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, 28 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200373041

Vítima: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 18/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16258183

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, 18 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200373041 **Vítima: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 18/07/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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**. 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 Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200373041 **Vítima: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 18/07/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

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$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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: **RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA**
Valor: **R$ 843,75**
Banco: **104**
Agência: **000000041**
Conta: **000831647163-7**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 118357674-94
4 - Nome completo da vítima: Renan Carlos Ferreira Barbosa da Silva

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Renan Carlos Ferreira Barbosa da Silva
6 - CPF: 118357674 94
7 - Profissão: Recuso
8 - Endereço: Pedro Gonçalves de Sousa
9 - Número: 51
10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bodocongó
12 - Cidade: Campina Grande
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58400 000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 83 9 8305 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)**

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NU PAGAMENTO S.A
AGÊNCIA: 0001 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 37825139 3 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima (para quem não alfabetizado)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 29/09/2020

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

5ª D.S.P.C. DELEGACIA DE LUCENA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00336.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00336.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:29 horas do dia 14 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 **Renan Carlos Ferreira Barbosa da Silva**, conhecido(a) por Naninha, CPF nº 118.357.674-94, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Claudia Maria Ferreira e Severino do Ramo Barbosa da Silva, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 26/06/1994 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Gonçalves de Sousa, Nº 51, complemento CASA, bairro Bodocongó, tendo como ponto de referência Por Trás do Hospital de Trauma, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Presidente João Pessoa, Via Pública, Em Frente Ao Cruzamento da Loja "central da Construção", Campina Grande/PB, bairro CENTRO; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/07/20 05:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo NXR 150 BROS ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2011/2012, UF: PB, placa OEU-7888, chassi 9C2KD0550BR030562, renavam 0034210486-1, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO E NO LOCAL JÁ AMBOS DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, O VEÍCULO EM QUE ESTAVA FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMA. DESTA BATIDA VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA 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 POLICIA CIVIL DESTE 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Investigador - Mat. 157.356-0

Lucena/PB, 14 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. 157.356-0

RENAN CARLOS Ferreira BARBOSA DA SILVA.
RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA
Noticiante

5ª D.S.P.C. DELEGACIA DE LUCENA

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 118357674-94
4 - Nome completo da vítima: Renan Carlos Ferreira Barbosa da Silva

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Renan Carlos Ferreira Barbosa da Silva
6 - CPF: 118357674 94
7 - Profissão: Recuso
8 - Endereço: Pedro Gonçalves de Sousa
9 - Número: 51
10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bodocongó
12 - Cidade: Campina Grande
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58400 000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 83 9 8305 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)**

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NU PAGAMENTO S.A
AGÊNCIA: 0001 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 37825139 3 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima (para quem não alfabetizado)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 29/09/2020

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 26/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000831647163-7

Nr. da Autenticação 8945B4EB796100F1

CLAUDIA MARIA FERREIRA
RUA PEDRO GONÇALVES DE SOUSA, 51 - BODOCONGÓ
CAMPINA GRANDE - PB CEP 58400000 (43 401)

CPF/CNPJ/RNA 419.225.304-68

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RESIDENCIAL B1 / Subclasse BAIXA RENDA
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 12 - 401 - 672 - 1040 1º Medidor 1000079013

energisa

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
4/154042-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0000154042-6

VALOR DA FATURA **R$ 38,55**	VENCIMENTO **26/06/2020**
REFERÊNCIA **Jun / 2020**	CONSUMO **160kWh** 5,71kWh MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS
Sujeito a corte!
Em caso de veracidade
Sua fatura vencida poderá ser suspensa
a partir de 05/07/20
Regularize seus débitos

FATURAS EM ATRASO	
Mar/20	R$59,74

DESCRITIVO

Descrição	Quant.	Tarifa/ Tributo	Valor Base Calc. ICMS	Aliq. ICMS	Valor ICMS	Base Calc. PIS/COFINS	Valor PIS	Valor COFINS
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,00	27	0,00	0,00	0,00	0,00
[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,00	27	0,00	0,00	0,00	0,00
[illegible]	[illegible]	[illegible]	112,44	27	30,36	112,44	1,21	5,57
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,42	0	0,00	0,00	0,00	0,00
[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,01	0	0,00	0,00	0,00	0,00
[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,02	0	0,00	[illegible]	0,00	0,00
[illegible]	[illegible]	[illegible]	15,25	0	0,00	0,00	0,00	0,00
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

CCI Código de Classificação do Item
Tarifa/ Tributo

RESERVADO AO FISCO

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Janeiro	210
Julho	175
Agosto	154
Setembro	167
Outubro	144
Novembro	[illegible]
Dezembro	[illegible]
Jan/20	40
Fev/20	2
Mar/20	[illegible]
Abr/20	193
Mai/20	193
Média	193

*Faturamento pela Média Diária

LEITURAS

Anterior	21/05/20	25781
Atual	18/06/20	25931
Consumo		160 kWh
Período		28 dias
Constante do medidor		1

