móvel 988777439	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE) 2812009	Número documento	Nº Cns		702005807192983
Local de procedência: CRISTO REDENTOR		Tipo	UF	
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	BAIRRO	PB	CBD/R

## Endereço

CEP 58070530	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596
Número 59	Complemento	Bairro	CRISTO REDENTOR

## Admissão

Data e hora 16/06/2017 10:04:40	Número da pulseira 1000006188640	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

## Especialidades

CIRURGIA GERAL

## Classificação de risco

Origem do paciente  
RUA

## Caráter do atendimento

Detalhe do acidente  
MOTO X MOTO

## Indicadores e Transporte

Vias únicas Nao	Piso de saída Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou

## Sinais Vitais

RR	P脉	Temperatura
x mmHg		

## Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TD [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos: O paciente é um jovem de 35 anos, sexo masculino, apresentando queixa de dor torácica de 02 horas de evolução, com intensidade moderada, expressando dor no tórax e dor lombar. Foi admitido.

## Diagnóstico

Assinado por  
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

COMPREV  
09 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

Imprimir

USA + IALDOL + RINOFIL

# 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: 00000088003-3

---

Nr. da Autenticação 7D15887310F10573





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 0320-1596 / Outros régios: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Odontológica: 0800 022 91 93

Eu, Raíff Alves Figueiredo,

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

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 326.488.034-08

com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Leônidas Nogueira Braga, nº 300,

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: 2013

Placa: PFO 4833 Chassi: 9C2KC3650BR503374

Data do Acidente: 28/03/2019

Local e Data: \_\_\_\_\_

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO NOTARIAL  
Rafael Nogueira Vieira Batista - Tabelião / Advº, Registrador Vieira Batista - Substituto  
Rua São Francisco, 10 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 50000-001 - Telefones: (83) 3222-1000 / 3222-1001

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....  
RAIFFE ALVES FIGUEIREDO

En test da verdade, João Pessoa-PB 10/04/2019 14:01:09

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCREVENTE AUTORIZADA

[2019-016691] JENOL:R\$ 89,91 FIPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,90

SELO DIGITAL: AJ80958-ODLC

Confira a autenticidade no <http://eautentica.tabelionato2.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 PRONTUARIO

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 halito estilico.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 CRB/PB 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, 50 - 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	Religião	Protestante 3738
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA			Pai	IVANILDO MENEZES DA SILVA
Esociedade			Responsável (Parentesco)	EDILMA RAMOS - ACCOMPANHANTE
DDD móvel 43	Fone Móvel 988777439	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE) 2812009	Número documento	Nº Cns		702005807192983
Local de procedência: CRISTO REDENTOR		Tipo	UF	
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	BAIRRO	PB	CBD/R

## Endereço

CEP 58070530	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596
Número 59	Complemento	Bairro	CRISTO REDENTOR

## Admissão

Data e hora 16/06/2017 10:04:40	Número da pulseira 1000006188640	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

## Especialidades

CIRURGIA GERAL

## Classificação de risco

## Caráter da atendimento

Motivo do atendimento  
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Clínica

Origem do paciente  
RUADetalhe do acidente  
MOTO X MOTO

## Indicadores e Transporte

Vias únicas Nao	Piso de saída Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou

## Sinais Vitais

RR	P脉	Temperatura
x mmHg		

## Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TD [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos: O paciente é um jovem de 35 anos, sexo masculino, apresentando queixa de dor torácica de 02 horas de evolução, com intensidade moderada, associada a dispneia, sudorese e taquicardia. Foi realizada a realização de exames complementares.

## Diagnóstico

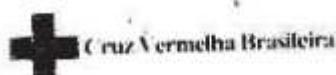
Assinado por  
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

COMPREV  
09 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AO JOÃO PESSOA

Imprimir

Tempo  
01min 13seg

USA + IALDOL + RINOFIL



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### AREA 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 1020947	Data/Hora Entrada 16/08/2017 10:04:40	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 702005807192983
<b>Mãe ANADETE SOARES DA SILVA</b>			Telefone de Contato (83) 986777438 / (83) 986242635
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário 3735
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS</b>	UF PB
Data/Hora Classificação 16/08/2017 10:10:52		Data/Hora Prescrição 16/08/2017 14:32:43	Nº Cons. Regional 6028/PB

