



Número: **0808870-17.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **29/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELVIS MARTINS LOPES (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37295 131	01/12/2020 08:47	2770852_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200366659

Vítima: ELVIS MARTINS LOPES

Data do Acidente: 17/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELVIS MARTINS LOPES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da
mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ELVIS MARTINS LOPES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000004020-7

Conta: 00000123421-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
072.892.954-63

4 - Nome completo da vítima:
ELVIS MARTINS LOPES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:

ELVIS MARTINS LOPES

6 - CPF:

072.892.954-63

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

AV DESEMB NOVAIS

9 - Número:

570

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CRUZ DAS ARMAS

12 - Cidade:

JOÃO PESSOA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58085-450

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(83) 98805-6654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4020

(Informar o dígito se existir)

7

CONTA: 123421

(Informar o dígito se existir)

8

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a/nascos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 13/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00306.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00306.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:05 horas do dia 05 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Elvis Martins Lopes**, conhecido(a) por Elvis, CPF nº 072.892.954-63, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Valdilene Martins da Silva e Ailton José Lopes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 26/03/1990 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Desembargador Novais, Nº 570, complemento CASA, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Rua Na Lateral da Igreja Católica São José, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Governador Antonio Mariz, nº S/N, Via Pública - Br 230, Quase de Frete a Loja de Materiais Elétricos "Lampadilha", João Pessoa/PB, bairro Renascer; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 17/07/20 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CB 600F HORNET, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2009/2009, UF: PB, placa KKG-4045, chassi 9C2PC42009R000867, renavam 14487402-4, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO PILOTAVA O VEÍCULO E NO LOCAL, AMBOS JÁ DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, SOFREU UMA TRANCADO DE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO QUE MUDOU SE FAIXA SEM SINALIZAR E QUE DEPOIS SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO ACIDENTADO, QUE PARA NÃO BATER DE FRENTE NO VEÍCULO, TENTOU DESVIAR FREANDO BRUSCAMENTE, PORÉM DERRAPOU E VEIO A PERDER O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTA ESTADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 05 de outubro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação
Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-F

ELVIS MARTINS LOPES

Noticiante



Procedimento Policial: 00306.01.2020.1.05.101

2/2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
072.892.954-63

4 - Nome completo da vítima:
ELVIS MARTINS LOPES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:
ELVIS MARTINS LOPES

6 - CPF:
072.892.954-63

7 - Profissão:
RECUSO

8 - Endereço:
AV DESEMB NOVAIS

9 - Número:
570

10 - Complemento:

11 - Bairro:
CRUZ DAS ARMAS

12 - Cidade:
JOÃO PESSOA

13 - Estado:
PB

14 - CEP:
58085-450

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
(83) 98805-6654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 4020

7

CONTA: 123421

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a/nascitor)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pai/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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 13/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/10/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELVIS MARTINS LOPES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04020-7

CONTA: 000000123421-8

Nr. da Autenticação 3BA511B0758E8741



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota
fiscal/conta de energia elétrica: Nº 051.376.605

DADOS DO CLIENTE:

WILLIANE ALMEIDA ARAUJO

AV DESEMB NOVAIS 570 58085-450
JOÃO PESSOA



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.523-0



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/486969-9

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA
SET/2020



APRESENTAÇÃO
25/09/2020



CONSUMO
204 kWh



VENCIMENTO
02/10/2020



TOTAL A PAGAR
R\$ 139,38

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S A		001-9		00190.00009 03268.915000 00670.015171 5 83960000013938	
LOCAL DE PAGAMENTO: PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A				VENCIMENTO: 02/10/2020	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA CNPJ 08.095.183/0001-40 ENDEREÇO: BR 230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-480				AGÊNCIA/CONTO BENEFICIÁRIO: NÚMERO MUNICÍPIO: 32689150000670015	
DATA DO DOCUMENTO: 25/09/2020	Nº DOCUMENTO: 000000000-2020-09-6	ESPECIE DOQ: DS	ACRÉDITO: N	DATA DO PROCESSAMENTO: 25/09/2020	TOTAL DO DOCUMENTO: 139,38
CARTÉIRA: 17	ESPECIE: R\$	QUANTIDADE:	VALOR:	TÍTULOS DE DEBITO/ABATIMENTO:	
INSTRUÇÕES: OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.				TÍTULOS DE DEDUÇÃO:	
				TÍTULOS DE MULTA:	
				TÍTULOS DE ACRÉSCIMOS:	
				TÍTULOS DE COBRANÇAS:	
PROPRIETÁRIO: WILLIANE ALMEIDA ARAUJO AV DESEMB NOVAIS 570 58085-450 SACADOR/AVALISTA				CNPJ: 087.813.594-46 JOÃO PESSOA (AG: 1) CÓDIGO DE BARRA	



