

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 759457544-04 Nome completo da vítima: Aloisio Jonuário da Silva

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

Nome completo: Aloisio Jonuário da Silva CPF: 759457544-04

Profissão: Recusado Endereço: Rua das Siniquelas Número: 66 Complemento: casa

Bairro: Mucumagare Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58066-140

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (83) 87088728

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

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

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 020180 2

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

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Local e Data: João Pessoa 29/01/2020

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Aloisio Jonuário da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

**CAIXA**

POUPANÇA



603689 0010 45007 8365

ALOISIO JANUARIO DA SILVA

0036 013 00020180-2 05/21

**MasterCard**

**débito**

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

|                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                                                             |                 |                                                                                 |                                                                             |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Data: 11/09/19                                                                                                                                                                                                                                                | ID da Ocorrência: 2556614 | <input type="checkbox"/> USB<br><input type="checkbox"/> USA<br><input type="checkbox"/> MT | Nº / Equipe: 02 | Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite | Hora de Saída da Base: 14:50 Hs                                             | Hora de Chegada: _____ |
| Paciente / Usuário: Aluzio Januario da Silva                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                                             |                 | Idade: 48                                                                       | Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem | Telefone: _____        |
| Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro: _____               |                           |                                                                                             |                 |                                                                                 |                                                                             |                        |
| Logradouro: Quilada Valentina - Mangobeiro Valentina                                                                                                                                                                                                          |                           |                                                                                             |                 | Bairro: _____                                                                   | Médico Regulador: Amonio                                                    |                        |
| Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:                                                                                  |                           |                                                                                             |                 |                                                                                 |                                                                             |                        |
| Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro: _____ |                           |                                                                                             |                 |                                                                                 |                                                                             |                        |
| QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: _____                                     |                           |                                                                                             |                 |                                                                                 |                                                                             |                        |
| DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento                  |                           |                                                                                             |                 |                                                                                 |                                                                             |                        |
| Destino (Unidade Hospitalar): HEETSHL                                                                                                                                                                                                                         |                           |                                                                                             |                 | Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): _____                              |                                                                             |                        |

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |
| Motivo: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Hospital de Origem: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |
| <input type="checkbox"/> CAUSAS EXTERNAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Responsável: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito<br><input type="checkbox"/> Colisão carro x moto<br><input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto<br><input type="checkbox"/> Atropelamento por: _____<br><input type="checkbox"/> Colisão carro x carro<br><input type="checkbox"/> Capotamento<br><input type="checkbox"/> Outro: _____         | Hospital de Destino: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |
| <input type="checkbox"/> F.A.F.<br><input type="checkbox"/> F.A.B.<br><input type="checkbox"/> Agressão Física<br><input type="checkbox"/> Afogamento<br><input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____<br><input type="checkbox"/> soterramento / Desabamento<br><input type="checkbox"/> Choque Elétrico<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | Responsável: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>ANTECEDENTES</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> AIDS</td> <td><input type="checkbox"/> Doença Mental</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alcoolismo</td> <td><input type="checkbox"/> Doença Renal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AVC</td> <td><input type="checkbox"/> Droga</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Convulsões</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doença Cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa</td> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> Doença Mental | <input type="checkbox"/> Alcoolismo | <input type="checkbox"/> Doença Renal | <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Droga | <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores | <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios | <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa | <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo |
| <input type="checkbox"/> AIDS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Doença Mental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |
| <input type="checkbox"/> Alcoolismo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Doença Renal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |
| <input type="checkbox"/> AVC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Droga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |
| <input type="checkbox"/> Convulsões                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |
| <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |
| <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Quais? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                        |                                     |                                       |                              |                                |                                     |                                               |                                   |                                                   |                                          |                                                  |                                                    |                                                       |

1. DADOS VITAIS

P.A: 120x80 FC: 80 FR: 18 HGT: — SpO2 - S/O2: 98% SpO2 - C/O2: —

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) -EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: DOR AGUDA

Intervenções: Imobilizações de Membro, SSW, AUP

Evolução do Enfermeiro:

Paciente consciente e orientado, SSW estáveis, alívio da queda de moto, repõe alça em membro esquerdo e membros em membro esquerdo. Negado TCE.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

# 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: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ALOISIO JANUARIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000020180-2

---

Nr. da Autenticação A730DAE15834853E

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bônus para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica. N° 037.952.202



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.095.183 / 0301-40 Ins. Est. 16.815.823-8