PRÓXIMA LEITURA
20/07/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia (R$)	0,01	0,02
Compra de Energia	0,01	0,03
Serviços de Transmissão	0,00	0,00
Encargos Setoriais	0,00	0,03
Impostos Diretos e Encargos	10,49	66,99
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**38,55**	**100,00**

Encargo de Uso da Rede de Distribuição (Bd 4/2020) R$ 0,00

INDICADORES DE QUALIDADE

	Mensal	Acumulado	Trimestral	Anual	Limite de Estado
META	5,43	0,00	10,86	21,71	NORMIVE 220
[illegible]	3,30	0,00	6,60	13,20	CONTRATADA
Duração da maior interrupção de energia no período (DIC)	[illegible]				LIMITE INFERIOR 202
Duração da interrupção individual mais crítica (DICRI)	13,22				LIMITE SUPERIOR 291

ATENÇÃO

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ON e Whatsapp (83) 99135-5540.

-REAVISO DE VENCIMENTO. Caso a(s) fatura(s) [illegible] em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/07/2020. Conforme [illegible] Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após esta data não elimina a possibilidade da [illegible] fornecimento, caso o mesmo não seja cortado, ainda [illegible] as contas pagas não [illegible] na unidade consumidora para comprovação. Caso [illegible] o crédito no caso de [illegible]
Fatura sujeita a exclusão em lote de proteção ao crédito no valor de R$ 19,98.
-Sua unidade foi faturada com Baixa Renda. Seu [illegible] desconto de R$ 19,98.

PARAÍBA
Governo do Estado
SECRETARIA DE SAÚDE
TAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

NT (B.E) N°:2189205 CLASS. DE RISCO: VERMELHO Cirurgia

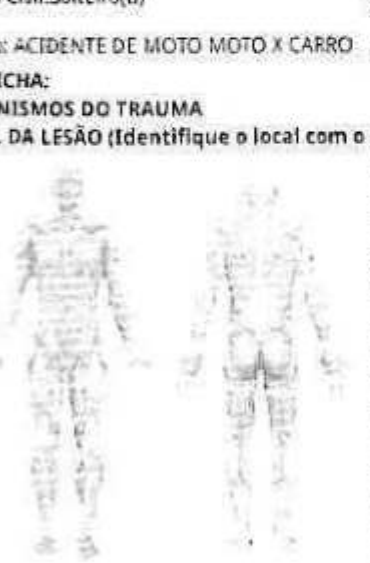
TAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
J. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/07/2020
n de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

ENTE: RENAN CARLOS	CEP:58400002	Nascimento:26/06/1994
EIRA BARBOSA DA SILVA	Sexo:M	Telefone: 987582002
eco:RUA PEDRO GONCALVES DE SOUSA	Idade:026	Bairro:MALVINAS
: Campina Grande	RG:	N°:S1
da Mãe: CLAUDIA MARIA FERREIRA	CPF:	Profissão:MOTO BOY
nsável: RAFAELA FERREIRA BARBOSA	Data de Atend:18/07/2020	CNS:215458474
Civil:Solteiro(a)		CONVÊNIO:SUS
: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO	Hora: 06:33:10	

CHA:

NISMOS DO TRAUMA

DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	21. Hematoma
4. Contusão	22. Ingurgitamento venoso
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendinea
7. Edema	25. Luxação
8. Encaixilhamento	26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento toracico paradoxal
10. Esmagamento	28. Objeto Encravado
11. Equimose	29. Otorragia
12. F. Arma branca	30. Parestesia
13. F. Arma de fogo	31. Paresia
14. F. Contuso	32. Paresteria
15. F. Cortante	33. Queimadura
16. F. Contuso-cortante	34. Rinorragia
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinais de isquemia
18. F. Perfuro-cortante	36.

ADURA:

icie corporal lesada = _____% Grau ( ) 1° Grau ( ) 2° Grau ( ) 3° Grau

STICO / CID:

Politrauma

RAIO X 19.07.20

EXAME PRIMÁRIO - DADOS ICOS

Paciente vítima de politrauma após uso de álcool. Comunicante prejudicado, agitado, em MTD. Apresenta fratura exposta em membros D e E. Refere ainda dor torácica. Sedado sem sinais de imobilização prévia no local.

ALERGIA: —

MEDICAMENTOS: —

PATOLOGIAS: —

EXAME FÍSICO

PUPILAS (✓) Fotorreagentes (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____

Glasgow _____ PA 157 x 72 HGT: 186 Sat02 91
FC 108

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais
( ) Gasometria arterial
( ) Tomografia Computadorizada
(x) Ultrassonografia: _____
(x) Radiografias: _____
( ) _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / _____ às ___:___ Dia ___/___/___

Especialista: _____ / _____ às ___:___ Dia ___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SSN 500 ml EV	
2		
3	RAIO X REALIZADO EM: 18/07/2020	ULTRASSONOGRAFIA Realizada em 18/07/20
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Ortopedia + Dr. Sebastião

#Cirurgia Geral (08:30)

Paciente retorna unidade queixando-se de dor torácica e em membro inferior direito.
Saturando 92% em ar ambiente.
USG FAST normal

Cd: solicito avaliação da cirurgia torácica.