Autenticação eletrônica

Ficha de Compensação





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ELVIS MARTINS LOPES
DADOS DE NASCIMENTO 26/03/90
NOME DA MÃE VALDILENE MARTINS DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.246.526
Nº PRONTUÁRIO 123.717
DATA DO ATENDIMENTO 17/07/20
HORA DO ATENDIMENTO 17:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE COSTELA + PNEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO +
CONTUSÕES PULMONARES + FRATURA EXPOSTA DO OLÉCRANO
D + FRATURA DO 1º METACARPO E
CID 10 S 22.3 + S 27.0 + S 27.3 + S 52.0 + S 62.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x carro), há cerca de 1 hora, apresentando queixas de dor em região anterior do tórax, ao nível do esterno, e dor em cotovelo D, além de escoriações em pé E e D, joelho E, região lombar D + mão D e E + antebraço E e D + ferimento contuso em cotovelo D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX do cotovelo D - AP e P
RX da mão D e E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura de costela + pneumotórax traumático + contusões pulmonares + fratura exposta do olécrano D aos RX. Fratura do 1º metacarpo E ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Indalécio Pacelli e Dr. Alexandre Nishimi da equipe da Ortopedia. Tratamento conservador das lesões do tórax pela equipe da Cirurgia Torácica e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 21/07/20
DATA DE EMISSÃO: 26/08/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
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. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





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



PARAIBA
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1246526



Identificação do paciente

ID: 1117793	Nome: ELVIS MARTINS LOPES	Sexo: Masculino
Data de nascimento: 26/02/1990	Idade: 30 anos 3 meses 21 dias	Estado civil: CASADO(A)
Mãe: VALDILENE MARTINS DA SILVA	Religião: CATOLICA	Prontuário:
Escolaridade: MEDIO COMPLETO	Pai: AIRTON JOSE LOPES	Responsável (Parentesco): O MESMO - O MESMO(A)
DDD Celular: 83	Celular: 988243952	DDD: Telefone:
Tipo documento: RG (IDENTIDADE)	Número documento:	Nº Cartão: 707305012247670
Local de propriedade: CABEDELO	Tipo: MUNICIPIO	UF: PB
Email:	Naturalidade: JOAO PESSOA	CBO/PE:

Endereço

CEP: 58085430	Município de residência: JOAO PESSOA	UF: PB	Logradouro: XAVIER JÚNIOR
Número: 445	Complemento:	Bairro: CRUZ DAS ARMAS	

Admissão

Data e Hora: 17/07/2020 17:44:23	Número da pulseira: 1000008777385	Convênio: SUS
Especialidade: CIRURGIA GERAL	Clinica:	Origem do paciente: RUA
Classificação de risco:		Detalhes do acidente: QUEDA / OUTROS
Caráter de atendimento:	Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Cascopolicia: Não	Plano de saúde: Não	Vem de ambulância: Não	Trauma: Não
Meio de transporte: SAMU	Quem transportou: SAMU		

Sinais Vitais

PA: X mmHg	Pulso:	Temperatura:
---------------	--------	--------------

Exames complementares

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

Dados clínicos: *pac com história de acidente de moto, orientado*

Diagnóstico:	CID:
Atendido por: PATIMIA EUZELIA RODRIGUES MARCAL	Tempo:

Imprimir





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Serviço: Atendimento Urgência



PARAIBA
Governo do Estado

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ELVIS MARTINS LOPES	1246526	17/07/2020 17:44:23	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
26/03/1990	30a 3m 22d	Masculino	(83) 988243952
Mãe		CNS	Prontuário
VALDILENE MARTINS DA SILVA		707305012247670	
Endereço	Bairro	Município	UF
XAVIER JÚNIOR, 448	CRUZ DAS ARMAS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	INDALECIO PACHELI FERNANDES	6827/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
17/07/2020 17:44:23		18/07/2020 10:17:38	

ANAMNESE

ORTOFEDIA PACIENTE SUBMETIDO A LC + DB DE FERIDA DE FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO SEM INTERCORRENCIAS HD. FX EXPOSTA DE COTOVELO ESQUERDO FX DE MÃO ESQUERDA CONDUTA 1. ANALGESIA 2. TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DA MÃO

ETA

DIETA LIVRE. VIA ORAL

MEDICAÇÃO

CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 8/8H, POR 10 DIA(S)
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 150,0 MG VIA E.V., 8/8H
ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CID10