## DADOS DO CLIENTE

ALOISIO JANUARIO DA SILVA  
RUA DAS SIRIGUELAS 66  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1016458-0

## REFERÊNCIA

JAN/2020

## APRESENTAÇÃO

24/01/2020

## CONSUMO

96

## VENCIMENTO

31/01/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 52,44

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 08309.172172 6 81510000005244

Pagador: ALOISIO JANUARIO DA SILVA CNPJ/CPF: 759.457.544-04

RUA DAS SIRIGUELAS 66 - MUCUMAGRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

| Nosso-Número      | Nr Documento    | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------------|------------|
| 31502440008309172 | 001016458202001 | 31/01/2020      | R\$ 52,44          |            |

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ALOISIO JANUARIO DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 03/08/71  
NOME DA MÃE MARIA DO CARMO GOMES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.189.412  
Nº PRONTUARIO 115.799  
DATA DO ATENDIMENTO 08/10/07  
HORA DO ATENDIMENTO 11/09/2019  
MOTIVO DO ATENDIMENTO 15:12  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO E  
CID 10 S 42.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta(queda), trazido pelo SAMU, apresentando queixa de dor em membro superior E (ombro), além de dor lombar. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da coluna lombar  
RX do ombro E - AP e Oblíquo  
RX do braço E - AP e P  
RX do antebraço E - AP e P

### TRATAMENTO:

Fratura da extremidadesuperior do úmero E ao RX. Sem alteração aos outros RX.Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. José Renná e Dr. Carlos Alberto da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 20/09/19  
DATA DA EMISSÃO: 21/01/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO  
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1189412



### Identificação do paciente

|                                              |                                                  |                               |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------|
| ID<br>640178                                 | Nome<br>ALOISIO JANUARIO DA SILVA                | Sexo<br>Masculino             |
| Data de nascimento<br>03/08/1971             | Idade<br>48 anos 1 mes 8 dias                    | Estado civil<br>UNIAO ESTAVEL |
|                                              | Religião<br>CATOLICA                             | Prontuário<br>75887           |
| Mãe<br>MARIA DO CARMO GOMES DA SILVA         | Pai<br>SILVIO JANUARIO DA SILVA                  |                               |
| Escolaridade<br>FUNDAMENTAL INCOMPLETO       | Responsável (Parentesco)<br>O MESMO - O MESMO(A) |                               |
| DDD Celular<br>83                            | Celular<br>86278580                              | DDD<br>Telefone               |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)            | Número documento<br>1497828                      | Nº Cns<br>124126483770007     |
| Local de procedência<br>VALENTINA FIGUEIREDO | Tipo<br>BAIRRO                                   | UF<br>PB                      |
| Email                                        | Naturalidade<br>SOUSA                            | CBO/R                         |

### Endereço

|                 |                                        |                      |                                                   |
|-----------------|----------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------|
| CEP<br>58058000 | Município de residência<br>JOAO PESSOA | UF/<br>PE            | Logradouro<br>PROFESSORA WANDA DE FARIAS COUTINHO |
| Número<br>584   | Complemento                            | Bairro<br>MANGABEIRA |                                                   |

### Admissão

|                                    |                                                  |                                       |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Data e Hora<br>11/09/2019 15:12:07 | Número da pulseira<br>1000007601209              | Convênio<br>SUS                       |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL    | Clínica                                          |                                       |
| Classificação de risco             | Origem do paciente<br>RESIDENCIA                 |                                       |
| Caráter de atendimento             | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>QUEDA / OUTROS |

### Indicadores e Transporte

|                            |                       |                           |               |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não       | Plano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>SAMU | Quem transportou      |                           |               |

### Sinais Vitais

|              |       |             |
|--------------|-------|-------------|
| PA<br>x mmHg | Pulso | Temperatura |
|--------------|-------|-------------|

### Exames complementares

|                                                                 |            |           |        |            |         |                     |
|-----------------------------------------------------------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|
| Raio X [ ]                                                      | Sangue [ ] | Urina [ ] | TC [ ] | Liquor [ ] | ECG [ ] | Ultrasonografia [ ] |
| <p>Verê seguindo para acidente de moto<br/>segue os exames.</p> |            |           |        |            |         |                     |
| Diagnóstico                                                     |            |           |        |            |         | CID                 |
| Atendido por<br>HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS                   |            |           |        |            |         | Tempo<br>64min      |