UTR TORÁCICA

Vítima de acidente, trauma de tórax do tórax à direita, Rx Tórax com pequeno enfisema subcutâneo à direita, sem pneumotórax

Visível, área de contusão pulmonar.
USG FAST: sem sinais de derrame pericardico ou derrame pleural
AR: murmúrio ausente, ↓ em bases.

Cp: - TTO com ventilador
- Reavaliar com 6h.

Dr. Eron Maciel Jerônimo
Cirurgião Torácico
CRM-PB 5863

NCR - 18/07/2020
9:00.

TUE. EMOS passou fraq
↓ tomou ↓ vômitos ↓ escapou
fezinhas no mouth
↓ dor ↓ nausea, ↓ sessões

Cd. Alta NCR

SERVIÇOS REALIZADOS:
A BMF.

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

...O DO PACIENTE ___/___/___ às ___:___ hs.

...tro cirúrgico _____

...mação (setor) _____

...ferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

( )Alta hospitalar / ( )A revella
( )Decisão Médica
( )Óbito

Raphaella Ferreira B. Silva
Ass. do paciente ou resposável(quando necessário)

PARAÍBA
Governo do Estado

TAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
l. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/07/2020
8/07/2020

te: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA Idade: 026 Nº ATEND: 2189205

NTE DE TRABALHO : NAO
18/07/2020 HORA : 06:33:47

IALIDADE : CIRURGIA

O : ACIDENTE DE MOTO
IFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

S DE EMBRIAGUEZ : NÃO

S VITAIS
SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

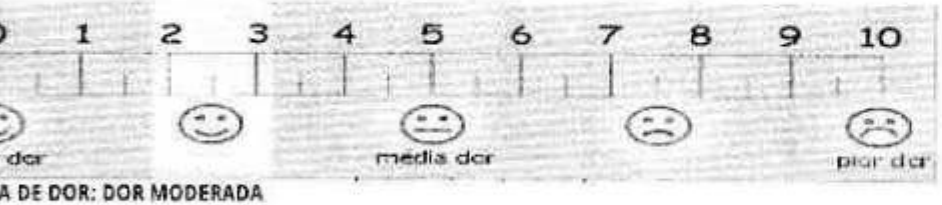
TES ( )SIM (X)NÃO HAS ( )SIM (X)NÃO
IOTORA ( )SIM (X)NÃO

IAS : NÃO
CAÇÃO EM USO : NÃO
O GERAL : REGUL
AÇÃO NEUROLÓGICA

NVULSÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
ORIENTADO ( ) AGITADO (X) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO
ITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

MAS REFERIDOS

RE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA
IRIDO ( ) DISPNÉIA (X) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
AFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
GASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBILOS ( ) TOSSE



A DE DOR: DOR MODERADA

IFICAÇÃO DE RISCO :
ELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DÓ

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Agamenon Lima
COREN-PB 71634-ENF

HBMF 12:15
Paciente relata acidente motociclístico (colisão). No momento consciente, cooperativo.
EF com contusão em membro
[illegible] de membro inferior esquerdo
Cp: [illegible]
Alta do BMF

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: Renan Carlos Ferreira Barbosa de Sá

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
	DN 26-06-1994		26 a	2189344

CIRURGIA: 1º cirúrgico de Diafise de fêmur + colo de fêmur Dir
CIRURGIÃO: Dr. Felipe Dr. Wagner Dr. Nathan

ANESTESIA: Raquei
ANESTESIA: Dra Raquel

INSTRUMENTADORA: Ramon
DATA: 28-07-20
INÍCIO: 17:30
FIM: 19:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.	01	Calel. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	06	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrone ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina 0,2% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Nubain amp		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H.C. ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	03	Mononylon 2-0	
	Trachum amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
02	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxicol amp.		Luvas 7.5	02	Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	05	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	05	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml	05	PVPI Degermante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp	04	Saco coletor p/ lixo		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp		Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	03	Seringa desc. 05 ml	04	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástica			
			Sonda Uretral nº	01	Haste TFN 11x400	
			Sterydrem ml	01	Pino Desdobrável	
			Torneirinha	01	Placa Fêmur Distal 4L 5E	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Geicon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latex			
	Agulha desc. 3 x 4.5	05	Coloração			
01	Agulha p/ raque nº 25	01	Placa p/ Bisturi			
02	Álcool de Enfermagem 70%					
	Álcool Iodado ml					
04	Ataduras de Crepon 15					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp					

CLEAN TEST VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO
TIPO 5 / ISO 11140-1
LOTE CL5080520 VAL: 08-MAI-2022
Referência:
Aceitável se a cor do quadrado for igual ou mais escura que a cor da seta.

