

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200424882 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA **Data do acidente:** 23/07/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO. P.6/16/17/18/19/20

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200424882

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data do acidente: 23/07/2020

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 45°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 27/07/2020 COM COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA, POSTERIORMENTE EM 29/07/2020 REALIZADO NOVO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DO FÊMUR COM USO DE PARAFUSO DESLIZANTE, PLACA DCS E 06 PARAFUSOS CORTICAIS. EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR EM 31/07/2020.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU MODERADO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/03/2021

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 30/11/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE. DE ACORDO COM A ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 50% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200424882

Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 23/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200424882

Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 23/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE MARIO DE SOUSA COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000007730**

Conta: **0000049985-7**

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, 08 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200424882

Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 23/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200424882

Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 23/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200424882

Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 23/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200424882

Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 23/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **JOSE MARIO DE SOUSA COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000007730**

Conta: **0000049985-7**

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0337827/20 3 - CPF da vítima: 042.397.989-09 4 - Nome completo da vítima: Jose Manoel de Souza Costa

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

5 - Nome completo: Jose Manoel de Souza Costa 6 - CPF: 042.397.989-09
7 - Profissão: ✓ 8 - Endereço: Rua Bealho 9 - Número: 200 10 - Complemento:
11 - Bairro: Tibiri 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83988443061

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(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 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 perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada 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 civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhas, informar Vivos: Falecidas: 30 - Vítima deixou nascituro (voluzacer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprescindível digital da vítima ou representante legal
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 25/03/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Jose Manoel de Souza Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20035170B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAF8AFDBF8C.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 23/07/2020 Hora: 06:30 Município: SAO GONCALO DO GURGUEIA/PI
BR: 135 KM: 553,7 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: JOSÉ ROBERTO MIGUEL ANDRADE, 1497913

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Curva	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



NARRATIVA

No dia 23 de Julho de 2020, por volta das 06:30, no KM 553,7 da BR 135 no município de São Gonçalo do Gurguéia-Pi, ocorreu um acidente do tipo colisão frontal, com 7 vítimas (2 feridas graves e 5 leves). Os veículos envolvidos foram: automóvel Nissan March (V1) e uma caminhonete Renault Oroch (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito no sentido São Gonçalo do Gurguéia-Pi/ Corrente-Pi quando, instantes antes da interação entre os veículos, perdeu o controle, invadiu a faixa de sentido contrário e colidiu frontalmente com V2 (conforme orientação de danos nos veículos e fluidos derramados no pavimento, V1 fez um movimento de rotação e atingiu V2 com seu lado direito). A colisão ocorreu na faixa de trânsito do sentido São Gonçalo do Gurguéia - Pi, conforme constatação de marca de frenagem de V1. Com o impacto, V2 tombou no acostamento fora da faixa de trânsito ao qual trafegava e V1 ficou em repouso de forma perpendicular a faixa ao qual trafegava. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações registradas nessa narrativa e interpretação dos vestígios materiais identificados no local, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a invasão da faixa de sentido contrário, ação essa realizada por V1. Observações: 1- O local do acidente estava desfeito; 2- Não foi possível realização do teste de etilômetro em ambos os condutores, pois haviam sido socorridos antes da chegada da equipe da PRF; 3- As vítimas foram



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobal/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E47295EE73A32CA9BAF8AFDBF8C.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/hovobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAFBAFDBF8C.

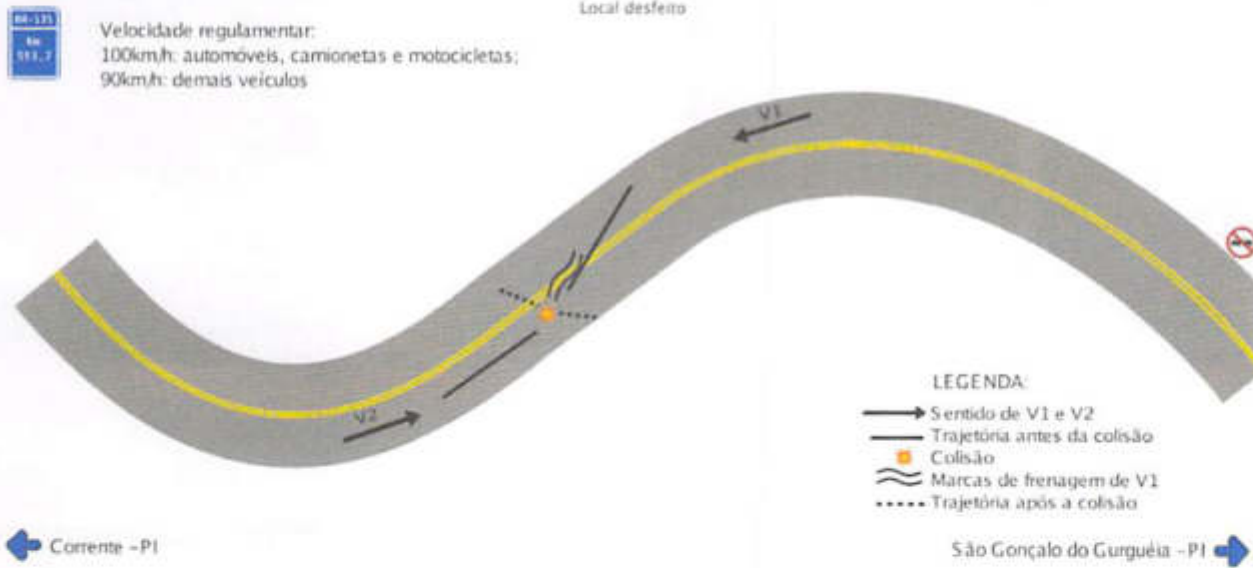
191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

socorridas pelo SAMU ao Hospital Regional Dr. João Pacheco Cavalcanti na cidade de Corrente-Pi; 4- O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos; 5- Velocidade regulamentar da via: 100 Km/h para automóveis, camionetas e motocicletas; 90 Km/h para os demais veículos; 6- V1 ficou fora do leito carroçável aguardando providências por parte do proprietário para remoção; 7- V2 foi levado para cidade de Corrente-Pi pela seguradora antes da chegada da equipe PRF.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	
2	Tombamento	V2
3	Saída de leito carroçável	V2

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
2	V2			
3	V2			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento



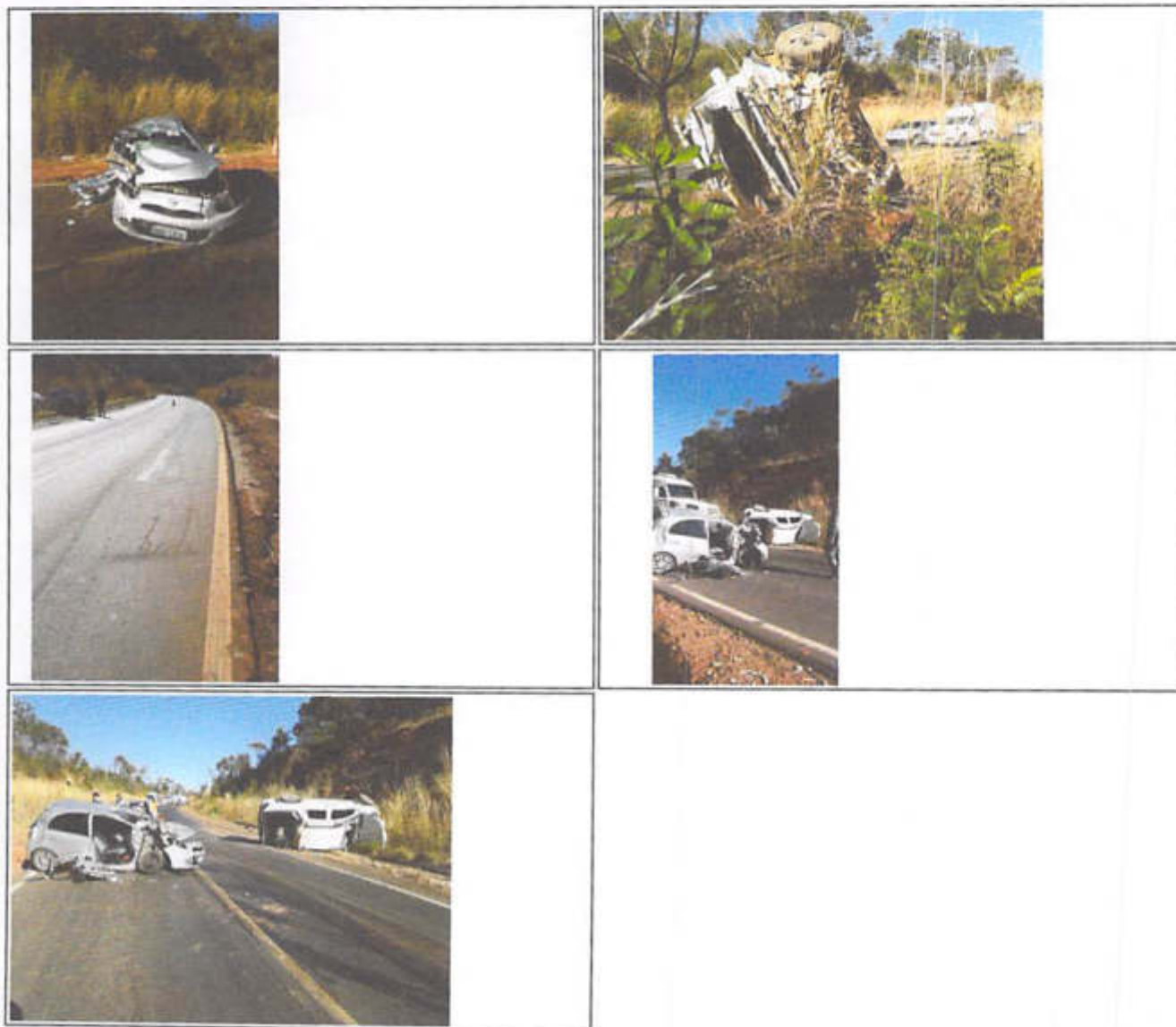
Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAFBAFDBF8C.





BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - OGG1236 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: OGG1236 Marca/modelo: I/NISSAN MARCH 10S FLEX Renavam: 00598292160
Ano fabricação: 2013 Chassi: 3N1DK3CD4EL219861 Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Prata
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAF8AFDBF8C.





BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / I/NISSAN MARCH 10S FLEX

Placa: OGG1236

Nº BOAT: 20035170B01

Nome do Agente:

Matrícula do Agente: 1497913

Data: 23/07/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais		X		
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalás ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Montagem: Grande

V1 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/hovobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E47295EE73A32CA9BAF8AFDBF8C.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 25E472959EE73A32CAWBAF8AFD8F8C.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V1 - Proprietário

Nome: VANIA LUCIA DE SALES CARNEIRO
Email:
Endereço: JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ: 030.686.904-71
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - JOELMIR DOS SANTOS SILVA

V1C - Informações

Nome: JOELMIR DOS SANTOS SILVA
CPF: 079.888.024-45
Sexo: Masculino
Morreu após remoção: Não

Data de Nascimento: 15/11/1989
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Lesões Leves
Usava cinto de segurança: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PB
Observações CNH: 15A

Primeira habilitação: 19/09/2014
Vencimento da habilitação: 20/03/2024

Nº Registro: 06182001825
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA MANOEL FRANCISCO DE MELO, 459, CS, CUIA, JOAO PESSOA-PB
Telefone: 83991230714

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº E.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAF8AFDBF8C.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

V1P1 - Informações

Nome: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA
CPF: 092.397.984-04
Estado físico: Lesões Leves
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 12/05/1989
Sexo: Masculino
Morreu após remoção: Não

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: CAP JOSE INACIO, 32, POPULAR, SANTA RITA-PB
Telefone: Email:

V1P2 - PASSAGEIRO 2 DO V1 - KAMILA SANTOS TEIXEIRA

V1P2 - Informações

Nome: KAMILA SANTOS TEIXEIRA
CPF: 148.892.614-00
Estado físico: Lesões Graves
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 24/01/1999
Sexo: Feminino
Morreu após remoção: Não

V1P2 - Dados do Contato

Endereço: COMENDADOR FELIPE THIAGO GOMES, 84, CAMPO DE LEAO, MARCOS MOURA, SANTA RITA-PB
Telefone: Email:

V2 - VEÍCULO 2 - QWZ5089 - CAMINHONETE

V2 - Informações

Placa: QWZ5089 Marca/modelo: RENAULT/OROCH 20 DYN42AT
Ano fabricação: 2019 Chassi: 93Y9SR3JALJ285840
Espécie: Misto Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 01213665407
Tipo de veículo: Caminhonete
Cor: Branca



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Polícia Rodoviária Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E47295WEE73A32CA9BAF8AFD8F8C

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V1C - Termo de Declaração de Envolvido

EMERGENCIA 191

TDE

DECLARANTE: Vítima Testemunha Policial Outros

NOME: Yolana dos Santos Silva Nº 01333029445

ENDEREÇO: Rua Cruz dos Santos Nº 25

CIDADE: João Pinheiro DATA: 15-11-2020

PROFISSÃO: Motorista TELEFONE: 3399123 0714

DECLARAÇÃO:

AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.
A INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME, ART. 297 E 298 DO CP.

A realizo a entrega devida, fiz a entrega devida de minha documentação em trânsito e diante disso o laudo de trânsito (para carteira) já estorvado para minha parte imediata devida do veículo que estava sendo levado, ao deixar, estando para a minha parte por outra documentação que me foi dada e imediatamente fui obrigado ao voltar já se perdendo o controle do veículo e estando a fora do controle.

ASSINATURA DO DECLARANTE: Yolana dos Santos Silva DATA: 24-07-2020

POLICIAL RESPONSÁVEL POR SOLICITAR A DECLARAÇÃO: [Assinatura]



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 26/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAF8AFDBF8C.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / RENAULT/OROCH 20 DYN42AT

Placa: QWZ5089

Nº BOAT: 20035170B01

Nome do Agente:

Matrícula do Agente: 1497913

Data: 23/07/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo				veículo removido do local.
2	Longarina dianteira esquerda				veículo removido do local.
3	Caixa de roda dianteira esquerda				veículo removido do local.
4	Estrutura da soleira esquerda				veículo removido do local.
5	Air Bags Frontais				veículo removido do local.
6	Air Bags Laterais				veículo removido do local.
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda				veículo removido do local.
8	Estrutura da coluna central esquerda				veículo removido do local.
9	Estrutura da coluna traseira esquerda				veículo removido do local.
10	Caixa de roda traseira esquerda				veículo removido do local.
11	Assoalho central esquerdo				veículo removido do local.
12	Longarina traseira esquerda				veículo removido do local.
13	Assoalho portamalás ou caçamba				veículo removido do local.
14	Longarina traseira direita				veículo removido do local.
15	Caixa de roda traseira direita				veículo removido do local.
16	Estrutura da coluna traseira direita				veículo removido do local.
17	Estrutura da soleira direita				veículo removido do local.
18	Estrutura da coluna central direita				veículo removido do local.
19	Estrutura da coluna dianteira direita				veículo removido do local.
20	Assoalho central direito				veículo removido do local.
21	Caixa de roda dianteira direita				veículo removido do local.
22	Longarina dianteira direita				veículo removido do local.

Dano de Montagem: Grande

V2 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novotabi/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAF8AFD8F8C.





BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V2 - Proprietário

Nome: LOCALIZA RENT A CAR S.A.
Email:
Endereço: BELO HORIZONTE-MG

CPF/CNPJ: 16.670.085/0001-55
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ANDRES JOSE ROMERO MEDINA

V2C - Informações

Nome: ANDRES JOSE ROMERO MEDINA
CPF: 234.744.978-80
Sexo: Masculino
Morreu após remoção: Não

Data de Nascimento: 08/07/1972
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Lesões Graves
Usava cinto de segurança: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B
UF: BA
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 07/12/2011
Vencimento da habilitação: 11/07/2021

Nº Registro: 05370301734
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA PRISCO VIANA, 18, CASA, CENTRO, BREJOLANDIA-BA
Telefone: 8999846690

Email:

V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - ADELICIMAR LOBATO DA SILVA

V2P1 - Informações

Nome: ADELICIMAR LOBATO DA SILVA
CPF: 047.997.663-50
Estado físico: Lesões Leves
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 29/11/1984
Sexo: Masculino
Morreu após remoção: Não

V2P1 - Dados do Contato

Endereço: CANA BRAVA, ZONA RURAL, CORRENTE-PI
Telefone:

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1492913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.fgov.br/movotus/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAF8AFD8F8C.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V2P2 - PASSAGEIRO 2 DO V2 - ANTONIO MORAES DE SOUZA JUNIOR

V2P2 - Informações

Nome: ANTONIO MORAES DE SOUZA JUNIOR

CPF: 861.174.195-11

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 22/06/1995

Sexo: Masculino

Morreu após remoção: Não

V2P2 - Dados do Contato

Endereço: COLINA DE ITAPUAN, SN, O, ITAPUA, SALVADOR-BA

Telefone:

Email:

V2P3 - PASSAGEIRO 3 DO V2 - ARENALVO ALVES FERNANDES

V2P3 - Informações

Nome: ARENALVO ALVES FERNANDES

CPF: 078.052.933-25

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 26/12/1995

Sexo: Masculino

Morreu após remoção: Não

V2P3 - Dados do Contato

Endereço: LOCALIDADE CANA BRAVA, ZONA RURAL, CORRENTE-PI

Telefone:

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497953, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novotabi/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAFBAFD8F8C.

191

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0337827/20 3 - CPF da vítima: 042.397.989-09 4 - Nome completo da vítima: Jose Manoel de Souza Costa

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

5 - Nome completo: Jose Manoel de Souza Costa 6 - CPF: 042.397.989-09

7 - Profissão: Advogado 8 - Endereço: Rua Bonfim 9 - Número: 200 10 - Complemento:

11 - Bairro: Tibiri 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300000

15 - E-mail: 83988443061 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(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 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 perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada 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 civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhas, informar Vivos: Falecidas: 30 - Vítima deixou nascituro (voluzacer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou representante legal

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

40 - Local e Data, João Pessoa 25/03/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Jose Manoel de Souza Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0337827/20 3 - CPF da vítima: 092.397.984-04 4 - Nome completo da vítima: Jose Mauricio de Souza Costa

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

5 - Nome completo: Jose Mauricio de Souza Costa 6 - CPF: 092.397.984-04
7 - Profissão: N Indonm 8 - Endereço: Rua Barbosa 9 - Número: 200 10 - Complemento:
11 - Bairro: Tibiri 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83986622237

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Itaú
AGÊNCIA: 4430 CONTA: 49985 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (voluntário)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

MÃO ALFABETIZADO

34 - Imprescindível digital de testemunhas

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, Jose Mauricio de Souza Costa 02.03.21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

JOSE ERIVALDO DA COSTA
RUA RUI BARBOSA, 200 - TIETI
SANTARITA/FÉLIX P. 58308000 (AG 1)

CPF: 01.910.711-486.639.884-34

Grupo CONCESSIONAL BARRA FENSAO / Subgrupo B1
Classe RESM/C B1 / Subclasse BARARENEIA
Ligação MONOFÁSICO
Rótulo H 3.874 4706 Medidor 00000328715

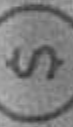


UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1807625-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00018076257

VALOR DA FATURA



"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos."

CAIXA

Valor Base Calc. Ativa. Valor Base Calc. Ativa. Valor Base Calc. Ativa. Valor Base Calc. Ativa.

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota
fiscal/conta de energia elétrica: Nº 059.620.464

DADOS DO CLIENTE:

JOSE E***** D* C****

RUA RUI BARB*** 200 5830000
SANTA RITA



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/1807625-7

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA
FEV/2021



APRESENTAÇÃO
26/02/2021



CONSUMO
299 kWh



VENCIMENTO
06/03/2021



TOTAL A PAGAR
R\$ 220,92

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S A		001-9	00190.00009 03268.926007 27180.886171 6 85510000022092		
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A			VENCIMENTO 06/03/2021		
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA			AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO		
ENDEREÇO BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680			NOSSE NÚMERO 32689260027180886		
DATA DO DOCUMENTO 23/02/2021	Nº DOCUMENTO 001807625-2021-02-7	ESPECIE DOC DS	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 23/02/2021	(H) VALOR DO DOCUMENTO 220,92
	CRITÉRIO 17	ESPECIE R\$	QUANTIDADE	VALOR	(J) DESCONTOS / ABATIMENTOS
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÔ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE, CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.					(K) OUTRAS DEDUÇÕES
PAGADOR JOSE E***** D* C**** RUA RUI BARB*** 200 58300000 SACADOR(AVALISTA)					(L) MORA/MULTA
CNPJ/CPF 488.6** ***-** SANTA RITA (AG: 1)					(M) OUTROS ACRESCIMOS
					(N) VALOR COBRADO
					COD. DE BAIXA

Ganhe mais facilidade pagando com o PIX! Use seu app de pagamento favorito, escolha "Pagar com o PIX" e leia o código abaixo:



Quer facilidade?
Abra sua conta Voltz - Energisa e tenha vantagens exclusivas!
Entenda melhor em
contavoltz.com/pix



Arquivo em PDF
Ficha de Compensação



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
 SECRETARIA DE SAÚDE
 HOSPITAL REGIONAL DR. JOÃO P. CAVALCANTE
 Rua Antônio Nogueira de Carvalho, S/N - Fone: (89) 3573-2307 - Corrente - Piauí
 E-mail: hospitalcorrente@gmail.com - CNPJ: 06.553.564/0022-62

SUS
 Sistema Único
 de Saúde

GOVERNO
 DO PIAUÍ

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO QUADRO

VERMELHO AMARELO VERDE

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CORRENTE - PI
 ENDEREÇO: RUA ANTONIO NOGUEIRA DE CARVALHO, S/N - CENTRO
 MUNICÍPIO: CORRENTE ESTADO: PIAUÍ

PACIENTE

NOME: Jose Mario de Souza Rocha
 PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____ SEXO: M DATA NASC. 31 anos
12.05.89
 ENDEREÇO: Paraíba BAIRRO: _____
 MUNICÍPIO: Lua ESTADO: _____

DATA DO ATENDIMENTO 23/07/2020 HORA: 08.15

TIPO DE ATENDIMENTO

SINAIS E SINTOMAS pneumonia de corrente

SINAIS VITAIS: T _____ PA _____ FC 117 FR _____

- URGÊNCIA / EMERGÊNCIA
- ELETIVA - CONSULTA INICIAL
- ELETIVA - CONSULTA SUBSEQUENTE
- URGÊNCIA/EMERGÊNCIA REFERENCIADA
- ELETIVA - REFERENCIADA

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

Paciente vítima de acidente de carro,
apresentando dor em UNID e forte intermitente
rec. late, GLABDW=15

Mae. Maria Cristina de Souza

Pai: Jose Geraldo de Souza

Gráfica Ir. Ribeiro Fone/Fax: (89) 3573-1617

CONFERE COM O ORIGINAL

Em 24/07/2020

[Assinatura]
 Hospital Regional de Corrente

PARA PROCESSAMENTO

Procedimento	Espec.	Tipo	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

ATENDIMENTO DE GRUPO DE RISCO OU PROGRAMA ESPECÍFICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

DIAGNÓSTICO

Cid. Principal	Cid. Secundário
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

TRATAMENTO REALIZADO

Fronef 100mg Clonazepam 100ug Clonazepam 100ug
 Dipirona 2g Clonazepam 100ug Clonazepam 100ug
 Alprazolam 0,125 Clonazepam 100ug Clonazepam 100ug
 12x
 Phenytoin

ATENDIMENTO REALIZADO

CONSULTA: I II III IV V

PROCEDIMENTO: Fronef 100mg Clonazepam 100ug Clonazepam 100ug

Assinatura do Médico Responsável:

Assinatura do Paciente ou Responsável:

CONFERE COM O ORIGINAL
 Em 24/07/2020
 Hospital Regional de Corrente



HOSPITAL REGIONAL DR JOAO PACHECO CAVALCANTE
 ANTONIO NOGUEIRA DE CARVALHO,
 CENTRO, CORRENTE/PI - 64980-000
 CNPJ: 06553564002262
 (89) 3573-2703 - () -

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P074766
 Data: 23/07/2020
 Funcionario: ROSILANDIA

Registro: 35941
 Hora: 09:57:00
 Tipo: CONSULTA
 Sexo: FEMININO

Senha 15

SUS

JOSE MARIO DE SOUZA ROCHA

Nasc.: 12/05/1989 Idade: 31 A, 2 M, 11 D

End.: RUA RUI BARBOSA, 0 -

Cor: SEM Telefone: () -

Profissão:

Bairro: PIBIRI II

Mãe: MARIA CEVERINA DE SOUZA

CPF: 092.397.984-04 - RG: 3107572 - SUS: 898002751070584

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 58300-010

Cidade: SANTA RITA/PB

Pai: JOSE ERIVALDO DE SOUZA

Clinica: **ENFERMAGEM** Documento: 1 - HOSPITAL REGIONAL DR. JOAO PACHECO CAVALCANTE

Responsavel: JOSE MARIO DE SOUZA ROCHA - O MESMO Temp.: °c Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

23/07/2020 9:57 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE AUTOMÓVEL

Exame clínico/físico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

CONFERE COM O ORIGINAL

Em 24/07/2020

Hospital Regional de Corrente

1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. JOÃO P. CAVALCANTE

Rua Antônio Nogueira de Carvalho, S/N - Fone: (89) 3573-2307 - Corrente - Piauí

E-mail: hospitalcorrente@gmail.com - CNPJ.: 06.553.564/0022-62

SUS
Sistema Único
de Saúde

Paciente:

Ac Traumatologista

Encaminho o paciente
José Máris de Souza Rocha,
vítima de acidente
automobilístico, apresentando
fratura de 1/3 (terço)
proximal de fêmur direito.

EGR, afebil, eufórico, nor-
moconado, hidratado, aua-
nóstico, amictílico, cons-
ciente e orientado.

Dr. Fernando Pinheiro Rodrigues
Médico
CRM 2373-PI

25, 07, 2020

FBR Soares
Médico

Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
RUA JESUS DE NAZARÉ, 200



Secretaria de Saúde
PARAIBA
Estado da Paraíba

Receituário

Paciente: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data: 31/07/2020 06:33:48

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 31

BAE: 1248197

Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
RUA JESUS DE NAZARÉ, 200



Secretaria de Saúde
PARAIBA
Estado da Paraíba

Receituário

Paciente: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data: 31/07/2020 06:33:48

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 31

BAE: 1248197

RETORNO AO CEREST EM 15 DIAS COM DR. EDSON TINOCCO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO

POR DR. HEISENBERG

RUA JESUS DE NAZARÉ, 200, BAIRRO JAGUARIBE, POR TRÁS DO HOSPITAL ARLINDA MARQUES

TELEFONE: 3218-5822

RETORNO AO CEREST EM 15 DIAS COM DR. EDSON TINOCCO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO

POR DR. HEISENBERG

RUA JESUS DE NAZARÉ, 200, BAIRRO JAGUARIBE, POR TRÁS DO HOSPITAL ARLINDA MARQUES

TELEFONE: 3218-5822

Dr. AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
12411/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

Dr. AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
12411/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1248197 e PRONTUÁRIO nº 123895

PACIENTE: JOSÉ MARIO DE SOUSA COSTA

DATA DE NASCIMENTO: 12.05.89

Data e Hora do Atendimento: 27.07.20

Horário: 12:09h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de dor torácica e coxa direita há 5 dias. Atendido pelo Dr. Heisenberg Almeida CRM 6229, Dr. Augusto Goncalves Sarmiento CRM 12411, Dr. Carlos Magalhães Franca CRM 3792, Dr. Filipe Almeida Botter CRM 10.583, Dra. Thaysa Costa CRM 12.799.


DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DA DIÁFISE FEMUR DIREITA CID 10 S 72 3

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, Rx de Tórax PA e Perfil, Rx da coxa direita AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 27.07.20 com colocação de tração transtibial direita. Em 29.07.20 submetido a tratamento cirúrgico de fratura subtrocanteriana do fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: Em 31.07.20 às 6:34h.

Data da Emissão: 14.09.20


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVBAHETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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



RUA PEDRO GONDIM, S/N -- CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1248197



Identificação do paciente

ID 1521634	Nome JOSE MARIO DE SOUSA COSTA			Sexo Masculino
Data de nascimento 12/05/1989	Idade 31 anos 2 meses 23 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 123895
Mãe SEVERINA MARIA DE SOUYSA	Pai JOSE ERIVALDO DA COSTA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - MAE			
DDD Celular 83	Celular 988443061	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3310757	Nº Cns 898002751070584		
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		

Endereço

CEP 58383045	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro RUI BARBOSA
Número 200	Complemento	Bairro TIBIRI II	

Admissão

Data e Hora 27/07/2020 12:09:39	Número da pulseira 1000008784079	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou AMBULANCIA	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico	CID
Atendido por MISAEL DE JESUS MEDEIROS	Tempo

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sumus todos
PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, 9/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031080
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JOSE MARIO DE SOUSA COSTA	BAE 1248197	Data/Hora Entrada 27/07/2020 12:09:39	Data Baixa
Data de nascimento 12/06/1989	Idade 31a 2m 15d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 98443061
Mãe SEVERINA MARIA DE SOUZA		CNS 898002751070584	Prontuário
Endereço RUA BARBOSA, 200	Bairro TIBIRI II	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X VEICULO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional FILIPE ALMEIDA BOTTER	Nº Cons. Regional 10583/PB
Data/Hora Classificação 27/07/2020 12:09:39		Data/Hora Prescrição 27/07/2020 14:16:15	

ANAMNESE

TRAUMA DE CARRO X CARRO HÁ 5 DIAS, COM DOR NA COXA DIREITA, NEGA PATOLOGIAS, OU ALERGIAS EF: EDEMA NA COXA DIREITA, MID RODADO EXTERNO, COM IMPOTÊNCIA FUNCIONAL SEM DÉFICITS NEUROLÓGICOS RX: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR DIREITO HD FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR DIREITO CD: INTERNAÇÃO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SALA DE CIRURGIA AGORA PARA FIXAÇÃO TEMPORÁRIA COM TRAÇÃO ESQUELÉTICA PRÉ OP MATERIAL OPME - DCS OU HASTE ANTEROGRADA INTRAMEDULAR

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/8H

Diluir

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

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

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (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, S/N)

Diluir

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

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIÁRIO)

ELETROCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

IONOGRAMA

Dr. Filipe Almeida Botter
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia Ortopédica e Cirurgia
CRM 10583 TEOT



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Sermão Fátima
PARAIBA
Governo do Estado

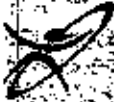
AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1248197



Identificação do paciente			
ID 1521634	Nome JOSE MARIO DE SOUSA COSTA		Sexo Masculino
Data de nascimento 12/05/1989	Idade 31 anos 2 meses 15 dias	Estado civil	Religião
Mãe SEVERINA MARIA DE SOUZA	Pai JOSE ERIVALDO DA COSTA		Frontário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SEVERINA MARIA DE SOUZA - MAE		
DDD Celular 83	Celular 86443081	DDD	Telefone
Ido documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3310757	Nº Cns 896092751070584	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58383045	Município da residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro RUI BARBOSA
Número 200	Complemento		Bairro TIBIRI II
Admissão			
Data e Hora 27/07/2020 12:49:39	Número da pulseira 100008784079	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Pleno de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou AMBULANCIA		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de carro com queixa de dores em torax e cost. (D). Segue pra exames no EDI. <i>Márcio Gabriel</i>			
Diagnóstico			CID
Atendido por MISAEEL DE JESUS MEDEIROS			Tempo

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sede: Rua Humberto Lucena



Sempre Unidos
PARAIBA
Governo do Estado

Documento de Alta

Nome: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA		Sexo: Masculino	Número Prontuário: 123895
Data de Nascimento: 12/05/1989	Idade: 31A 2M 15D	Data de Internação: 27/07/2020 14:24:25	Data de Alta: 31/07/2020 06:34:22
Mãe: SEVERINA MARIA DE SOUYSA		BAE: 1248197	

Endereço: RUA RUI BARBOSA, 200	Bairro: TIBIRI II	Município: SANTA RITA	UF: PB
--------------------------------	-------------------	-----------------------	--------

Motivo da alta: ALTA MÉDICA

Conduta: #ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS-OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Resumo da internação: #ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS-OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Resultado de Exames: #ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS-OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Tratamento: #ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS-OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Diagnóstico: S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur

Recomendações: #ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS-OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Data: 31/07/2020

Dr. Heisenberg Almeida
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTES

AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
CRM: 12411 - PB

CID10

S72.3 - Fratura de distal do fêmur

Conduta

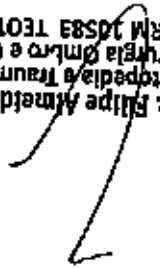
Internar Paciente

Enfermeiro

FILIPE ALMEIDA BOTTER
(CRM: 10503/PB)

Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 27/07/2020 12:09:39

Dr. Filipe Almeida Botter
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM 10583 TEOT-14193





Paciente JOSE MARCO DE SOUSA COSTA
Data de nascimento 12/05/1968
Mãe SEVERINA MARIA DE SOUZA
Endereço RUI BARBOSA, 200
Acidente VEICULO X VEICULO
Data/Hora Ciberfotografia 27/07/2020 12:09:39
Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL
Bairro TIJURI II
Sexo Masculino
Idade 31a Zm 15d
BAE 1248197
Data/Hora Entrada 27/07/2020 12:09:39
CNS 858002751070584
Município SANTA RITA
Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA
Data/Hora Prescrição 27/07/2020 12:22:36
UF PB
Nº Cons. Regional 3782/PB
Telefone de Contato (33) 88443081
Data Bateria

ANAMNESE

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE AUTOMOVEL COM QUEIXA DE DORES EM TORAX E COXA D HA OS DIAS

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
 RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Condição

Em observação

Enfermeiro

Dr. Carlos Magalhães França
 CRM-PB 3792
 038 003792
 CARLOS MAGALHAES FRANCA
 (33) 88443081

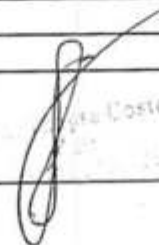
Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 27/07/2020 12:09:39

RELATÓRIO DE CIRURGIA


HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA							
Posição e Preparo:							
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA, EM MESA ORTOPEDICA							
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA							
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS							
ANTIBIOTICOPROFILAXIA							
Incisão:							
LATERAL DE COXA DIREITA							
DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS							
CUIDADOS COM HEMOSTASIA							
Achados:							
FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FEMUR DIREITO							
Condução:							
REDUÇÃO INCRUENTA COM AUXILIO DE ESCOPIA E TRAÇÃO NA MESA ORTOPEDICA							
PASSAGEM DE FIO EM DIREÇÃO AO COLO DO FEMUR							
FRESAGEM DO COLO FEMORAL							
PARAFUSO DESLIZANTE N° 70 + PLACA DCS 12 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS							
CONFERIDA REDUÇÃO E APOSIÇÃO DA PLACA E PARAFUSOS COM AUXILIO DE ESCOPIA							
IRRIGAÇÃO COM SF0,9%							
REVISAO DE HEMOSTASIA							
SUTURA POR PLANOS							
Fechamento:							
SUTURA POR PLANOS							
CURATIVOS ESTÉREIS							
Observação:							
RAIO-X DE CONTROLE							
HEMOGRAMA DE CONTROLE							

Médico/CRM:



João Pessoa,

29/7/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE1SHL

NOME: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA BE/PRONTUÁRIO: 1248197
 IDADE: 31 ANOS SEXO: MAS COR: _____ DATA: 29/7/2020
 CLÍNICA/SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIÃO: _____
 INSTRUMENTADOR: DR. EDSON TINOCO 1ª ASS: MR2 JOÃO PAULO
 2ª ASS: MRI THAYSA 3ª ASS: _____
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____
 ANESTESISTA: _____

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CODIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FEMUR DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO
 DESCRIÇÃO:
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA
 TERAPIA INTENSIVA
 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____
 DATA: 29/7/2020



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 29/07/2020

PRONTUÁRIO: 129 8137

PACIENTE: João Mário de Sousa

SEXO: M

COR:

IDADE: 31a

PRESSÃO ARTERIAL: 110 x 80 72 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO: 105 kg GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL: BOM REGULAR MALO PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM REGULAR MALO PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: Vide mensagem médica

AP. RESPIRATÓRIO: Bupneico AP. CIRCULATORIO: estável

AP. DIGESTIVO: em jejum ESTADO MENTAL: Consciente DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO: CORRINA (30mg) + MDZ (25mg) ESTADO FÍSICO (ASA): II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur

CIRURGIA REALIZADA: 1to Cirúrgico de fratura de fêmur

CIRURGIÃO: AUXILIAR

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:00h TÉRMINO DA ANESTESIA: 17:00h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 3h

CODIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA: Dr. Tييرres + CP Ana Andreza (MSE) CRM-PB

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

DE: 14h 15h 16h 17h

Fm do ato anestésico.
 RR = 120 x 60
 FC = 82 bpm
 Consciente, 87 dec.

RITMO SINUSAL RS

TIPO DE ANESTESIA: GERAL EQUINANIA EPOJAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVOS OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	KETAMINA 30mg	11
2	MDZ 25mg	12
3	BUPROPRIONA ISOMÉRICA 15mg	13
4	MAFUNA 80mcg	14
5	VALIUM 2g	15
6	DEXAMETASOMA 10mg	16
7	CETOPROFENO 100mg	17
8	DIPLOMINA 2g	18
9		19
10		20

Monitorizado. Ventocline máica em MSE #200. Ventilação espontânea. 300 cateter O2 a 34mmHg. Anestesia subaracnóidea: Aentado, amínia + antinepres TC. Rincau única entre L5-L6 com Saida de líquido claro, ouwcke #250. Anfundado (3 e 6) ato anestésico sem intercorrências

Tierres Kohnwald
 Médico Anestesiologista
 CRM-PB 7179

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA BE/PRONTUÁRIO 1248197
 IDADE: 31 ANOS SEXO: FEM COR: _____ DATA: 27/7/2020
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
 CIRURGIÃO: TRAÇÃO TRANSEQUELETICA EM TIBIA DIREITA
 CIRURGIÃO: DR FELIPE BOTTER 1º ASS: MR1 AUGUSTO
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR DIREITO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr Augusto Sarmento
 MÉDICO
 CRM/PB 12411

DATA: 27/7/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB SEDAÇÃO

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

PERCUTANEA PARA PASSAGEM DE FIO DE STEIMANN

Achados:

FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

Conduta:

PASSAGEM DE FIO DE STEIMANN Nº 5 TRANSTIBIAL DIREITO

CURATIVOS ESTÉREIS

Fechamento:

CURATIVOS ESTEREIS

X CONTROLE

Observação:

TRAÇÃO COM 10KG

Médico/CRM:

João Pessoa,

27/7/2020


Dr. Augusto Sarmiento
MÉDICO
CRM-PB 12411

Nota de Sala Cirúrgica

✓
BEE TSHL

NOME DO PACIENTE: Jose Mario de Sousa Costa
 IDADE: 31A DE: 12.6.1977 ENFERMARIA: _____ LETO: _____
 CIRURGIÃO: Dr. Cir. Frat. Tração Esquelética de Tíbia (B)
 CIRURGIÃO: Dr.º Felipe Almeida + Dr.º Augusto (R.)
 ANESTESIA: Sedação
 ANESTESISTA: Dr.º Patrick
 INSTRUMENTADOR: -11-
 DATA: 23.07.90 ANESTESIA INÍCIO: 15:00 FIM: _____ CIRURGIÃO INÍCIO: 15:30 FIM: _____

ÍNDICE DE RISCO DE CIRUGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIO	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°11		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°21		FIO DE AÇO N°	
CETANINA		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DEPROERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ALCOOL 70% IODADO 70%		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE		FIO POLILACTINA N°	
FLUMAZEND.		PVPI YODURA		FIO POLILACTINA N°	
HEPFLURANO		PVPI TÓPICO		FIO POLILACTINA N°	
LEVOBUPIVAÍNA CIVASO		SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVAÍNA CIVASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA CIVASO		AGULHA 13X0,5		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA CIVASO		AGULHA 25X0,7		FIO POLIETILENO N°	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X0,9		FIO SEDA N°	
MORFINA		AGULHA 40X12		FIO POLIETILENO N°	
NUMBIUM		AGULHA PERIDURAL N°14		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PROPÓRFOL		AGULHA RAQUÍ N°250		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍ N°260		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ N°270		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
TIOFENTAL		ATADURA CESSADA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
		BOLSA N° COLOSTOMA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
ADRENALINA		CÂNULA N° TRAQUEOSTOMIA N°		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
ATROPINA		CATETER EMBOLEIC ARTERIAL N°		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
HEXINA		CATETER EPIDURAL N°16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
CEFALINA		CATETER EPIDURAL N°17		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSE		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
EFEDRINA		COLET. URINA FICHADO		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
FURAZEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE FENROSE		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
LIDOCAÍNA ORAL		ELETRODOS		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PROSTOMINE		EQUIPO MICROGOTAS		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
TENOXICAN		ESPALDRAPÓ		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
		GAZE		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
		GAZES ALGODADAS		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
		SEL. ELETRÓLITICO		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
		JELCO N°14		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
		JELCO N°16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.

Circulante: Manoela da Nobrega
 837 230
 () SERRA

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 27/07/2020

FRONTUÁRIO: 1248197

PACIENTE: Dr. Mário do Souza Costa SEXO: M COR: BRANCO IDADE: 31 ANOS

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80 7L RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL: BOM REGULAR MAL PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM REGULAR MAL PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VIDS PROSCRIBIDA

AP. RESPIRATÓRIO: EUPNEICO AP. CIRCULATÓRIO: ORTOPNEICO

AP. DIGESTIVO: ENTRANCO CÉREBRO MENTAL: CONSCIENTE DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE: NADA ESTADO FÍSICO (ASA): II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de tíbia

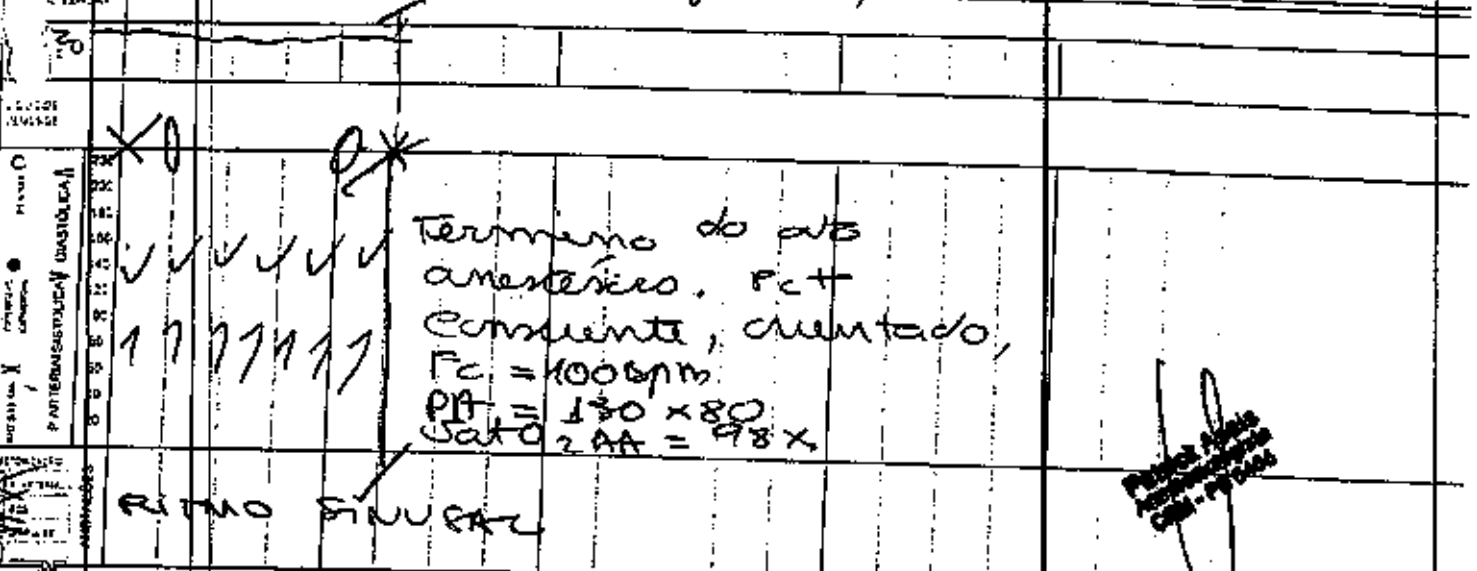
CIRURGIJA REALIZADA: tração esquelética de tíbia

CIRURGIÃO: AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:45h TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:15h DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RES.

ANESTESISTA: Dr. Patrick e Prof. Andreza (MS) CRM-PB:



Próximo Aluno
Inscrição em
CRM - PB

TIPO DE ANESTESIA: GERAL RAQUIDIANA REGIONAL BLOC MEXO BLOC NERVOS OUTROS: Local

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO:

1	NOZ: 2,5mg + 2,5mg	11
2	CLORALIDRATO: 30mg + 10mg	
3	Pipirona 2g	
4		
5		14
6		15
7		16
8		17
9		18
10		19
		20

DESTINO DO PACIENTE: APÓS INTERCARIÓTIPO UTI RESIDÊNCIA OUTROS: URPA

Pré-anestésico: Venoclise em MSG # 20G. Ventilação espontânea sob cateter O2 a 3L/min. Sedação a 1 2 3 ato anestésico sem intercorrências.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

INSCRIÇÃO CRM-PB

Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente JOSÉ MARIO DE SOUSA COSTA é portador do CID : S 82 proveniente de fratura de fêmur direito ocasionado por acidente automobilístico , tendo como seqüela um comprometimento de 75 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho
Medico - CRM-PB 8.742
Av. Dr. João da Mata, nº400
João Pessoa-PB

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

04-01-2021

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA



SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

D. 124.



POLEGAR DIREITO



José Mário de Sousa Costa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015765277962
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 0059829216-0 00/00000000 2019
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

NOME
VANIA LUCIA DE SALES CARNEIRO

CPF / CNPJ 03068690471 PLACA 0GG1236/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 3N1DK3CD4EL219861

ESPECIE TIPO BAS / AUTOMOVEL / COMBUSTIVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO I / NISSAN MARCH 10S FLEX ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP / POT / CL 5 P / 74 / CV CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRATA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. / COTAS
00/00/0000	1*	
PARCELAMENTO - COTAS	2*	
0	3*	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - ICF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 30/12/2019

OBSERVAÇÕES
A. F. BANCO BRADESCO SA - DEBITO AUTOMÁTICO
MAQUINADO PARA TRANSFERÊNCIA

JOAO PESSOA - PB LOCAL DATA 10/01/2020
40681 34584

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015765277962 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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 10/01/2020

PLACA 03058690471 PLACA 0GG1236/PB

RENAVAM 00598292160 MARCA / MODELO I / NISSAN MARCH 10S FLEX

ANO FAB 2013 CLASSE 1 Nº CHASSI 3N1DK3CD4EL219861

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRIAN (R\$) CUSTO DO GRUPO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) RINL SEGRUROS GRUPO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
 COTA UNICA PARCELADO 30/12/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.606/0001-04

34584-1400062-20200110

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200424882

Nome do(a) Examinado(a): JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): RUI BARBOSA, 200, , Santa Rita/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSDS-PB / 3107572

Data e local do acidente: 23/07/2020 - São Gonçalo do Gurguéia/PI

Data e local do exame: 31/03/2021 - João Pessoa/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.10251 , longitude: -34.83361

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FÊMUR DIREITO.

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

TRATAMENTO CIRURGICO

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

Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 45°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumprir frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

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

Sim

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

DOR + RIGIDEZ DO QUADRIL DIREITO + ENCURTAMENTO + REDUÇÃO DA FORÇA GRAU III DO MEMBRO INFERIOR + CLAUDICAÇÃO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Membro Inferior Direito - Médio - 50%

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

A handwritten signature in black ink on a light green background. The signature reads "Andrei Jagan Soares" in a cursive script.



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200924882

Data da solicitação: 22.01.21
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Jone Márcio de Sousa Costa

CPF do beneficiário: 092.341.984-09

Nome do solicitante: Jone Márcio de Sousa Costa

CPF do solicitante: 092.341.984-09

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 888443061 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (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 qual(is) documentos estão sendo entregues:

Novos documentos médicos

Laudo do IML

Boletim de Ocorrência

Notas fiscais complementares

Outros:

(DESCREVER)

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

PREZADO ANALISTA , VENHO ATRAVEZ DESTE , SOLICITAR QUE SEJA REANALIZADO MEU SINISTRO EM VIRTUDE DE NÃO CONCORDAR COM O VALOR PAGO.
ESTOU ENVIANDO NOVO LAUDO MEDICO QUE COMPROVA O GRAU DA MINHA LESÃO.
DESDE JÁ AGRADEÇO SE ANALISAREM DETALHADAMENTE .

Jone Márcio de Sousa Costa 22.01.21
Local e Data

Jone Márcio de Sousa Costa

Assinatura do solicitante ou da quem assinou o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizado, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, e seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337827/20

Número do Sinistro: 3200424882

Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

CPF: 092.397.984-04

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 23/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

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: 22/01/2021
Nome: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA
CPF: 092.397.984-04

JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

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

1 - Nº do contrato ou ASL: 0837827/20 2 - CPF da vítima: 042.397.984-04 4 - Nome completo da vítima: Jose Renato de Souza Costa

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

5 - Nome completo: Jose Renato de Souza Costa 6 - CPF: 042.397.984-04

7 - Profissão: av 8 - Endereço: Rua Bonhor 9 - Número: 300 10 - Complemento:

11 - Bairro: Tibiri 12 - Cidade: Genik Rite 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300000

15 - E-mail: 83988443061 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUANÇA (proposta para os bancos abaixo. Anote uma opção)

Bradesco (237) Itai (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Itai

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito de caixa) (Informar o dígito de caixa)

AGÊNCIA: 9730 CONTA: 49985
(Informar o dígito de caixa) (Informar o dígito de caixa)

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascidos (holandes)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Imprescindível para a validade do pedido:
 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

40 - Local e Data: Genik Rite, PB 12/02/20
Jose Renato de Souza Costa
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)