
Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138432

Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 31/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

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 joelho 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: **JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000003439-8**

Conta: **0000012901-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138432

Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 31/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 15/07/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210138432 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 31/12/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO. P.7/9/15/17

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO 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 JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha (s) tipo(s) de cobertura: DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do Início ou Fim: 01873120421 3 - CPF da vítima: 01873120421 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ LEITE DE OLIVEIRA NETO

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

5 - Nome completo: JOSÉ LEITE DE OLIVEIRA NETO 6 - CPF: 01873120421

7 - Profissão: COZINHEIRO 8 - Endereço: AV. TEÓFILO OBTURADOR DE MENEZES, 410 - COZINHEIRO

11 - Bairro: COZINHEIRO 12 - Cidade: JARDIM BOTANICAL 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 28023-360 15 - E-mail: jose.leite@neto.com.br

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECURSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 A R\$1.500,00 R\$1.501,00 A R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: AGENCIA: 3438 CONTA: 0012801 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perdas para fins de Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por inválidez permanente, com base na documentação médica apresentada som a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Solteiro Casado (no CNJ) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar nascimentos: Sim Não 30 - Vítima deixou natureza (valor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Esta declaração de que a Seguradora Líder pagar, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentaram e provarem esta condição, estando de acordo, 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 259 do Código Penal.

34 NÃO ALFABETIZADO

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

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

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

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

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jardim Botânico, 05.05.21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Leite de Oliveira Neto

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHAS

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

DADOS CADASTRAIS



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05810.01.2021.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05810.01.2021.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:44 horas do dia 22 de abril de 2021, 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 Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por Gêrusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **José Leite de Oliveira Neto**, CPF nº 018.771.204-21, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, profissão Superviso de Logística, filho(a) de Hermina Leite de Oliveira e Franciso Antonio de Oliveira, natural de Pombal/PB, nascido(a) em 17/09/1973 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua. Ricardo Soares de Sousa Neto, Nº 409, complemento BLOCO-23, QD-59, APTº101, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Próximo a Caixa Dagua da Cagepa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98764-2516.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua . Antonia Alves de Souza, Não Sabe Informar, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/12/20 19:46h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 31/12/2020, POR VOLTA DAS 19H46MIN, VINHA PILOTANDO NA RUA. ANTONIA ALVES DE SOUZA, COLINAS DO SUL, NA MOTO DE MARCA-HONDA/NXR150 BROS ES, DE COR-VERMELHA, ANO-2006/2006, DE PLACA-MNP0853/PB, CHASSI-9C2KD03306R021570, DE PROPRIEDADE DA PESSOA ANDRE DA SILVA SANTOS, CPF-081.497.054-06, QUANDO EM DADO MOMENTO, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, MOTOXMOTO, A MOTO COLIDIU NA LATERAL DIREITA DA MOTO DA VÍTIMA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, NO MESMO DIA, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, DE ACORDO COM O CID 10 S82.1, LAUDO MEDICO ASSINADO PELO DRº JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM: 2329/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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 22 de abril de 2021.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


JOSÉ LEITE DE OLIVEIRA NETO
Noticiante

Procedimento Policial: 05810.01.2021.1.00.401



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha (s) tipo(s) de cobertura: DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do Início ou ASL: 01873120421 3 - CPF da vítima: 01873120421 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ LEITE DE OLIVEIRA NETO

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

5 - Nome completo: JOSÉ LEITE DE OLIVEIRA NETO 6 - CPF: 01873120421

7 - Profissão: COZINHEIRO 8 - Endereço: AV. TEÓFILO OBTURADOR DE MENEZES, 410

11 - Bairro: PUCARANA 12 - Cidade: JARDIM BOTANICAL 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 28023-360 15 - E-mail: joseleite@neto.com.br

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECURSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000,00 R\$1.000,00 ATÉ R\$1.500,00 R\$1.500,00 ATÉ R\$2.000,00 R\$2.000,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.500,00 ATÉ R\$3.000,00 ACIMA DE R\$3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: AGÊNCIA: 3438 CONTA: 0012801 CONTA: 0012801

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Solteiro Casado (no CNJ) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar nascimentos: Sim Não 30 - Vítima deixou nascimentos? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou diante de quem a Seguradora Líder pagar, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentaram 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 259 do Código Penal.