### 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. CD: SOL. TC DE CRÂNIO.

### EXAME DE IMAGEM

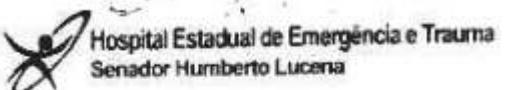
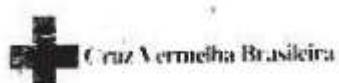
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

### Conduta

Em observação

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS  
(6028/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA



## 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 1020947	Data/Hora Entrada 16/08/2017 10:04:40	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986777438
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>			Prontuário 3735
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 10271/PB
Data/Hora Classificação 16/08/2017 10:10:52		Data/Hora Prescrição 16/08/2017 10:15:31	

**Anamnese**

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. APRESENTA HÁLITO ETILICO, 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 (MGTS)

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)

TOMOGRAFIA 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)



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**Hospitais Estaduais (Ex.: Dom Helder) - Trajano  
Senador Humberto Lucena**

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Name	Data de nascimento	Idade	Sexo	Nº	Data Prescrição
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	23/08/1981	35	MASCULINO	1020947	16/08/2017 10:15:31
Setor		Posto de Trabalho	Lote		Prescrição válida a 16/08/2017 10:15:31

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

Name do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Possologia	Orientação de Uso	Agravamento
1 SOLUÇÃO GLICOSADA 5% DE 500ML	1000,0	ML		E.V.			AGORA	
2 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.			AGORA	
3 PARECER ORTO	0,0							
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0,0							

Cipe/centro de Apoio,  
16 de Agosto de 2017

*(Handwritten signature)*

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ  
CRM: 10271

**Assinatura e Carimbo do Profissional**



Hospital da Emergência e Trauma  
Belo Horizonte Lucena

GOVERNO  
DA PARAÍBA

### AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	1020947	16/08/2017 10:04:40	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
23/03/1931	35	Masculino	(83) 986777438 / (83) 986242635
Mae			Pronuário
ANADETE SOARES DA SILVA			3735
Endereço	Bairro	Município	UF
DOS MILAGRES - ATE 1595/1596, SN	CRISTO REDENTOR	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	TOMAS CATAO MONTE RASO	7742/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
6/08/2017 10:10:52		17/08/2017 07:28:14	

### Anamnese

PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE BEM, SEM INTERCORRENCIAS. ECG 15. SEM DEFICITS FOCAIS. PIFR: QUE AXE-SE DE DISPNEIA - ORTEZI GESSADA? CD: ALTA DA NCIR. REAVAL DA ORTOP.

### Conduta

Em observação

TOMAS CATAO MONTE RASO  
(7742/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

integro. Paciente com dor  
de dentes e dor no  
peito e dor no abdômen.  
Encontrado com febre, fadiga  
e dificuldade de respiração.  
Dor intensa na articulação do joelho.

Mr. Júlio Barbosa P. Roberto  
Ortopedia e Traumatologia  
Praia de Areias



## AREA 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 Balsa
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>
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>	Barro <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 VITIMA 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



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



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 clínicos-epidemiológicos do(a) paciente.*

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



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



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. G. Mendes  
CRM: 6293 - PB



## 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 Ortotrauma de Mangabeira.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio	COMPREV
RX de coluna cervical	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.
RX de punho esquerdo	09 MAIO 2019

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de extremidade distal do rádio esquerdo.

### TRATAMENTO:

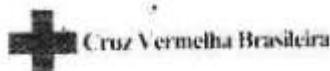
Medicado. Imobilização. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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



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

Boletim de Atendimento: 1124730



Identificação do paciente						
ID <b>203639</b>	Nome <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>		Sexo Masculino			
Data de nascimento 23/08/1981	idade 37 anos 6 meses 26 dias	Estado civil	Religião			
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>			Pai <b>IVANILDO MENESES DA SILVA</b>			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) <b>A MAE - MAE</b>			
DDD Móvel <b>83</b>	Fone Móvel <b>986777438</b>	DDD Fixo <b>83</b>	Fone Fixo <b>986242635</b>			
Tipo documento <b>RG (IDENTIDADE)</b>	Número documento <b>2812009</b>	Nº Cns <b>702005807192983</b>				
Local de procedência <b>CRISTO REDENTOR</b>			Tipo <b>BAIRRO</b>			
Email	Naturalidade <b>JOAO PESSOA</b>		UF <b>PB</b>			
CBOR						
Endereço						
CEP <b>58070530</b>	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596</b>			
Número <b>SN</b>	Complemento		Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>			
Admissão						
Data e Hora 24/11/2018 23:45:52	Número da pulseira <b>1000005158774</b>	Convênio <b>SUS</b>				
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>			Clinica			
Classificação de risco			Origem do paciente <b>RUA</b>			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>QUEDA</b>		Detalhe do acidente <b>QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO</b>			
Indicadores e Transporte						
Caso policial <b>Não</b>	Plano de saúde <b>Não</b>	Veio de ambulância <b>Não</b>	Trauma <b>Não</b>			
Modo de transporte <b>SAMU</b>	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA <b>X</b>	mmHg	P脉	Temperatura			
Exames complementares						
<input checked="" type="checkbox"/> Ralo X	<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> Urina	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> Líquor	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Ultrasonografia
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por <b>THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA</b>						Tempo 12seg