S52.0 - Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

INDALECIO PACHELI FERNANDES
(CRM: 6827/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 17/07/2020 17:44:23





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165780 - CNES: 2593262

986902

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ELVIS MARTINS LOPES	1246526	17/07/2020 17:44:23	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
26/03/1990	30a 3m 22d	Masculino	(53) 988243952
Mãe		CNS	Prontuário
VALDILENE MARTINS DA SILVA		707305012247670	
Endereço	Bairro	Município	UF
XAVIER JÚNIOR, 448	CRUZ DAS ARMAS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOSE HERCILIO SUASSUNA MAIA	11061/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
17/07/2020 17:44:23		18/07/2020 09:18:44	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM PNEUMOTÓRAX DE PEQUENO VOLUME, JÁ COM ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA, SEM QUEIXAS ABDOMINAIS. APRESENTA FRATURA EM TÓRAX. CONDUZIDA À ALTA DA CIRURGIA GERAL 27/07/2020. CUIDADOS DA ORTOPEDIA.

Conduta

Em observação

JOSE HERCILIO SUASSUNA MAIA
CRM: 11061/PB
Cirurgia Geral

Enfermeiro

JOSE HERCILIO SUASSUNA MAIA
(CRM: 11061/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 17/07/2020 17:44:23





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Servidor Humberto Lucena



Sumos todos
PARAIBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Paciente ELVIS MARTINS LOPES	BAE 1246526	Data/Hora Entrada 17/07/2020 17:44:23	Data Baixa
Data de nascimento 26/03/1990	Idade 30a 3m 22d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 983243952
Mãe VALDILENE MARTINS DA SILVA		CNS 707305012247670	Prontuário
Endereço XAVIER JUNIOR, 448	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA	Nº Cons. Registra 12150/PB
Data/Hora Classificação 17/07/2020 17:44:23		Data/Hora Prescrição 18/07/2020 06:25:05	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# TC COM CONTUSOES PULMONARES, FRATURA DE ARCOS COSTAIS, PNEUMOTORAX PACIENTE SEQUELAE PULMONAR, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL CD: 1 PARECER DA CIR. TORACICA 2. CEFALOSPORINA 1A GERAÇÃO 3. ANÁLISE SINAIS COM TRAMADOL 4. REALIZADA LAVAGEM DO FERIMENTO EM COTOVELO DIREITO SOB ANESTESIA LOCAL, OPTADO POR NÃO REALIZAR RÁPIA DEVIDO AMPLA CONTAMINAÇÃO DO FERIMENTO E LONGO PERÍODO DE TEMPO DESDE O OCORRIMENTO (HÁ 12 HORAS) - DR. MANGUEIRA - MR. AMANDA

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 12 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: CORRER LENTO 90 A 120 MIN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: FIXO)

Diluir

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

DIMETICONA 75MG/ML GOTAS (FRASCO 15 ML), ADMINISTRAR 35,0 GOTA(S) VIA ORAL, 6/6H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 1 HORA(S) SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS OU VÔMITOS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 300,0)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), DILUIR 4,0 ML

CUIDADOS

CURATIVO

Conduta

Em observação

Enfermeiro

DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA
(CRM: 12150/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 17/07/2020 17:44:23





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Servidor: Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente ELVIS MARTINS LOPES	BAE 1246526	Data/Hora Entrada 17/07/2020 17:44:23	Data Baixa
Data de nascimento 20/03/1990	Idade 30a 3m 22d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988243952
Mãe VALDILENE MARTINS DA SILVA		CNS 707305012247670	Prontuário
Endereço XAVIER JUNIOR, 448	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional AMANDA DA SILVA MOREIRA	Nº Cons. Regional 13036/PB
Data/Hora Classificação 17/07/2020 17:44:23		Data/Hora Prescrição 18/07/2020 00:36:15	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# TC COM CÔNTUSOES PULMONARES, FRATURAS DE ARCOS COSTAIS, PNEUMOTORAX CD.1 PARECER DA CTR TORACICA

Conduta

em observação


Dr. Amanda Moreira
CRM-PB: 13036

Enfermeiro

AMANDA DA SILVA MOREIRA
(CRM: 13036/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 17/07/2020 17:44:23





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Semnos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente ELVIS MARTINS LOPES	BAE 1246526	Data/Hora Entrada 17/07/2020 17:44:23	Data Baixa
Data de nascimento 26/03/1990	Idade 30a 3m 21d	Sexo Masculino	CNS 707305012247670
Mãe VALDILENE MARTINS DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988243952
Endereço XAVIER JÚNIOR, 448	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THAYSA DE SOUSA COSTA	UF PB
Data/Hora Classificação 17/07/2020 17:44:23		Data/Hora Prescrição 17/07/2020 20:10:15	Nº Cons. Regional 12799/PB