34 NÃO ALFABETIZADO

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

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

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

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

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JARDIM BOTANICAL 05.05.21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOSÉ LEITE DE OLIVEIRA NETO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

DADOS CADASTRAIS



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
JOÃO PESSOA - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 2104/014 **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2983910, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO**, idade 47 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão Moto x Moto)** no dia 31/12/2020, na Rua Antônia Alves de Souza, Bairro: Colinas do Sul- Joao Pessoa-PB, aproximadamente às 19h46min, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Murty (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 16 de Abril de 2021.

Alisson da Silva Monte
AGENTE ADM/SAME/SAMU
Mat: 62923-5

Alisson da Silva Monte
Mat: 62923-5
Agente Administrativo do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO
DATA DE NASCIMENTO	17/09/73
NOME DA MÃE	HERMINIA LEITE DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	21.064
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.279.052
DATA DO ATENDIMENTO	01/01/21
HORA DO ATENDIMENTO	00:04
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
CID 10	S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, procedente de outro serviço, com trauma em joelho esquerdo. Dor e deformidade em joelho esquerdo. Presença de fratura de platô tibial esquerdo. Internação para cirurgia. Operado. Evoluiu bem.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de platô tibial esquerdo

TRATAMENTO:

Tratamento cirurgico de fratura de platô tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	13/01/21
DATA DA EMISSÃO:	28/02/21


Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sempre todos
PARAIBA
Governador do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1279052



Identificação do paciente						
ID 220583	Nome JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO	Sexo Masculino				
Data de nascimento 17/08/1973	Idade 47 anos 6 meses 16 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião Prontuário 21084			
Mãe HERMINA LEITE DE OLIVEIRA	Pai FRANCISCO ANTONIO DE OLIVEIRA		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
Escolaridade	DDD		Telefone			
DDO Celular 00	Calculador 00000000	Número documento Nº Cns 700502924661562				
Tipo documento	UF PB		UF PB			
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Naturalidade CONDADO		CBO/R			
Endereço						
CEP 58068370	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RICARDO SOARES DE SOUZA NETO			
Número 408	Complemento		Bairro GRAMAME			
Admissão						
Data e Hora 01/01/2021 00:04:14	Número da pulseira 100006906367	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou NAO INFORMADO					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	EKG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARIA DE LOURDES SANTANA DOS SANTOS						Tempo

Imprimir



Documento de Alta

Nome: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO		Sexo: Masculino	Número Prontuário: 21084	
Data de Nascimento: 17/06/1973	Idade: 47A 8M 15D	Data de Internação: 01/01/2021 03:20:07	Data de Alta: 13/01/2021 07:36:23	BAE: 1279052
Mãe: HERMINA LEITE DE OLIVEIRA				
Endereço: RUA RICARDO SOARES DE SOUZA NETO, 409		Bairro: GRAMAME	Município: JOÃO PESSÓA	UF: PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA				
Conduta: ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM HISTORIA DE FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO NO 1 DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS.				
Resumo da Internação: PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DO PLATO TIBIAL E SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS. AO EXAME: FO SOB CURATIVO				
Resultado de Exames: RX DE CONTROLE REALIZADO HB12/01: 15				
Tratamento: 1 DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO REALIZADO POR DR. GLAUBER NOVAIS EM 01/01/2021				
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia				
Recomendações: ORIENTAÇÕES GERAIS + ANALGESIA + ANTIBIOTICOPROFILAXIA + RETORNO NO ATP + CURATIVO DIARIO + XARELTO.				

Data: 13/01/2021

Dr. Thaysa Costa
Médica
CRM: 12.799

THAYSA DE SOUSA COSTA
CRM: 12799 - PB

Dr. Thaysa Costa
Médica
CRM: 12.799



Identificação do paciente						
ID 220563	Nome JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO			Sexo Masculino		
Data de nascimento 17/06/1973	Idade 47 anos 7 meses 1 dia	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião	Prontuário 21064		
Mãe HERMINA LEITE DE OLIVEIRA			Pai FRANCISCO ANTONIO DE OLIVEIRA			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - () MESMO(A)			
DDD Celular 00	Celular 951550928	DDD		Telefone		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 71 0502924881552				
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)		Tipo UNIDADE SAUDE	UF PB			
E-mail	Naturalidade CONDADO	C30/R				
Endereço						
CEP 56068370	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FICARDO SOARES DE SOUZA NETO			
Número 409	Complemento	Bairro GRAMAME				
Admissão						
Data e Hora 01/01/2021 00:04:14	Número da pulseira 100006906367		Convênio SIUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica				
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Vão de ambulância Não		Trauma Não		
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou NAO INFORMADO				
Vitals						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARIA DE LOURDES SANTANA DOS SANTOS						Tempo 025seg