[Imprimir](#)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Manaus - HEM  
Senador Humberto LucenaCRO-AM  
DEPARTAMENTO  
DE ATENDIMENTOCTE  
NCR

AV. ORESTES LISBOA, 99 - PEDRO GONDIM - CNES: 122312 - Tel.: 32225500

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 3 meses 1 dia	Estado Civil Casado
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA		RG 2715
Escolaridade		Pis MANOEL MENESES DA SILVA
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986777438	Av. Araçá, nº 100 - Centro - Pará - Brasil - CEP 66070-030
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2812009	CEP 66070-030
Local de procedência CRISTO REDENTOR		UF PA
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	UF PB

**Endereço**

CEP 66070530	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	L
Número SN	Complemento		E-mail CRISTO REDENTOR

**Admissão**

Data e Hora 24/11/2018 23:45:52	Número da pulseira <b>1000005158774</b>	Clinica
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica
Classificação de risco		Clínica
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Quarto de paciente QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vias de ambulância Nas
Meio de transporte SAMU		Qualificação do motorista

**Sinais Vitais**

PA X mmHg	P脉搏	呼吸频率
--------------	-----	------

**Exames complementares**

Raios X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrassonografia [ ]
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos

Dra. Webma Carla G. Amorim  
Edemere - Área Vermelha  
COMEN-PB (2459)

**Diagnóstico**Atendido por  
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de São Paulo  
Senador Humberto de Alencar

BMF X onto

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	380116-7-1
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	1124730	4-12-118-3
Data de nascimento	Idade	30
23/08/1981	37a 3m 2d	Masculino

Mãe

ANADETE SOARES DA SILVA

Endereço	Bairro	CEP
DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN	CRISTO REDENTOR	05.118-010
Acidente	Motivo	DATA
QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO	QUEDA	2018-11-24
Data/Hora Classificação		380116-ru
24/11/2018 23:45:52		4-12-118-3

## Anamnese

#NCR

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MURO DE CERCA DE 2 METROS NO DIA 24/11/2018.  
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 ORTOGRAUMA PEI - CRCC  
ALTA DA NCR  
AV. BMF PARA AVALIAR FRATURA NASAL

## Conduta

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgião  
CRM - PB 7423



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual  
Senador Henrique de Almeida**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>	BAE 1124730	Data/Hora 24/11/2018 23:45:55
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37a 3m 2d	Sexo Masculino

Mãe  
**ANADETE SOARES DA SILVA**

Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1585/1596, SW</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOÃO PESSOA</b>
Acidente <b>QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO</b>	Motivo <b>QUEDA</b>	Profissão <b>EVERTON JAVI TAVARES</b>
Data/Hora Classificação 24/11/2018 23:45:52		Data/Hora Freq. TCE 25/11/2018 11:12:15

**Anamnese****ORTOPEDIA**

PACIENTE COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO, FRATURA DO RÁDIO DISTAL, SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO

GLASGOW: 15

HD: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

CD: AGUARDO PARECER DA NEUROLOGIA

**IMOBILIZAÇÃO**  
**ANALGESIA**

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 1:000ML/IA,  
Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1/1,2H, DR. 500ML  
Diluir

TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 20,0 MG

**PROCEDIMENTO**

TALA AXILO PALMAR

**CID10**

Código	Descrição
Q62.8	Fratura da extremidade distal do rádio

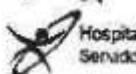
**Conduta**

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de São Paulo  
Senador Humberto de Alencar Braga**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JDA 2, F

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>	BAE 1124730	Data/Hora 24/11/2018 23:45:52
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37a 3m 2d	Sexo Masculino

Mãe:  
**ANADETE SOARES DA SILVA**

Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1500/1500, SN	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOÃO PESSOA
Acidente QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO	Motivo QUEDA	Profissão RODOVIÁRIO
Data/Hora Classificação 24/11/2018 23:45:52		Data/Hora Triage 25/11/2018 07:02:02

**Anamnese**

Paciente relata ter sido vítima de queda de 2 metros de altura. Negou ferimentos medicamentosas e nega doenças de base. No momento consciente, podendo verbalizar, deambulando, em bom estado geral.