ANAMNESE

#ORTOPEDIA# PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO QUEIXANDO-SE DE DOR NOS POLEGARES E PUNHO DIREITO, SEM
DEMAIS QUEIXAS ORTOPÉDICAS. AO EXAME: ADM LIMITADA DO PUNHO DIREITO, DOR A PALPAÇÃO DOS POLEGARES, FERIMENTO
CORTOCONTUSO NO COTOVELO DIREITO SEM COMPROMETIMENTO DO MECANISMO EXTENSOR. MMII COM BOA MOBILIDADE.
PELVE ESTÁVEL. ESCORIAÇÕES NAS MÃOS, ANTEBRAÇOS E JOELHOS. RX DE COTOVELO DIREITO, FRATURA UNICORTICAL LE
OLECRANO RX DA MÃO DIREITA E ESQUERDA INSATISFATORIOS. FRATURA DA BASE DO 1º MTC ESQUERDO? CD: REPETIR RAIO X
DE MÃOS. CEFALOTINA 2G. LIMPEZA, SUTURA E CURATIVOS. STAFF: DR. LAURI

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: +100ML DE SF0,9%, EV
LENTO)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E OBLÍQUO)
RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E OBLÍQUO)
CURATIVO
SUTURA DE FERIMENTO

Conduta

Em observação

Enfermeiro

THAYSA DE SOUSA COSTA
(CRM: 12799/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 17/07/2020 17:44:23





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Paraíba
Governo do Estado

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

Paciente ELVIS MARTINS LOPES	BAE 1246626	Data/Hora Entrada 17/07/2020 17:44:23	Data Exata
Data de nascimento 26/03/1990	Idade 30a 3m 21d	Sexo Masculino	CNS 707305012247670
Mãe VALDILENE MARTINS DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988243952
Endereço XAVIER JÚNIOR, 445	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	UF PB
Data/Hora Classificação 17/07/2020 17:44:23		Data/Hora Prescrição 17/07/2020 18:07:14	Nº Cons. Regional 4417/PB

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 1H (COLISÃO COM CARRO). QUEIXA-SE DE DOR EM PEITO ANTERIOR DO TÓRAX, AO NÍVEL DO ESTERNO, E DOR EM COTOVELO D. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM PE E D. JOELHO E REGIÃO LOMBAR A D. MÃOS E D. ANTEBRAÇO E D + FERIMENTO CONTUSO EM COTOVELO D. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM QUEIXAS DE DOR E NÃO APRESENTA SINAIS DE FRATURAS EM MMIL NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. PATOLOGIAS PREVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NÃO SABE INFORMAR SOBRE VAT. AO EXAME= ECR. EUPNEICO, CORADO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= GLOBOSO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO. + SOLICITO RX DE COTOVELO D. TÓRAX + SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA + ANALGESIA + PRESCREVO SAT.

MEDICAÇÃO

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTITETANICA 250UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417

Enfermeiro

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
(: 4417/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 17/07/2020 17:44:23



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Elvis Martins Lopes BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/09/2020
 Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: LC + DB de fratura exposta do olecrano
 Cirurgião: Indalino Padeli 1º Assistente: Alexandre Ruskun
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestésista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início 10:00 Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura exposta do cotovelo</u>	<u>552.2</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Limpes e cirurgia + desbridamento do cotovelo</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biópsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Indalino P. de F. Fernandes
 Cirurgião de Joelho - Artroscopia
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM: 4577 / TEO 14274

João Pessoa, 18/09/2020



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Pcte em DDH sob bloqueio + sedação
- ② Assépsia + Antissepsia + PCE

Incisão:

- ③ Excisão de bordas de ferida em Watoelo

Achados:

- ④ Frotas de Olecrano
- ⑤ Incompleto

Conduta:

- ⑥ Desbridamento de ferida desvitalizada
- ⑦ Lavagem exaustiva com SF 0,9%
- ⑧ Sutura
- ⑨ RPA

Fechamento:

Observação:

Dr. Indalecio P. de F. Fernandes
Cirurgião do joelho - Artroscopia
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 2011/20119274

João Pessoa,

18 de 2010

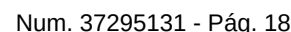
Médico/CRM:

F(NG)ASCIR 0064



REF T-40

Jacques Kéroux
2005?