Imprimir



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

Paciente JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO	BAE 1279052	Data/Hora Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data Baixa
Data de nascimento 17/06/1973	Idade 47a 6m 15d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe HERMINA LEITE DE OLIVEIRA		CNS 700501924661592	Prontuário 21084
Endereço RICARDO SOARES DE SOUZA NETO, 409	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PELIPE TAVARES SENA	Nº Cons. Regional 5348/PB
Data/Hora Classificação 01/01/2021 00:04:14		Data/Hora Prescrição 01/01/2021 02:33:03	

ANAMNESE

PACIENTE ENCAMINHADO DE OUTRO SERVIÇO PARA SE SUBMETER A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOL EXAMES + PRÉOP

DIETA

DIETA LIVRE, via ORAL

MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA, Administrar 10,0 ML via E.V., 6/6H

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA, Administrar 10,0 ML via E.V., 8/8H, (Observações:: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML), Administrar 4,0 ML via E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), Administrar 1500,0 ML via E.V., 24H

ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, Administrar 40,0 ML via S.C., 1X AO DIA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), Administrar 100,0 ML via E.V., 8/8H, (Observações:: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), Administrar 2,0 ML via E.V., 8/8H

DMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE, Administrar 40,0 MG via E.V., 1X AO DIA

ETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA), Administrar 1,0 ML via E.V., 8/8H

CAPTOPRIL 25 MG, Administrar 25,0 MG via ORAL, ACM, se necessário SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (Dose Máxima Diária: 4,0)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), Administrar 30,0 ML via E.V., ACM, se necessário SE HGT<60 (Dose Máxima Diária: 3,0)

CUIDADOS

CURATIVO, (Observações:: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

ELETROCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

1 - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (Observações:: TROCA DE TALA DIÁRIA EM CASO DE FERIMENTO, OBRIGATORIO!!!)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)
UREIA
IDNOGRAMA

CID10

S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

FELIPE TAVARES SENA
(5349/PB)

Boletim registrado por: MARIA DE LOURDES SANTANA DOS SANTOS em 01/01/2021 00:04:16



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



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

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
Em: 06/01/2021 14:27:40

Nome JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO		Boletim de Atendimento 1279052	Data/Hora Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/06/1973	Idade 47	Sexo Masculino	CNS 700502924861552	Prontuário 21064
Tempo de Internação 5d 11h 7min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data Internação 01/01/2021 03:20:07	Permanência na Unidade: 5d 14h 23min		Permanência no Leito: 5d 4h 3min

EVOLUÇÃO MEDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 06/01/2021 14:27:34)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, ESTÁVEL E SEM QUEIXAS.
AO EXAME: EM USO DE TALA INGUINOPODALICA A ESQUERDA.

EXAMES REALIZADOS E RISCO CARDÍACO CLASSE I / GRAU II.

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO.

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho:

12799

Ass. Thaysa de Sousa Costa
06/01/2021 14:27:34



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



Santa Tulas
PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA DRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESQUEIRA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593252

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
Em: 07/01/2021 09:40:17

Nome JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO		Boletim de Atendimento 1279052	Data/Hora de Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/06/1973	Idade 47	Sexo Masculino	CNS 700502124661552	Prontuário 21064
Tempo de Internação 6d 6h 20min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data Internação 01/01/2021 03:20:07	Permanência na Unidade: 6d 9h 36min	Permanência no Leito: 5d 23h 16min	

EVOLUÇÃO MÉDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 07/01/2021 09:40:12)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. EVOLUI SEM QUEIXAS.
AO EXAME: EM USO DE TALA INGUINOPODALICA A ESQUERDA

EXAMES REALIZADOS E RISCO CARDÍACO CLASSE I / GRAU II.

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO.