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso	(X) Foco Auxiliar
( ) Serra	(X) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxicapiógrafo
( ) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

TM Cirúrgica
Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

09860

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL [illegible]

CIDADE: [illegible] | TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE: [illegible]

Nº DO PRONTUÁRIO: [illegible] | Nº AI. H | CÓD. PROCEDIMENTO | CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO: [illegible]

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
HASTE [illegible]		[illegible]	
[illegible]		01	
[illegible]		01	
[illegible]		01	

DATA DA UTILIZAÇÃO: [illegible] | DATA DA COMUNICAÇÃO: | MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM: [illegible]

OBSERVAÇÕES: [illegible]

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: [illegible]

Utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - CUOPME

HOSPITAL Trauma C. Grande

CORTICAL
MATERIAL CIRÚRGICO

Av. Francisca Moura, 336A - Centro
João Pessoa-PBCEP: 58013-440
Fone: (83) 3034.5400
E-mail: vendas@cortical.com.br
financeiro@cortical.com.br

FORNECEDOR

NOME DO PACIENTE Adelina Cadaca de Amorim

PROCEDIMENTO Frat. de tornozelo

REGISTRO 2193367 DATA 27. 07. 20

CONVÊNIO SUS MEMBRO OPERADO E

NOME DO MÉDICO Dr. Wagner Galeas

QUANT.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	CÓDIGO	ANVISA	MARCA	Nº LOTE
01	placa Tiço de cabo 6 furos 6x			315	
04	parafusos cortical nº 12				
02	" " nº 14				
01	arrolla				
01	parafuso esponjoso rosca parcial nº 35				

Comunicamos que utilizamos o (s) material (ais) aqui descrito (s) no paciente supra citado.

27 de julho de 20

Kélia Holanda

Recebido por:

CRM-PB 9500

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: Adeli Valentina Cardoso de Lucena N. 22.06.1955

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
		SUS	67 anos	213367

CIRURGIA	CIRURGIÃO
T30 - Cirurgica c/ixação. Fratura de Tornozelo MIE	Dr. Wagner Falcão + Dr. Ana Maria
ANESTESIA	**ANESTESIA**
Raque + Sedação	Dr. Babelite

INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM
Kátia	27.07.2010	13h45'	15h05'

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp
	Atropina amp
	Diazepan amp
	Dimore amp.
2	Dolantina amp 0,2 mg
	Efrane ml
	Fenegam amp
	Fentanil ml
	Inova ml Dormonid
	Ketalar ml
	Mercaina 0,5% ml
	Nubahin amp
	Pavulon amp.
	Protigmine amp.
	Protoxido l/m
	Quelicin ml
	Raplen amp
	Thionembuta ml
	Trachum amp

Qtd.	MEDICAÇÕES
04	Agua Destilada amp.
01	Decadron amp
02	Dipirona amp
02	Flaxidol amp Nausedrom
	Flebocortid amp
	Gerimicina amp
	Glicose amp
	Glucon de Cálcio amp.
	Haemacel ml
	Heparema ml
	Kanakion amp
	Lasix amp
	Medrotinazol
	Plasil amp
	Prolamina
	Revivan amp.
	Stuplanon amp.
02	Cefalotina 1g

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
	Agulha desc. 25 x 7
02	Agulha desc. 28 x 28 40x12
	Agulha desc. 3 x 4,5
01	Agulha p/ raque nº 25
	Alcool de Enfermagem
	Alcool Iodado ml
	Ataduras de Crepon
	Ataduras de Gessada
	Azul metileno amp

	Bolsa Colostomia
01	Cateter p/ Oxig.
	Cateter De Urinar Sist. Fech.
25	Compressa Grande
	Compressa Pequena
	Cotonoide
	Dreno
	Dreno Kerr nº
	Dreno Penrose nº
	Dreno Pezzer nº
01	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Sangue
	Equipo de PVC
	Esparadrapo Larco cm
05	Furacin ml
05	Gase Pacote c/ 10 unidades
	H_2O ml
	Intracath Adulto
	Intracath Infantil
02	Lâmina de Bisturi nº 23
	Lâmina de Bisturi nº 11
	Lâmina de Bisturi nº 15
01	Luvas 7,0
06	Luvas 7,5
02	Luvas 8,0
05	Luvas 8,5
05	Oxigênio l/m
03	Porfix
03	PVPI Degermante ml
03	PVPI Tópico ml
05	Sabão Antiséptico
01	Saco coletor
04	Seringa desc. 10 ml
02	Seringa desc. 20 ml
03	Seringa desc. 05 ml
02	Sonda
	Sonda foley
	Sonda Nasogástica
	Sonda Uretral nº
	Sterydrem ml
	Tomeirinha
	Vaselina ml
	Gelcon 18
01	Latesa
02	Fraldas
05	Placas bipolar
03	Fecho e Smart