Imprimir



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucifora

ORTO



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEQUE

a trabalho

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

|                                          |                         |                                               |              |
|------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------|--------------|
| Paciente                                 | BAE                     | Data/Hora Entrada                             | Data Exame   |
| ALOISIO JANUARIO DA SILVA                | 1189412                 | 11/09/2019 15:12:07                           |              |
| Data de nascimento                       | Idade                   | Sexo                                          | Telefone de  |
| 13/08/1971                               | 48a 1m 8d               | Masculino                                     | Celular      |
|                                          |                         |                                               | 853.56278500 |
| Nome                                     |                         | CNS                                           | Profissão    |
| MARIA DO CARMO GOMES DA SILVA            |                         | 124126468770007                               | 75587        |
| Endereço                                 | Bairro                  | Município                                     | UF           |
| PROFESSORA WANDA DE FARIAS COUTINHO, 534 | MANGABEIRA              | JOAO PESSOA                                   | PB           |
| Acidente                                 | Motivo                  | Profissional                                  | N. CPM       |
| QUEDA / OUTROS                           | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS | 3257/PB      |
| Data/Hora Classificação                  |                         | Data/Hora Prescrição                          |              |
| 11/09/2019 15:12:07                      |                         | 11/09/2019 15:48:35                           |              |

## ANAMNESE

## Neurocirurgia ## -- Avalio paciente com historia de queda de moto, sem TCE. Negs dor cervical (x), Refere dor lombal. Exame físico: Pupilas isofoto, sem déficits focais. TC Coluna sem afecções neurocirúrgicas de urgência. Cdr. Oriento sinais de alarme. Alta da Residência de Ortopedia.

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS  
(CPM 3257/PB)

Boletim registrado por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 11/09/2019 15:15:07

NRC: 20:00 h.  
NRC: 20:07h

Dr. Higor Venomark  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 5489



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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGRE**

*o trabalho*

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

|                                                             |                                          |                                                                |                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------|
| Paciente<br><b>ALOISIO JANUARIO DA SILVA</b>                | SAE<br>1189412                           | Data/Hora Entrada<br>11/09/2019 10:12:07                       | CEP 58031090           |
| Data de nascimento<br>03/08/1971                            | Idade<br>48a 1m 8d                       | Sexo<br>Masculino                                              | CNS<br>124126486776007 |
| Mãe<br><b>MARIA DO CARMO GOMES DA SILVA</b>                 |                                          |                                                                |                        |
| Endereço<br><b>PROFESSORA WANDA DE FARIAS COUTINHO, 584</b> | Bairro<br><b>MANGABEIRA</b>              | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                                | UF<br><b>PB</b>        |
| Acidente<br><b>QUEDA / OUTROS</b>                           | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA</b> | CEP 58031090           |
| Data/Hora Classificação<br>11/09/2019 15:12:07              |                                          | Data/Hora Prescrição<br>11/09/2019 20:24:01                    |                        |

## ANAMNESE

#ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO EVOLUINDO COM DOR NO OMBRO ESQUERDO. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DO TUBERCULO MAIOR DO UMBRO ESQUERDO. CONDUTA: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO. SOLICITO PRE

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H. SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

APTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA. (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 160 - AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

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

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL. 1X AO DIA. (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM. PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. AGORA. 0,0 (MGTS/M) (OBSERVAÇÕES: SE > 160)

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H. SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

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

Diluir

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

## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

ELETROCARDIOGRAMA

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

ONOGRAMA

UREIA

## CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

## Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARE  
(CRM 15822)

DR. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIR. E ARTROSCOPIA DO JOELHO  
CRM-PB 8937 / TEOT 15822

Boletim registrado por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 11/09/2019 15:16:07