Seção: POSTO 1B - ENF 08 Leito: LEITO - 003
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho: 12799

Dra. Thaysa de Sousa Costa
CRM: 12.799



Nome	JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO		Boletem de Atendimento	1279052	Data/Hora Entrada	01/01/2021 00:04:14	Data/Hora Saída		
Data de nascimento	17/06/1973	Idade	47	Sexo	Masculino	CNS	700502924681552	Profissão	21084
Tempo de Internação	7d 3h 57min		Convênio	SUS		Plantaão	DIURNO		
Data de Entrada	01/01/2021 00:04:14		Permanência na Unidade:	7d 7h 15min		Permanência no Leito:	6d 20h 53min		

EVOLUÇÃO MÉDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 06/01/2021 07:16:55)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, EVOLUI SEM NOVAS QUEIXAS

AO EXAME: EM USO DE TALA INGUINO-PODÁLICA A ESQUERDA

EXAMES REALIZADOS E RISCO CARDIACO CLASSE I / GRAU II

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Sessão: POSTO IB - ENF 08 Leito: LETO - 003
 Profissional responsável pela Informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Dr. Thaysa Costa
 Médica
 CRP. 03. 12.799

Numero Conselho: 12798



Nome JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO		Boletim de Atendimento 1279052	Data/Hora Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/06/1973	Idade 47	Sexo Masculino	CNS 700502924661552	Prontuário 21064
Tempo de Internação 12d 4h 19min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data Internação 01/01/2021 03:20:07	Permanência na Unidade: 12d 7h 35min		Permanência no Leito: 15h 19min

EVOLUÇÃO MÉDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 13/01/2021 07:35:19)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

#1 DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO REALIZADO POR DR. GLAUBER NOVAIS SEM INTERCORRÊNCIAS

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTÓ, APRESENTANDO FRATURA DO PLATO TIBIAL E SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS.

AO EXAME: FO SOB CURATIVO
RX DE CONTROLE REALIZADO.
HB12/01: 15

CD: ALTA HOSPITALAR+ ORIENTAÇÕES GERAIS + ANALGESIA + ANTIBIOTICOPROFILAXIA + RETORNO NO ATP + CURATIVO DIARIO + XARELTO.

Seção: POSTO IB - ENF 03 Leito: LEITO - 093
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho: 12789

ALTA MÉDICA

ALTA MÉDICA

USUÁRIO:

THAYSA DE SOUSA COSTA

DATA E HORA:

13/01/2021 07:36:23

MOTIVO DA ALTA:

ALTA MEDICA

CONDUTA:

ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM HISTORIA DE FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO NO 1 DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LIBRICA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031080
Tel: 32169700 - CNES: 2593262

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
Em: 05/01/2021 06:32:38

Nome JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO		Boletim de Atendimento 1279052	Data/Hora Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/08/1973	Idade 47	Sexo Masculino	CNS 700502924661652	Prontuário 21084
Tempo de Internação 4d 3h 12min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data Internação 01/01/2021 03:20:07	Permanência na Unidade: 4d 6h 26min		Permanência no Leito: 3d 20h 8min

EVOLUÇÃO MEDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 05/01/2021 06:32:33)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTÓPEDIA

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. SEM QUEIXAS NO MOMENTO DA VISITA.
AO EXAME: EM USO DE TALA INGUINOPODALICA A ESQUERDA.

EXAMES REALIZADOS E RISCO CARDIACO CLASSE I / GRAU II.

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO.

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 003
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho: 12799

Dra. Thaysa Costa
Assista
CRM: 2.799



Nome		JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO	
Data de nascimento	17/08/1973	Idade	47
Sexo	Masculino	CNS	7005029244661552
Convênio	SUS	Plano	NOTURNO
Tempo de Internação	3d 3h 36min	Data/Hora Entrada	01/01/2021 00:04:14
Data de Entrada	01/01/2021 00:04:14	Data/Hora Saída	
Data Internação	01/01/2021 03:26:07	Permanência na Unidade:	3d 6h 54min
Permanência no Leito:	2d 20h 34min		

EVOLUÇÃO MÉDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 04/01/2021 08:58:39)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO DA VISITA.

EXAMES REALIZADOS E RISCO CARDIACO CLASSE I / GRAU II.

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO.