Ao exame físico, edema em região nasal, histórico de rinorrágia recente, visão e movimentação ocular preservada, boa abertura bucal, oclusão dentária e respiração normal.

Ao exame tomográfico, sinais de fratura prévia de ossos próprios da face, entre elas, o maxilar.

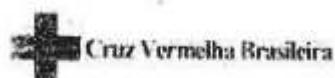
CD:

- 1- Orientações
- 2- Alta CTB/MF

**Dados coletados anteriormente      utilizar na triagem****Conduta**

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## 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 1124738	Data/Hora Entrada 24/11/2018 23:45:52	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37a 3m 2d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986777438 / (83) 986242635
<b>Mãe ANADETE SOARES DA SILVA</b>			Prontuário 3735
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 1399/PB
Data/Hora Classificação 24/11/2018 23:45:52		Data/Hora Prescrição 24/11/2018 23:56:51	

## 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**

**JOSE MANGUEIRA RAMALHO**  
(1399/PB)


**Guia de Encaminhamento**
**Dados do paciente**
**1124730**
**Nome**  
**GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

<b>Data de Nascimento</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Raça / Cor</b>
23/08/1981	37A 3M 2D	Masculino	SEM INFORMACAO
<b>Nome da Mãe</b>		<b>Nome do pai</b>	
ANADETE SOARES DA SILVA		EDSON SOARES DA SILVA	
<b>Endereço</b>		<b>Bairro</b>	
DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596		OFICINA RIBEIRÃO	
<b>Município</b>		<b>CEP</b>	
JOAO PESSOA - PB		58050-000	
<b>Unidade de saúde solicitante</b>		<b>CNES</b>	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA		2503602	

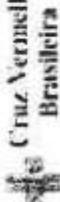
**Dados da unidade de atenção primária**

<b>Unidade de atenção primária</b>	<b>Nº F</b>	<b>E</b>	<b>U</b>
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	R / /	I	I

**Motivo do encaminhamento**  
**ALTA HOSPITALAR**
**Resultado de exames complementares**

<b>CID</b>	<b>Data de encaminhamento</b>
S52.5	25/11/2018 02:25:20

  
 Dr. Paulo Primo  
 Clínica Traumatologista  
 CR 0348/TEOT 15500  
 Assinatura e carimbo: 0348/TEOT 15500



Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Brasília

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Data de 23/08/1981	Idade 37a 3m 2d	Sexo MASCULINO	Nº Prontuário 1124730	Nº Prescrição 25/11/2018 01:28:51
Motivo do Aendamento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 25/11/2018 01:28:00 - 26/11/2018 01:28:00		
Convenio SUS	Matrícula	Senha			
		Data da entrada: 24/11/2018 23:45:52	Data da Internação: 24/11/2018 23:45:52	Permanência na 1h 44min	Permanência no

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos.	Apresentamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	------	----------------

1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	E.V.			6@H	01/33
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
2 TENORICAM 20MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA)	20,0	MG	E.V.			12/12H	F.C
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					

Remissão:

Assinatura:

Protocolo: 00000000000000000000000000000000



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  
SÉCERARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCLUSÃO  
CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

C/ PIS/PASEP

**127.43253.44-6**

**1287985**

**002-0**



Orgânico BoaRge CA A.



NOIE: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

LOC. DE NASC: JOAO PESSOA - PB

FILIAÇÃO: IVANILDO MENESSES DA SILVA

ANADETE SOARES DA SILVA

DOC APRESENTADO: R.G. 2812009 - 2<sup>a</sup> VIA SSP PB

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI N° 9.532, DE 16 DE MAIO DE 1997.

RG 2812009 - 2<sup>a</sup> via

T ELEITOR:

027498111252

SEÇÃO: 0124

ZONA: 064

CPF: 047.935.964-44

LOCAL DA BK.S:

DRT/PB

EMISSÃO: 27/02/2007

BRAZIL EIRO

# 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** AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FÍSICO: FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA ESCÁPULA, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>