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE**

*o trabalho*

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

|                                                              |                                           |                                                     |                                              |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente:<br><b>ALOISIO JANUARIO DA SILVA</b>                | BAE:<br><b>1189412</b>                    | Data/Hora Entrada:<br><b>11/09/2019 15:12:07</b>    | Data Baixa:                                  |
| Data de nascimento:<br><b>03/08/1971</b>                     | Idade:<br><b>48a 1m 8d</b>                | CNS:<br><b>124126488770007</b>                      | Telefone de Contato:<br><b>(83) 86278580</b> |
| Mãe:<br><b>MARIA DO CARMO GOMES DA SILVA</b>                 | Sexo:<br><b>Masculino</b>                 |                                                     | Prontuário:<br><b>75887</b>                  |
| Endereço:<br><b>PROFESSORA WANDA DE FARIAS COUTINHO, 584</b> | Bairro:<br><b>MANGABEIRA</b>              | Município:<br><b>JOAO PESSOA</b>                    | UF:<br><b>PB</b>                             |
| Acidente:<br><b>QUEDA / OUTROS</b>                           | Motivo:<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional:<br><b>BENEDITO B RIBEIRO</b>          | Nº Cons. Regional:<br><b>11820/PB</b>        |
| Data/Hora Classificação:<br><b>11/09/2019 15:12:07</b>       |                                           | Data/Hora Prescrição:<br><b>11/09/2019 15:34:31</b> |                                              |

## **-NAMNESE**

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE APH, COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, REFERINDO QUEIXA DE DOR EM VÍZ- NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. AO EXAME: REG. LOTE, LAM E PALPAÇÃO DOLOROSA EM OMBRO E COTOVELO ESQUERDO. LOMBALGIA E PARESTESIA DE MMII. CD: ANALGESIA TC DE COLUNA LOMBAR RX DE OMBRO, CLAVICULA, BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQUERDO AVALIAÇÃO DA NCR AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA ALTA DA CIR GERAL.

## **MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: EM AD)  
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

## **EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR  
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)  
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA  
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO  
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

## **-ID10**

V28.4 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

## **Conduta**

Em observação

Enfermeiro

BENEDITO B RIBEIRO  
(CRM: 11820/PB)

Boletim registrado por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 11/09/2019 15:16:07



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGRE  
o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO  
BARLOLOMEU PINTO  
RABELO  
Em: 12/09/2019 07:43:23

|                                               |                                               |                                                 |                                          |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Nome<br><b>ALOISIO JANUARIO DA SILVA</b>      | Boletim de Atendimento<br><b>1189412</b>      | Data/Hora Entrada<br><b>11/09/2019 15:12:07</b> | Data/Hora Saída                          |
| Data de nascimento<br><b>03/08/1971</b>       | Idade<br><b>48</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                        | CNS<br><b>124126488770007</b>            |
| Tempo de Internação<br><b>10h 53min</b>       | Convênio<br><b>SUS</b>                        | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        | Prontuário<br><b>75887</b>               |
| Data de Entrada<br><b>11/09/2019 15:12:07</b> | Data Internação<br><b>11/09/2019 20:50:13</b> | Permanência na Unidade<br><b>16h 31min</b>      | Permanência no Leito<br><b>10h 53min</b> |

## EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARLOLOMEU PINTO RABELO - 12/09/2019 07:43:23)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, AGUARDANDO EXAMES PRÉ OP.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: JOAO BARLOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
o trabalho

INTERNO, S/N -  
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: ROSICLEIDE  
JUCA DE A ESTRELA  
Em: 13/09/2019 10:28:46

|                                               |                                               |                                                 |                                          |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Nome<br><b>ALOISIO JANUARIO DA SILVA</b>      | Boletim de Atendimento<br><b>1189412</b>      | Data/Hora Entrada<br><b>11/09/2019 15:12:07</b> | Data/Hora Saída                          |
| Data de nascimento<br><b>03/08/1971</b>       | Idade<br><b>48</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                        | CNS<br><b>124126488770007</b>            |
| Tempo de Internação<br><b>1d 13h 38min</b>    | Convênio<br><b>SUS</b>                        | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        | Prontuário<br><b>75887</b>               |
| Data de Entrada<br><b>11/09/2019 15:12:07</b> | Data Internação<br><b>11/09/2019 20:50:13</b> | Permanência na Unidade:<br><b>1d 19h 16min</b>  | Permanência no Leito:<br><b>3h 33min</b> |

## FISIOTERAPÊUTICA (ROSICLEIDE JUCA DE A ESTRELA - 13/09/2019 10:28:05)

### ESTADO GERAL

EVOLUÇÃO: REGULAR

### NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, COLABORATIVO

### AValiação RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

EVOLUÇÃO:

EXPANSIBILIDADE NORMAL

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

### SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AR AMBIENTE

### AValiação MOTORA

TÔNUS: NORMAL

DIMINUIDA: MSE

EVOLUÇÃO:

DOR: MSE

MARCA: PRESERVADA

### CONDUTA

EVOLUÇÃO: TERAPIA DE EXPANSÃO PULMONAR ATIVA, EXERCÍCIOS METABÓLICOS, EXERCÍCIOS ATIVO-LIVRE CERVICAIS, ORIENTAÇÕES GERAIS

OUTROS: PVD INSP FRAC 3T

OUTROS: SEDESTAÇÃO CAMINHADA

OBSERVAÇÕES:

AValiação, MOTO, FRAT.UMERO PROXIMAL E (SEM INDICAÇÃO)

Seção: HTOP - ENF 18

Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: ROSICLEIDE JUCA DE A ESTRELA



Número Conselho: 104693



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Impresso por: PAULO  
RIBEIRO DA SILVA  
Em: 12/09/2019 21:00:31

|                                               |                                               |                                               |                                                 |                            |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|
| Nome<br><b>ALOISIO JANUARIO DA SILVA</b>      |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1189412</b>      | Data/Hora Entrada<br><b>11/09/2019 15:12:07</b> | Data/Hora Saída            |
| Data de nascimento<br><b>03/08/1971</b>       | Idade<br><b>48</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                      | CNS<br><b>124126486770007</b>                   | Prontuário<br><b>75887</b> |
| Tempo de Internação<br><b>1d 10min</b>        |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                        | Plantão<br><b>NOTURNO</b>                       |                            |
| Data de Entrada<br><b>11/09/2019 15:12:07</b> | Data Internação<br><b>11/09/2019 20:50:13</b> | Permanência na Unidade:<br><b>1d 5h 48min</b> | Permanência no Leito<br><b>1d 10min</b>         |                            |

## APACHE

Nenhum registro encontrado

## EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (PAULO RIBEIRO DA SILVA - 12/09/2019 21:00:31)

### AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

### PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS

### VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

### AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

### TOSSE

TOSSE: AUSENTE

### AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: V.O.

### AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

### AVALIAÇÃO GENITO-URINÁRIO

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

### MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM MS, CATETER VENOSO EM MS

### MEMBROS - LOCOMOÇÃO

EVOLUÇÃO: DEAMBULA



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HTOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HTOP

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Albino Januário da Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1189412

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fm ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS RESOLVÍVEIS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☒ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

B-Braun / TMC Cx. 4,5 + 3,5 Canulado - 150 aberto

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

01 parafuso canulado 4,5 N° 40 - R 16 não foi utilizado  
01 " " " 4,5 N° 40 - R 32 material  
02 anilhas 02 fios de Kirschner 2,0 - usado  
02 agulha de plexo A 100 - B-Braun + A 25 - usado

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF



# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Alexsandro Januário da Silva BE/Prontuário: 1189412  
Idade: 48 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 17 / 09 / 19  
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Tratamento cirúrgico da fratura do tubérculo maior  
Cirurgião: Dr. Renner 1º Assistente: Dr. Carlos  
2º Assistente: Dr. Saulo 3º Assistente: U.D.J. Jorg  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Rossana  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório                 | CID |
|--------------------------------------------|-----|
| <u>Fratura do tubérculo maior esquerdo</u> |     |
|                                            |     |
|                                            |     |
|                                            |     |
|                                            |     |
|                                            |     |

| Procedimentos Cirúrgicos                                           | Código |
|--------------------------------------------------------------------|--------|
| <u>Tratamento cirúrgico da fratura do tubérculo maior esquerdo</u> |        |
|                                                                    |        |
|                                                                    |        |
|                                                                    |        |
|                                                                    |        |

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biópsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Jorge Lima  
CRM: 1189412