Sessão: POSTO IB - ENF 08 Leito: LETO - 003
 Profissional responsável pela Internação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Dr(a) *Thaysa Costa*
 Médica
 CNES: 2583262

Número Conselho: 12799

Thaysa Costa
 Médica
 CRM: 22.179

Número Conselho: 12799

Seção: POSTO IB - BNF 08 Lato: LATO - 003
 Profissional responsável pela Informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO

EXAMES REALIZADOS E RISCO CARDIACO CLASSE I / GRAU II

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

#ORTOPEDIA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PROCEDIMENTO:

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO MEDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 03/01/2021 07:55:54)

Nome	JOSE LITE DE OLIVEIRA NETO		Boletim de Atendimento	1279952	
Data de nascimento	17/05/1973	Made	47	Sexo	Masculino
Tempo de Internação	2d 4h 37min		Convênio	SUS	
Data de Entrada	01/01/2021 00:04:14	Data Internação	01/01/2021 03:20:07	Permanência na Unidade:	2d 7h 33min
ID 21h 33min	Permanência no Leito:		Arontuário	21064	
	Penção	DURNO	CNS	700502924661552	
Data/Hora Saida	Data/Hora Entrada		01/01/2021 00:04:14		

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
 Em: 03/01/2021 07:57:38

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, B/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 56031090
 Tel: 33165700 - CNES: 2583262



Hospital Estadual de
 Emergência e Trauma
 Sander Humberto Lucena



RELATORIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

1279052
BE/PRONTUARIO

12/1/2021

DATA: _____

JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

SEXO: MASC

COR: _____

IDADE: 47 ANOS

CLINICA/SETOR: _____

ORTOPEDIA

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

CIRURGIA: _____

DR. GLAUBER NOVAIS

1º ASS: _____

3º ASS: _____

ANESTESISTA: _____

TÉRMINO: _____

INSTRUMENTADOR: _____

TIPO DE ANESTESIA: _____

CIRURGIÃO: _____

CID	DIAGNOSTICO PÓS-OPERATORIO
	FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

CODIGO	PROCEDIMENTOS CIRURGICOS
	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ACIDENTE DURANTE ATO CIRURG NÃO
 DESCRIÇÃO:
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRURGICO:

X ENFERMARIA

RESIDENCIA

TÉRAPIA INTENSIVA
 ÓBITO DURANTE ATO CIRURGICO

MÉDICO/CRM: _____

Dr. *[Signature]*
 Alyssa Costa

DATA: _____

12/1/2021

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB SEDAÇÃO
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DE GARROTE COXA ESQUERDA
APOSIÇÃO DE CAMPOS + ANTIBIOTICOPROFILAXIA
Incisão:
LATERAL DA PERNA ESQUERDA + DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR CAMPOS
CUIDADOS COM HEMOSTASIA

Achados:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Conduta:

REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS Nº 75 E PLACA ANTICISALHANTE DCP
ESTREITA DE 5 FUROS + 3 PARAFUSOS CORTICAIS
CONFERIDA REDUÇÃO E APOSIÇÃO DA PLACA E PARAFUSOS COM AUXILIO DE ESCOPIA
IRRIGAÇÃO COM SF 0,9%
SUTURA POR PLANOS
CURATIVO + RETIRADA DE GARROTE APÓS 1H09

HMG + RX DE CONTROLE								

Dra. Thaysa Costa

Médico/CRM: _____ João Pessoa,

12/1/2021

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
01	ALCOHOL ETILICO 70%	LTRO	1	100	100
02	SOLUCIONES	QTD	1	200	200
03	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
04	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
05	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
06	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
07	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
08	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
09	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
10	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
11	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
12	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
13	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
14	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
15	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
16	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
17	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
18	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
19	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
20	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
21	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
22	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
23	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
24	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
25	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
26	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
27	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
28	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
29	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
30	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
31	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
32	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
33	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
34	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
35	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
36	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
37	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
38	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
39	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
40	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
41	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
42	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
43	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
44	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
45	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
46	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
47	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
48	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
49	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200
50	LANINA BISTRI... 215	QTD	1	200	200

servado el agua

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Nota de Saída Cirúrgica
 GOVERNO DA PARAIBA
 Dr. [Nome] [Assinatura]
 Dr. [Nome] [Assinatura]
 Dr. [Nome] [Assinatura]
 Data: 12/01/2011
 Hora: 13:40
 Hora: 12:35



FICHA DE ANESTESIA



DATA: 12/01/20

PRONTUÁRIO: 127 9052

PACIENTE: José Leite de Oliveira SEXO: COR: IDADE: 43a

PRESSÃO ARTERIAL: 110 x 70 PULSO: 40 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGUÍNEO: ESTADO GERAL: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VOM AP. RESPIRATÓRIO: eufônico AP. CIRCULATÓRIO: estável