Qtd.	FIOS	CODIGO
	Catgut cromado Serfix	
	Catgut cromado Serfix	
	Catgut cromado Serfix	
	Catgut Simples	
	Catgut Simples Serfix	
	Catgut Simples Serfix	
	Catgut Simples Serfix	
	Cera p/ osso	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Fio de Algodão Serfix	
	Fio de Algodão Serfix	
	Fio de Algodão Sutupak	
	Fio de Algodão Sutupak	
	Fita cardíaca	
02	Mononylon	
	Mononylon 2-0	
	Prolene Serfix	
	Prolene Serfix	
	Prolene Serfix	
	Vicryl Serfix	
	Vicryl Serfix	
	Vicryl Serfix	

Qtd.	SOROS
01	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
01	SG Ringr fr 500 ml
04	SG fr 500 ml p/ limpeza

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	WW - Fixador externo
01	Placa c/ parafusos e fixação externa
06	Parafusos
	Arruela
01	pacote estéril nº 35

EQUIPAMENTOS

(X) Oximetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxicapiógrafo
(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

Número do Prontuário: 197536 DATA DA CIRURGIA: 28/07/2020

Número do Atendimento: 2189344 Clin: / Enf: Leí

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Data da Internação: 18/07/2020

Atendimento:2189344

Diagnostico Pré-Operatório:FRATURA DE COLO E DIAFISE FEMURAL ESQUERDA

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia:OSTEOSSINTESE **Data da Cirurgia:28/07/2020**

Equipe:
Cirurgião:JOSE FELIPE GUEDES
Aux 1:NATTAN ROZENDO
Aux 2:WAGNER LUIZ E DE ARAUJO
Aux 3:MARIA LUIZA
Instrumentador:
Anestesista:
Tipo de anestesia:OSTEOSSINTESE

Relatório Imediato do Patologista:NÃO

Exame Radiológico no Ato:NÃO

Acidente Durante Operação:NÃO

Descrição da Operação:1) PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO SOB ANESTESIA
2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3) INCISÃO EM NÍVEL DE TROCANTER MAIOR DIREITO + DIFUSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
4) FRESAGEM DO CANAL FEMURAL DIREITO + PASSAGEM DE FIO GUIA
5) PASSAGEM DE HASTE DO TIPO PFN + BLOQUEIO PROXIMAL E DISTAL
6) LAVAGEM DA FERIDA OPERATÓRIA COM SF 0,9%
7) SUTURA + CURATIVO
8) A URPA

Data 28/07/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-889 Data: 30/07/2020
Boletim de Emergência (BE) - Modelo 03 NOME : Nattan Santos Rozendo De Oli

PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: FRANCISCO DE ASSIS DO NASCIMENTO

Data da Internação: 22/07/2020 **Data da Alta:30/07/2020**

Registro:2191527

Tempo de Permanência:-18466
Diagnóstico Inicial:FRATURA DE PATELA ESQUERDA

Diagnóstico Final:

Principais Exames:NÃO

Cirurgia:SUTURA DE TENDAO PATELAR TRANSOSSEA **Data:**

Equipe:
Cirurgião:ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES
Aux 1:NATTAN ROZENDO
Aux 2:
Aux 3:
Aux 4:
Anestesista:
Medicamentos:

Infecção F.O:NAO

Coleta de Material:NAO

Bacteriologia:NÃO

Anatomopatógico:NÃO

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações):PACIENTE EM BEG, SEM INTERCORRENCIAS

Orientações:ORIENTO A NÃO PISAR NO CHÃO COM O MEMBRO CIRURGIADO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MÉDICO

Medicações para Casa::CIPROFLOXACINO, DIPIRONA E XARELTO

Condições de Alta::Melhorado

Data30/07/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG — HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME	IDADE	SEXO	COR
Renan Carlos F. Barbosa	26	M	

DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
18/07/2004	140x90	90				

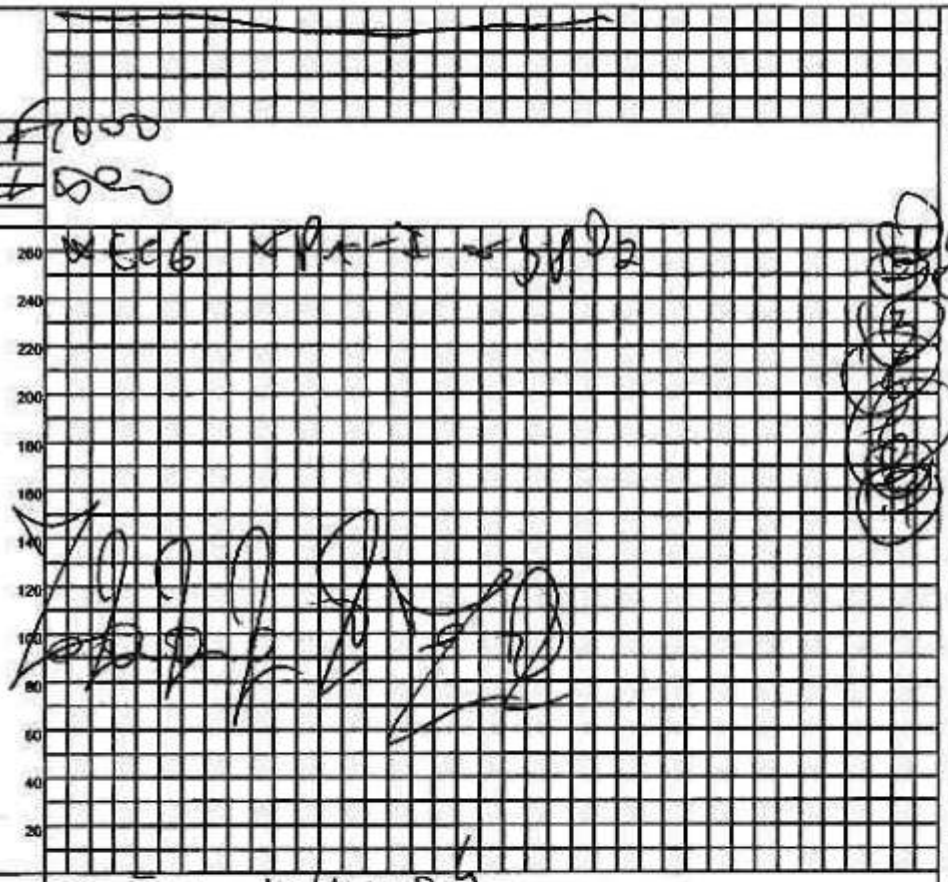
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
	URINA					

AP. RESPIRATÓRIO	ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO	ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO / DENTES / PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL / ATARAXICOS / CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Poli traumatismo	ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA / APLICADA ÀS	EFEITO	

AGENTES ANESTÉSICOS

LÍQUIDOS: SF 1000 / VEL 500

CÓDIGOS — VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: Início 10:00 h / Fim 11:30 h

INDUÇÃO

Satisf.: ____ Excit.: ____ Tosse: ____

Laringo espasmo: ____ Lenta: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

MANUTENÇÃO

Cefalina 26
Dipirona 26
Dexametasona
Cetoprofeno 30
Fentanil
Atracurio
Atracurio

ANESTESIA SATISF.: Sim ____ Não ____

Não, por quê? ____

DESPERTAR

Reflexos na SO: ____

Obstr.: ____ Co_2: ____ Excit.: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

Com cânula:

Paro o Leito Sim ____ Não ____

CONDIÇÕES:

POSIÇÃO	
AGENTES	Morfina 15 / Lidocaína 2% / Dimo F. 01
TÉCNICA	Raquia + Epidural + Bloqueio
OPERAÇÃO	Rep. Cir. Fémur + Limpeza Cirúrgica + Osteossíntese Ulna + Tratamentos Múltiplos
CIRURGIÕES	Rodrigo
ANESTESISTAS	Marcio

Número do Prontuário: 197536 DATA DA CIRURGIA: 18/07/2020

Número do Atendimento: 2189344 Clin: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Data da Internação: 18/07/2020

Atendimento:2189344

Diagnostico Pré-Operatório:FRATURA EXPOSTA DE FEMUR D + EXTENSO FERIMENTO MAO D + LESOES TENDINEAS MULTIPLAS MAO E

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia:TRACAO TE TIBIA + LIMPEZA + TENORRAFIAS Data da Cirurgia:18/07/2020

Equipe:
Cirurgião:RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES
Aux 1:
Aux 2:
Aux 3:
Instrumentador:
Anestesista:MARCIO ROSSANI FARIAS DE BRITO
Tipo de anestesia:RAQUI + SEDACAO

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:1-PCTE EM DDH ANESTESIADO; 2- ASSPESIA+ANTISSEPSIA +CAMPOS; 3- AMPLIAÇÃO DE EXPOSIÇÃO EM FEMUR + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS+ LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF09% + TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM TIBIA DIREITA; 4- LIMPEZA E SUTURA DE FERIMENTOS EM MAO DIREITA; 5- IDENTIFICADO LESÃO DE TENDOES EXTENSORES DO 2,3,4 QUIRODACTILOS ESQUERDOS; 6- TENORRAFIAS COM NYLON 3.0; 7-LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF E SUTURA .

Data 18/07/2020 **Assinatura/Carimbo**
João Paulo Oliveira Nunes

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOT: 12455
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II, Nº 429
CAMPINA GRANDE-PB

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Renan Carlos Ferreira Barbosa da Silva DN 26/06/1994

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
	Sala 03	SUS	26 anos	

CIRURGIA: TTO. em Sist. Locomotor MID + Suturas Na mão
CIRURGIÃO: Dr. Rodrigo
ANESTESIA: Raquianestesia
ANESTESIA: Dr. Martin
INSTRUMENTADORA:
DATA: 18-07-20
INÍCIO: 10:00
FIM: 12:50