HE-2744

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/07/20

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Elv. Moura Lopes SEXO: F COR: IDADE: 30

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80 PULSO: 110 RESPIRAÇÃO: 16 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 90kg GRUPO SANGÜÍNEO: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO () RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAU ()

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP. RESPIRATÓRIO: Expansão AP. CIRCULATÓRIO: Estável

AP. DIGESTIVO: Ligeira ESTADO MENTAL: Calma DROGAS EM USO: Nenhum

PRE-ANESTÉSICO: DOSE: 100mg ESTADO: 1

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Trat. cirúrgico prot. de Cotovelo D

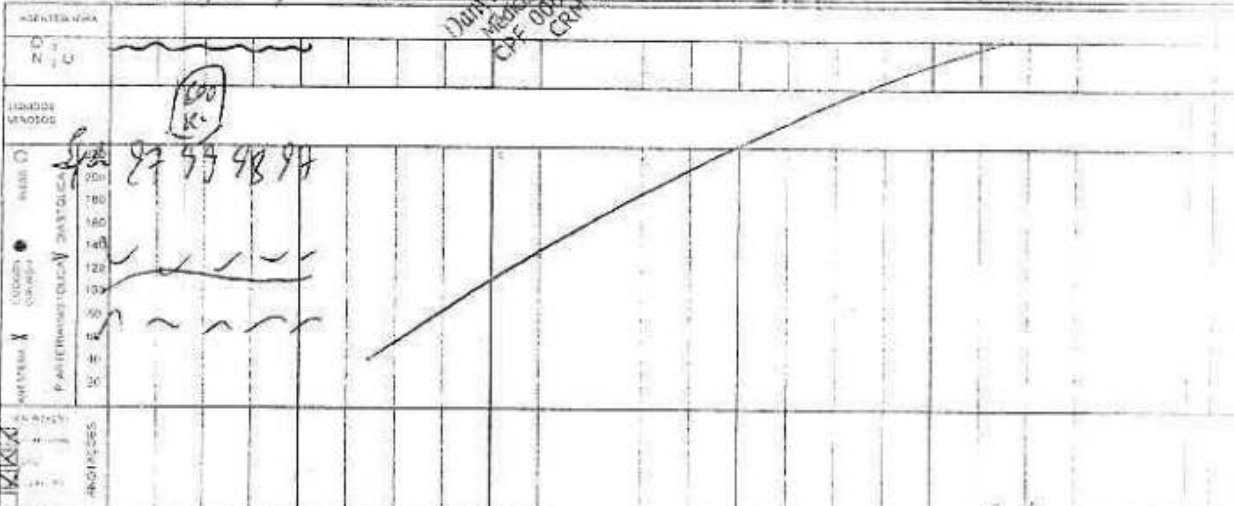
CIRURGIA REALIZADA: Cirurgia de Cotovelo D

CIRURGIÃO: Lucio AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 10:20 TÉRMINO DA ANESTESIA: 11:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 40min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE ANESTÉSICO: VALORES RS

ANESTESISTA: Paulo Amorato CRM-FB: 69517



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVO ☒ OUTROS: Plexos braquiais D, intercostais, com neuroestimulador, A+B

INDICAÇÃO: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Lupronal 40mg	11	1) Bufexamac com vaso
2	Bupivacaína 30mg	12	2) Lidocaína com vaso
3	Propofol 10mg	13	
4	Lupronal 20mg	14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

OUTROS MATERIAIS:

Paulo Amorato
CRM-FB 69517

FICHA ASCR 005-1



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

KKG4045

2017

Imprimir Consulta

KKG4045

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: *****

Placa: KKG4045

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CB600F HORNET

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2009

Ano Modelo: 2009

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: PRETA

Vencimento Licenciamento: 31/07/2020

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: JOAO PESSOA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 07/10/2020

PASSA / MOTOCICLET

GASOLINA

HONDA/CB600F HORNET

2009 2009

PARTICULAR PRETA

31/07/2020

ALIENACAO FIDUCIARIA

JOAO PESSOA

07/10/2020



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200366659 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELVIS MARTINS LOPES **Data do acidente:** 17/07/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO
FRATURA DO 1º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DO OLÉCRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA NO OLECRANO)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA AS DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA. PÁG 1/9/10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 1º METACARPO DA MÃO ESQUERDA E DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 1º METACARPO DA MÃO
ESQUERDA E MODERADA DO COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289653/20

Vítima: ELVIS MARTINS LOPES

CPF: 072.892.954-63

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELVIS MARTINS LOPES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ELVIS MARTINS LOPES : 072.892.954-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/10/2020
Nome: ELVIS MARTINS LOPES
CPF: 072.892.954-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ELVIS MARTINS LOPES

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