AP. DIGESTIVO: jejum ESTADO MENTAL: consciente DROGAS EM USO: ESTADO FÍSICO (ASA): I

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: 100mg + fentanil 100mcg

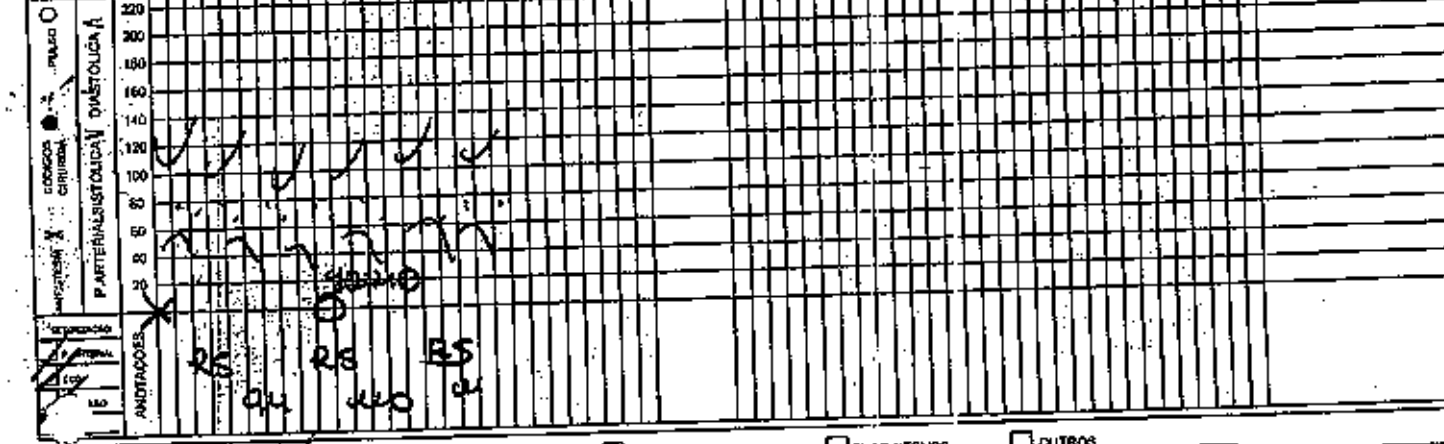
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura de fêmur tibial

CIRURGIA REALIZADA: fechamento cirúrgico de fêmur tibial

CIRURGIÃO: De glauco AUXILIARES: INÍCIO DA ANESTESIA: 12 TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA: CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CIL: VALORES RS: ANESTESISTA: De Ana Leuzá CPF: CRM-PB:

AGENTES SÓDIA	12	12:20	13	14
---------------	----	-------	----	----

COLADOS VÊNOSOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----



ANESTESIA GERAL FACILITADA EPIDURAL BLOQUEIO BLOQUEIO NERVOS OUTROS

TÉCNICA: paciente em DDIA, monitorizada, ventilada com MSD e fentanyl

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO		
QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	UNIDADE
1	Propofol 2%	11
2	Diazepam 10mg	12
3	Midazolam 5mg	13
4	Fentanyl 2%	14
5	Bupivacaína hidroclorídico 0,5% 5mg	16
6	Kalina 80mg	17
7		18
8		19
9		20

COMENTÁRIOS IMPORTANTES: paciente em DDIA, monitorizada e ventilada em dose de 100mg, pulso 40, nível de consciência adequado, líquidos claus. normotensão, sem vômitos (VOM). S/ intubação.

ASSINATURA DO ANESTESISTA: *[Assinatura]* F. ANGLASCI, 2020

Dr. Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO é portador do CID : S 82.1
proveniente de fratura de platô tibial esquerdo ocasionado por acidente de
motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Obs : A mesma se encontra de alta médica no momento.