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostomia		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Cateter p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	30	Cateter De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorf amp.		Compressa Grande		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples Sertix	
	Efrare ml		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno		Catgut Simples Sertix	
05	Fentanil ml		Dreno Kerr nº		Cera p/ osso	
	Ingrix ml		Dreno Penrose nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Macrogotas		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Prostigmine amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	05	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		Furacim ml		Fita cardíaca	
	Rupfen amp.	05	Gase Pacote c/ 10 unidades	05	Mononylon 2.0	
	Thionembutal ml		H.O. ml	06	Mononylon 3.0	
	Tracrium amp.		Intracath Adulto		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Vicryl Sertix	
	Flaxidil amp.	05	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fletocortid amp.	02	Luvas 8.0	01	Vicryl Sertix 3.0	
	Gentamicina amp.	02	Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Gluconato de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml		PVPI Degermante ml			
	Hepatrema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Mecrotinazol	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringer fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml		SG 5% 500 ml	
	Revvan amp.		Sonda	12	SF 0,9% 500 ml	
	Stuptanon amp.		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	01	Fio de Kirschner 1,5	
02	Cefazolina		Sonda Uretral nº			
01	Tramadol		Sterydrem ml			
01	Dipirona		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
02	Agulha desc. 25x7 40x12		Gelcon 18			
04	Agulha desc. 25x7		Latex			
	Agulha desc. 13x4.5	05	Luvas			
	Agulha p/ raque nº					
05	Álcool de Enfermagem 70%					
	Álcool Iodado ml					
06	Ataduras de Crepon 20x10					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					

EQUIPAMENTOS

- (X) Oxímetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- (X) Foco Frontal Fixo
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Oxicapiógrafo
- (X) Cardiomonitor
- (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Data da internação: 18/07/2020 Hora: 12:05:50

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 2189344
7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 26/06/1994
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: CLAUDIA MARIA FERREIRA
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 987582002
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA PEDRO GONCALVES DE SOUSA , 51 , MALVINAS
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO: 250400
15 - UF: PB
16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: ACIDENTE DE MOTO + TRAUMA EM FEMUR E MAOS.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: CIRURGIA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR D + LESAO TENDINEA MULTIP
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016278156268
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 18/07/2020
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

Dr. Rodrigo Porto Amorim
CRM-PB 6822 - Nº REGISTRO DO CONSELHO
DR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. COM PEDRO II, Nº 429 - ROT: 12455
CAMPINA GRANDE - PB

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIR

RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

FILIAÇÃO.....: SEVERINO DO RAMO BARBOSA DA SILVA
CLAUDIA MARIA FERREIRA

NASCIMENTO....: 26/06/1994 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB

DOCUMENTO.....: R.G. 3535846 SSDS PB 09/04/2007

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 118.357.674-94 CNH....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE/PB - 20/08/2012

Rubelio Barcellos Costa
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

166.23186.94-9

1752825 0040 PB

Renan Carlos Ferreira Barbosa da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

03

DENATRAN

MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE 00417866629

DETRAN - PB

Nº 01218336903

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RENAVAM 2016260000057-8

VIA	CÓD. RENAVAM		EXERCÍCIO
1	0034210486-1	00/00000000	2015

NOME: MARIA CLEONICE SOARES DE PAULA

CPF / CNPJ	PLACA
50423380478	OEU7888/PB

PLACA ANT / UF	CHASSI
NOVO PB	9C2KD0550BR030562

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
[illegible]	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES	2011	201

CAP / POT / CC	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA PAGO EM	26/02/2016	1ª
PAGO IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
*******	0	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	DPVAT (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
********	SEGURO	P A G O	30/11/20

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

LOCAL: ARARUNA-PB

DATA: 26/02/20 160

36633

Aristoti Chaves Sousa

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OEU7888

2015

****

Imprimir Consulta

OEU7888

PASSA / MOTOCICLET **ALCO/GASOL**

HONDA/NXR150 BROS ES **2011** **2011**

PARTICULAR **VERMELHA**

30/10/2020

ARARUNA **16/10/2020**

Último Licenciamento: **2015**
Proprietário: **********
Placa: **OEU7888**
Combustível: **ALCO/GASOL**
Marca/Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES**
Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**
Ano de Fabricação: **2011**
Ano Modelo: **2011**
Categoria: **PARTICULAR**
Cor Predominante: **VERMELHA**
Vencimento Licenciamento: **30/10/2020**
Observação:
Restrição:
Financeira:
Município:**ARARUNA**
Situação: **EM CIRCULACAO**
Data da Consulta:**16/10/2020**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200373041 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 18/07/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DA MÃO DIREITA E ESQUERDA.
FRATURA DO COLO E TAMBÉM DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO DIREITO.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 180°, extensão aos 45°, abdução aos 180°, adução aos 40°, rotação medial aos 90°, rotação lateral aos 70°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no ombro direito.

Resultados terapêuticos: TENORRAFIA DOS TENDÕES DAS MÃOS DIREITA E ESQUERDA SEM COMPLICAÇÕES.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS DO FÊMUR ESQUERDO AINDA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA SEM TRATAMENTO CIRÚRGICO ATÉ ESTA DATA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO DEVIDO SEQUELA DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA CRÔNICA

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/11/2020

Conduta mantida:

Observações: PACIENTE VITIMA DE FRATURA DO COLO E DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO AINDA EM ACOMPANHAMENTO ATÉ CONSOLIDAÇÃO PACIENTE COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA GRAU "V" SEM TRATAMENTO, APRESENTANDO DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO LESÕES DE MÚLTIPLOS TENDÕES DAS MÃOS DIREITA E ESQUERDA SEM SEQUELAS E COM TRATAMENTO JÁ CONCLUÍDO.
Nota do revisor: a vitima mantém tratamento médico devido a fratura de fêmur direito. Sugerimos reavaliação médica em 60 dias (MID).
Data e local do exame: 10/11/2020 - Campina Grande/PB

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 leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200373041 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 18/07/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO E DIÁFISE FEMURAL A ESQUERDA.(P-9)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(HASTE,PLACA,PARAFUSO,DEBRIDAMENTO,OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.
P-4-6-7-8-9-10-11-12-13-14

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200373041 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 18/07/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COLO E DIÁFISE FEMORAL ESQUERDA.(P-9) DIVERGÊNCIA NA LATERALIDADE.
TRAUMA EM MÃO ESQUERDA, COM LESÃO TENDÍNEA DO 2º, 3º E 4º EXTENSORES DOS QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. P12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(HASTE,PLACA,PARAFUSO,DEBRIDAMENTO,OSTEOSSÍNTESE - FÊMUR / TENORRAFIA MÃO ESQUERDA).
ALTA MÉDICA.
P-4-6-7-8-9-10-11-12-13-14

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P 10 - DOCUMENTO ACOSTADO NÃO PERTENCE À VÍTIMA.
DIVERGÊNCIA NA LATERALIDADE DO FÊMUR.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**42,5 %**	**R$ 5.737,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294930/20

Vítima: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA S

Data do acidente: 18/07/2020

CPF: 118.357.674-94

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA : 118.357.674-94

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: 19/10/2020
Nome: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA
CPF: 118.357.674-94

RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200373041 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 18/07/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DA MÃO DIREITA E ESQUERDA.
FRATURA DO COLO E TAMBÉM DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO DIREITO.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 180°, extensão aos 45°, abdução aos 180°, adução aos 40°, rotação medial aos 90°, rotação lateral aos 70°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no ombro direito.

Resultados terapêuticos: TENORRAFIA DOS TENDÕES DAS MÃOS DIREITA E ESQUERDA SEM COMPLICAÇÕES.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS DO FÊMUR ESQUERDO AINDA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA SEM TRATAMENTO CIRÚRGICO ATÉ ESTA DATA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO DEVIDO SEQUELA DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA CRÔNICA

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/11/2020

Conduta mantida:

Observações: PACIENTE VITIMA DE FRATURA DO COLO E DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO AINDA EM ACOMPANHAMENTO ATÉ CONSOLIDAÇÃO PACIENTE COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA GRAU "V" SEM TRATAMENTO, APRESENTANDO DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO LESÕES DE MÚLTIPLOS TENDÕES DAS MÃOS DIREITA E ESQUERDA SEM SEQUELAS E COM TRATAMENTO JÁ CONCLUÍDO.
Nota do revisor: a vitima mantém tratamento médico devido a fratura de fêmur direito. Sugerimos reavaliação médica em 60 dias (MID).
Data e local do exame: 10/11/2020 - Campina Grande/PB

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 leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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: 3200373041

Nome do(a) Examinado(a): RENAN CARLOS FERREIRA BARBOSA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pedro Gonçalves de Sousa, 51, , Campina Grande/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSDS/PB / 3535846

Data e local do acidente: 18/07/2020 - Campina Grande/PB

Data e local do exame: 10/11/2020 - Campina Grande/PB

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DA MÃO DIREITA E ESQUERDA. FRATURA DO COLO E TAMBÉM DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO. LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO DIREITO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TENORRAFIA DOS TENDÕES DAS MÃOS DIREITA E ESQUERDA SEM COMPLICAÇÕES. TRATAMENTO CIRÍRGICO DAS FRATURAS DO FÊMUR ESQUERDO AINDA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA SEM TRATAMENTO CIRÚRGICO ATÉ ESTA DATA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Exame físico prejudicado.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Em tratamento.

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 previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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 (*)

(X) "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Ombro Direito - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

PACIENTE VITIMA DE FRATURA DO COLO E DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO AINDA EM ACOMPANHAMENTO ATÉ CONSOLIDAÇÃO PACIENTE COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA GRAU "V" SEM TRATAMENTO, APRESENTANDO DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO LESÕES DE MÚLTIPLOS TENDÕES DAS MÃOS DIREITA E ESQUERDA SEM SEQUELAS E COM TRATAMENTO JÁ CONCLUÍDO.