João Pessoa, 17 / 09 / 19



**NOME DO PACIENTE** Aloísio Januário da Silva  
**IDADE** 48 A **SEXO** M **HÓSPICIO** ENFERMARIA 18 **LEITO** 03  
**CIRURGIA** Cirúrgico Fratura do Tubérculo maior do Úmero (E)  
**CIRURGIÃO** Drº Renner + Drº FAUS  
**ANESTESIA** Bloqueio + Sedação  
**ANESTESISTA** Drº João  
**INSTRUMENTADOR** / /  
**DATA** 17/09/19 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIAR** 14:00 → 16:00 **Cirurgia =** 14:15  
**ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)**  
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )  
**GRAU DE CONTAMINAÇÃO** ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS | QTD.                  |                             | MATERIAIS CONT.             | QTD. | FIOS                    |
|------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|------|-------------------------|
| ALFENTANILA            |                       |                             | JELCO Nº18                  |      | FIO CAT GUT CROMADO     |
| BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA  | SRL 500               | ✓                           | JELCO Nº20                  |      | FIO CAT GUT CROMADO     |
| BUPIVACAÍNA PESADA     |                       |                             | JELCO Nº22                  |      | FIO DE AÇO N°           |
| CETAMINA               | SF 500                | ✓                           | JELCO Nº24                  |      | FIO DE AÇO N°           |
| DROPERIDOL             |                       |                             | KIT SIST. DIEN. TORAXICA N° |      | FIO DE NYLON N°         |
| ETOMIDATO              | SOLUÇÕES              | QTD.                        | LÂMINA BISTURI Nº11         |      | FIO DE NYLON N° 3.0     |
| FENOBARBITAL           | ALCOOL ETILICO 70%    | ✓                           | LÂMINA BISTURI Nº15         |      | FIO DE NYLON N°         |
| FENTANILA              | PVPI DEGERMANTE       | ✓                           | LÂMINA BISTURI Nº23         |      | FIO POLIGLACTINA N° 1 I |
| FLUMAZENIL             | PVPI TINTURA          | ✓                           | LÂMINA BISTURI Nº24         | L    | FIO POLIGLACTINA N°     |
| ISOFLURANO             | PVPI TOPICO           |                             | LÂMINA DE DERMA TOMO        |      | FIO POLIGLACTINA N°     |
| LEVOBUPIVAÍNA C/VASO   | SABÃO ANTISEPTICO     |                             | LÂMINA DE ENXERTO           |      | FIO POLIPROPILENO N°    |
| LEVOBUPIVAÍNA S/VASO   | MATERIAIS             | QTD.                        | LUVA DE PROCEDIMENTO PAR    |      | FIO POLIPROPILENO N°    |
| LIDOCAÍNA C/VASO       | AGULHA 13X4,5         |                             | LUVA ESTÉRIL Nº7,0          |      | FIO POLIPROPILENO N°    |
| LIDOCAÍNA S/VASO       | AGULHA 25X07          |                             | LUVA ESTÉRIL Nº7,5          | □    | FIO POLIGLACTAPRINE N°  |
| MIDAZOLAM              | AGULHA 25X08          | L                           | LUVA ESTÉRIL Nº8,0          | L    | FIO SEDA N°             |
| MORFINA                | AGULHA 40X12          | I                           | LUVA ESTÉRIL Nº8,5          |      | FITA CARDIACA           |
| NIMBILUM               | AGULHA PERIDURAL Nº16 |                             | MASCARA CIRURGICA           | OK   | MATERIAL ESPECIAL QTD.  |
| PANCURÔNIO             | AGULHA PERIDURAL Nº17 |                             | MULTIVIAS                   |      | CATETER DE PIC          |
| PETIDINA               | AGULHA PERIDURAL Nº18 |                             | PERFORADOR DE SORO          | I    | CIMENTO CIRURGICO       |
| PROPORFOL              | AGULHA RAQUI Nº25G    |                             | SCALP Nº10                  |      | CLIP TITANIO LIGADURA   |
| RANIFENTANILA          | AGULHA RAQUI Nº26G    |                             | SCALP Nº21                  |      | FIO DE KIRSCHNER Nº15-1 |
| ROCURÔNIO              | AGULHA RAQUI Nº27G    |                             | SERINGA 3ML                 |      | FIO DE KIRSCHNER Nº20-1 |
| SEVOFLURANO            | ALGODÃO ORTOPEDICO    |                             | SERINGA 5ML                 |      | FIO STEINMAN Nº 10 I    |
| SUXAMETÔNIO            | ATADURA DE CREPOM     |                             | SERINGA 10ML                | L    | FIO STEINMAN N°         |
| Tiopental              | ATADURA GESSADA       |                             | SERINGA 20ML                | L    | GRAMPEADOR CIRURGICO    |
| MEDICAÇÕES             | QTD.                  | BOLSA P/ COLOSTOMIA         | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8     |      | HEMOST. ABSORVIVEL      |
| ADRENALINA             |                       | CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº  | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10    |      | KIT DERIVA VENTRICULAR  |
| AGUA DESTILADA         | L                     | CATETER DE OXIGÊNIO         | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12    |      | PROTESE VASCULAR        |
| ATROPINA               |                       | CATETER EMBOLEC ARTERIAL N° | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14    |      | KIT PAM                 |
| BEXTRA                 |                       | CATETER EPIDURAL Nº16       | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16    |      | FIXADOR EXTERNO         |
| CEFZOLINA              | L                     | CATETER EPIDURAL Nº17       | SONDA FOLEY 2VIAS Nº12      |      | EMPRESA                 |
| DEXAMETASONA           | I                     | CATETER EPIDURAL Nº18       | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14      |      | TMC                     |
| DIPIRONA SÓDICA        | L                     | CERA PARA OSO               | SONDA NASOG. CURTA          | OI   | PARAFUSOS para unido m  |
| EFDRIANA               |                       | COLET. URINA FECHADO        | SONDA NASOG. LONGA          | OI   | PARAFUSOS para unido m  |
| FUROSEMIDA             |                       | COMPRESSAS CIRURGICAS       | SONDA URETRAL N°            |      | PARAFUSOS RESPONSIVO    |
| GLICOSE 50%            |                       | COMPRESSAS CIRURGICAS       | TORNUEIRINHA                |      | PARAFUSOS RESPONSIVO    |
| GLUCONATO DE CALCIO    |                       | DRENO DE PENROSE            | TUBO ENDOTRAQUEAL N°        |      | PARAFUSOS MAL BOLAI     |
| HIDROCORTISONA         |                       | DRENO DE SUCCÃO             | TUBO ENDOTRAQUEAL N°        |      | PARAFUSOS MAL BOLAI     |
| LIDOCAÍNA GELEIA       |                       | ELETRODOS                   | TUBO ENDOTRAQUEAL N°        |      | PLACA                   |
| ONDASCENTRONA          |                       | EQUIPO MACROGOTAS           | TUBO SILICONE ILATEXI       | I    | PLACA                   |
| PLASIL                 |                       | EQUIPO TRANSF. SANGUE       |                             |      | CR-4.5 Canilach         |
| PROSTIGMINE            |                       | EQUIPO MICROGOTAS           |                             |      | EQUIPAMENTOS            |
| PROTAMINA              |                       | ESPONJA DE PVPI             | FIOS                        | QTD. | ( ) ASPIRADOR           |
| TENOXICAN              |                       | ESPACADRAPO                 | FIO ALGODÃO S/A N°          |      | ( ) BISTURI ELETRICO    |
| Cetoprafeno            | I                     | GAZES                       | FIO ALGODÃO S/A N°          |      | ( ) ECANOGRAPHO         |
|                        |                       | GAZES ALGODOADAS            | FIO ALGODÃO C/A N°          |      | ( ) CARDIOMONITOR       |
|                        |                       | GEL ELETROLITICO            | FIO ALGODÃO C/A N°          |      | ( ) DESFIBRILADOR       |
|                        |                       | JELCO Nº14                  |                             |      | ( ) FOCO AUXILIAR       |
|                        |                       | JELCO Nº16                  |                             |      | ( ) FOCO CENTRAL        |
|                        |                       |                             |                             |      | ( ) MICROSCOPIO         |
|                        |                       |                             |                             |      | ( ) OXIMETRO DE PULS    |
|                        |                       |                             |                             |      | ( ) PA INVASIVA         |
|                        |                       |                             |                             |      | ( ) PERF. T. ADD. ELET  |
|                        |                       |                             |                             |      | ( ) SERRIA              |
|                        |                       |                             |                             |      | CIRCULANTE              |



# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/09/19

PRONTUÁRIO

1189412

PACIENTE:

Mário Fomário da Silva

SEXO: M

COR:

IDADE: 48

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 71 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VAM

AP. RESPIRATÓRIO

usável

AP. CIRCULATÓRIO

usável

AP. DIGESTIVO

Usem > 8h

ESTADO MENTAL

LORE

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura do úmero maior do úmero (E)

CIRURGIA REALIZADA

Artroscopia de fratura do úmero maior do úmero (E)

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA

14:00h

TÉRMINO DA ANESTESIA

16:00h

DURAÇÃO DA ANESTESIA

2h

CODIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA

Dr. João +

CPF

CRM-PB

AGENTE SHORA

Dr. Nelly HST

QUANT.

80ml 80ml 80ml

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

RESERVA

☐ ANESTESIA GERAL

☐ RAQUIDIANA

☐ EPIDURAL

☒ BLOC PLEXO

☐ BLOC NERVOS

☐ OUTROS

Bloqueio do plexo braquial + sedação.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Propofol 0,33% 60ml
2. Lidocaína 1,5% 60ml
3. Midazolam 2,5mg
4. Fentanil 50mcg + 100mcg
5. Propofol 50mg
6. Glaxoprina 1g
7. Dexametasona 10mg
8. Dipriona 1g
9. Etiofeno 100mg

SERVIÇOS IMPORTANTES

Monitorização: ANP um HD Oxiatorox 18G. (Artroscopia) da úmida  
cintura anterior, el a leal a 10% + agulha 25mm + auxílio de neuro  
ultrassom + unidade uter (1) e (2). 8% Interopineais.

Assinatura do Anestesiologista  
Mário Fomário da Silva  
CRM-PB 1189412

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Paciente em DD F, dorso em "cadeira de pau" e cubito
- Assupção da campainha cirúrgica

### Incisão:

Via acesso transda torção

### Achados:

Fratura do tubérculo menor

### Conduta:

- Redução direta da fratura com auxílio da fio guia (K. (02) nº 2,0)
- Fixação da fratura comulada  $\begin{matrix} 4,5 & \text{nº} & 48 \\ 4,5 & \text{nº} & 40 \end{matrix}$
- Revisão da hemostasia
- LMC cl SF 0,9%

### Fechamento:

Sutura per glom  
curativo estéril

### Observação:

Re da condro le

Jorge Pinheiro  
Médico  
CRM-PB: 2278

João Pessoa, 17 / 09 / 19

Médico/CRM:





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

### - IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( ) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### - DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

VALORES DE INDENIZAÇÃO  
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

DATA

NOME

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054009/20

**Vítima:** ALOISIO JANUARIO DA SILVA

**CPF:** 759.457.544-04

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/09/2019

**Titular do CPF:** ALOISIO JANUARIO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ALOISIO JANUARIO DA SILVA : 759.457.544-04**

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](http://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: 10/02/2020  
Nome: ALOISIO JANUARIO DA SILVA  
CPF: 759.457.544-04

ALOISIO JANUARIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

---

**Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200066299**

**Vítima: ALOISIO JANUARIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ALOISIO JANUARIO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200066299

Vítima: ALOISIO JANUARIO DA SILVA

Data do Acidente: 11/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALOISIO JANUARIO 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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ALOISIO JANUARIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 00000020180-2

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200066299 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALOISIO JANUARIO DA SILVA **Data do acidente:** 11/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO. P1.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P11,12,13,14.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 759457544-04 Nome completo da vítima: Aloisio Jonuário da Silva

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

Nome completo: Aloisio Jonuário da Silva CPF: 759457544-04  
Profissão: Recuso Endereço: Rua das Siniquelas Número: 66 Complemento: coxa  
Bairro: Mucumagogu Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58066-140  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (83) 87088728

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

### RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 020180 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa 29/01/2020  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Aloisio Jonuário da Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

**CAIXA**

POUPANÇA



603689 0010 45007 8365

ALOISIO JANUARIO DA SILVA

0036 013 00020180-2 05/21

**MasterCard**

**débito**



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01271.01.2020.1.00.401**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01271.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:44 horas do dia 03 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Aloísio Januário da Silva**, CPF nº 759.457.544-04, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Garçom, filho(a) de Maria do Carmo Gomes da Silva e Silvio Januario da Silva, natural de Sousa/PB, nascido(a) em 03/08/1971 (48 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Seriguelas, Nº 66, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho Mendes., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98770-6771.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Professora Wanda de Farias Coutinho, Curva da Saída do Bairro de Nova Mangabeira., João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/09/19 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 11/09/2019 por volta das 14:30 horas quando transitava, pela RUA PROFESSORA WANDA DE FARIAS COUTINHO; Mangabeira; João Pessoa-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 150 TITAN EX ano e modelo: 2014/2015, de cor vermelha de placa: QFI2530/PB CHASSI: 9C2KC1660FR020774 pertencente ao Sr. Genival Ribeiro da Silva; portador do CPF: 798.548.424-87; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando na curva da saída do bairro Nova Mangabeira derrapou em decorrência da existência de água e óleo na pista, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo pelo SAMU para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA nº 1.189.412, FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO ESQUERDO, CID S 42.2 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM 2516/PB.

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.

João Pessoa/PB, 03 de fevereiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

ALOÍSIO JANUÁRIO DA SILVA  
Noticiante