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

~~Dr. Anuar Murad Filho~~

~~Médico - CRM-PB 8.742~~

~~Av. Dr. João da Mata, nº401~~

~~João Pessoa, PB~~

23-06-2021

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

DOC IDENTIDADE / CDS EMISSOR UF
 1685385 SSP PB

CPF
 018.771.204-21

DATA NASCIMENTO
 17/09/1973

FUNCAO
 FRANCISCO ANTONIO DE OLIVEIRA
 HERNINA LEITE DE OLIVEIRA

PERMISSAO ACC CATEGORIA
 AD

UF REGISTRO
 0382573137

VALIDADE
 16/03/2021

1ª HABILITACAO
 08/06/2001

OBSERVAÇÃO

Jose Leite de Oliveira Neto
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
 17/03/2016

64066440308
 PB032312849

DEMANDA DE PARABENS

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1275593808

VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL
 1275593808

DENATRAN

DETRAN - PB Nº 015766738696
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
PRT 20200000126963-0 EXERCICIO

VIA 0088239415-0 00/00000000 2020

NOME
ANDRE DA SILVA SANTOS

CPF / CNPJ 08149705406 PLACA MNP0893/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2KD03306R021570

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2006 ANO MOD 2006

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

IPVA	COTA UNICA 00/00/0000	VENC / COTAS 1º
	FAIXA LPVA 0	PARCELAMENTO / COTAS 2º
		3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 17/04/2020

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA
0

LOCAL JOAO PESSOA - PB DATA 13/07/2020

14311  34584

CONTRAN

PB Nº 015766738696 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO 2020 DATA EMISSAO 13/07/2020

VIA 1 CPF / CNPJ 08149705406 PLACA MNP0893/PB

REN / VAM 0882394150 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2006 DIC. TERC 9 Nº CHASSI 9C2KD03306R021570

PREMIO TARIFARIO

PRE (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURO	TOTAL BRUTO DO SEGURO (R\$) P A G O
PAGAMENTO S COTA UNICA	PARCELADO	DATA DE COTAÇÃO 17/04/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.345.008/0001-04

34584-1241224-20200713

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210138432

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

Data do acidente: 31/12/2020

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO. P.7/9/15/17

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO 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 JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.segurosdolider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1884 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 06 às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para funcionários autônomos e da folha): 0800 022 12 08
 Canal de Ouvidoria: 0800 391 2598 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 J38432 Data da solicitação: 03.07.22
 Nome do beneficiário: Jose Leite de Oliveira Neto CPF do beneficiário: 038.771.204-2
 Nome do solicitante: Jose Leite de Oliveira Neto CPF do solicitante: 038.771.204-2

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 98661 8863 Tel. Comercial: () Tel. Residência: ()
 E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEIADO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO SIM, informe quais documentos estão sendo anexados:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Relatório de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PREZADO ANALISTA ..

VENHO ATRAVÉS DESTA, SOLICITAR QUE SEJA REANALIZADO MEU SINISTRO, EM VIRTUDE DE NÃO CONCORDA COM O VALOR PAGO PELA SEGURADORA. ESTOU ENVIANDO NOVO LAUDO MEDICO QUE COMPROVA O GRAU DA MINHA LESÃO. PEÇO QUE SEJA AGENDADO UMA NOVA PERICIA, POIS A ANALISE DOCUMENTAL FEITA PELA JUNTA MEDICA NÃO FOI JUSTA QUANTO A MINHA DEBILIDADE. AGRADEÇO SE ANALISAREM MAIS DETALHADAMENTE.

Jose Leite de Oliveira Neto 03.07.22
 Assinatura do solicitante em de quem a análise é feita (a rgo)

IMPORTANTE:
 Após do preenchimento deste formulário, assinado e autografado no mesmo ponto de atendimento o qual deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT, é obrigatório enviar beneficiário/árbitro não é feita análise.
 O não envio de documentos poderá ocasionar a perda de sua concessão, alteração de valor e/ou prazo para saber e assinar o formulário, e seu pedido (a seu rgo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210138432 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 31/12/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM R\$ 1.687,50 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO JOELHO ESQUERDO (50%).

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210138432

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

Data do acidente: 31/12/2020

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM R\$ 1.687,50 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO JOELHO ESQUERDO (50%).

@1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112712/21

Número do Sinistro: 3210138432

Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

CPF: 018.771.204-21

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2020

Titular do CPF: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/07/2021
Nome: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO
CPF: 018.771.204-21

JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112712/21

Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

CPF: 018.771.204-21

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

Data do acidente: 31/12/2020

Titular do CPF: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

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

JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO : 018.771.204-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/05/2021
Nome: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO
CPF: 018.771.204-21

JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA