



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

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200451931

Vítima: PEDRO MACARIO SOARES

Data do Acidente: 08/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO MACARIO SOARES

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 tornozelo 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: **PEDRO MACARIO SOARES**

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

Banco: **237**

Agência: **000001061-8**

Conta: **000008384-4**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200451931 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO MACARIO SOARES **Data do acidente:** 08/09/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.11/12 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 308.987.304-49 4 - Nome completo da vítima: Pedro Marcelo Soares

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

5 - Nome completo: Pedro Marcelo Soares 6 - CPF: 308.987.304-49
 7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Rua Angela 9 - Número: 101 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Das Indústrias 12 - Cidade: Jard Botânica 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58083824
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 83 9992.9283

DADOS CADASTRAIS

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 POUPIANÇA (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: Bradesco
 AGÊNCIA: 1061 8 CONTA: 0008384 4
(Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? 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 AUTORIZADO

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, Jard Botânica 03-12-2020
Pedro Marcelo Soares
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08003.01.2020.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08003.01.2020.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:07 horas do dia 01 de dezembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Pedro Macario Soares**, CPF nº 308.987.304-49, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Josefa Sebastiao da Silva e Manoel Macario Soares, nascido(a) em 16/08/1952 (68 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Angola, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência 101a, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

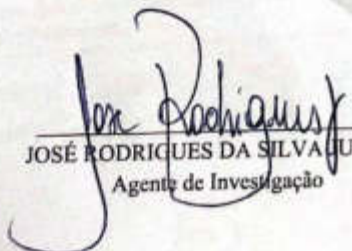
Local: Rua Angola, 101a, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/09/20 09:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

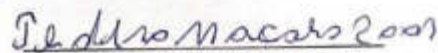
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 08/09/2020, POR VOLTA DAS 09:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA POP DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFM-5904/PB, CHASSI 9C2JB0100HR246343, REGISTRADA EM NOME DE THAISA STEFFANY DE SOUSA LIMA, NA RUA DA ANGOLA, BAIRRO DAS INDUSTRIAS, NESTA CAPITAL, QUANDO UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA COLIDIU NA LATERAL DE SUA MOTOCICLETA; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA E EM SEGUIDA TRNSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EM ANEXO.

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

João Pessoa/PB, 01 de dezembro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


PEDRO MACARIO SOARES
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 308.987.304-49 4 - Nome completo da vítima: Pedro Marcelo Soares

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

5 - Nome completo: Pedro Marcelo Soares 6 - CPF: 308.987.304-49
7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Rua Angela 9 - Número: 101 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Das Indústrias 12 - Cidade: Jard Botânico 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58083824
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 83 9992.9283

DADOS CADASTRAIS

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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1061 8 CONTA: 0008384 4
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? 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 AUTORIZADO

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Jard Botânico 03-12-2020
Pedro Marcelo Soares
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

2110



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senado - Número Lucena



PARAÍBA
Estado do Brasil

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

Boletim de Atendimento: 1255931



Identificação do paciente			
IC 1532975	Nome PEDRO MACARIO SOARES	Sexo Masculino	
Data de nascimento 16/08/1952	Idade 68 anos 23 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião Prontuário
Mãe JOSEFA SEBASTIAO DA SILVA	Pai MANOEL MACARIO SOARES		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ELISABETE DA SILVA SOARES - FILHO(A)		
DDD Celular 83	Celular 988200988	Nº Cns	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 235049	Tipo BAIRRO	UF PB
Local de procedência DISTRITO INDUSTRIAL	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58083629	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro LITUANIA
Numero 27	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS	
Admissão			
Data e Hora 08/09/2020 09:17:18	Número da pulseira 1000008765368	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
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
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		
Sinais Vitais			
PA	x	mmHg	Pulso
Temperatura			
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Líquido [] ECG [] Ultrasonografia []			
Dados clínicos FET. - <i>[Handwritten notes]</i>			
Diagnóstico			CID
Atendido por MISAEEL DE JESUS MEDEIROS			Tempo 01seg

Imprimir



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador: Humberto Lucena



Paraíba
PARAÍBA
Governador do Estado

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

Paciente
PEDRO MACARIO SOARES

Data de nascimento
16/08/1952

Mãe

JOSEFA SEBASTIAO DA SILVA

Endereço
LITUÂNIA, 27

Acidente
MOTO X MOTO

Data/Hora Classificação
08/09/2020 09:17:18

Idade
68a 23d

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

BAE
1255931

Sexo
Masculino

Bairro
INDÚSTRIAS

Data/Hora Entrada
08/09/2020 09:17:18

CNS

Município
JOAO PESSOA

Profissional
RODRIGO SOARES DA COSTA

Data/Hora Prescrição
08/09/2020 09:40:47

Data Beira

Telefone de Contato
(83) 988200988

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional
8809/PB

ANAMNESE

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM RELATO DE COLISAO MOTO/CARRO, QUEIXANDO-SE DE DOR EM REGIAO LOMBAR + ABDOMINAL + TORNOZELO ESQ. NEGA DESMAIO OU VOMITOS. AO EXAME: EGR, CONSCIENTE E ORIENTADO, CORADO, EUPNEICO, GLASGOW 15, FC 70BPM TORAX: EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, SEM DORES OU CREPITAÇÕES ABDOME: FLACIDO E DORES A PALPAÇÃO PROFUNDA PERIUMBILICAL PELVE: NDN EXT: EDEMA + DOR EM TORNOZELO ESQ CD: CETOPROFENO + TC DE COL LOMBOSSACRA + RX DE TORNOZELO + FAST + RX DE TORAX + AVALIAÇÃO DA NCR + ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE SF)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRRAFIA - FAST

TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA SI/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ARTICULACAO TIBIO TARSICA ESQUERDO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Rodrigo Soares
Médico
CRM-PB 8809
CRM-PE 22015

Enfermeiro

RODRIGO SOARES DA COSTA
(CRM: 8809/PB)

Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 08/09/2020 09:17:19



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Unidade: Humberto Lucena



PARAIBA
Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONÇALVES, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2993262

Paciente: PEDRO MACARIO SOARES	BAE: 1255931	Data/Hora Entrada: 08/09/2020 09:17:18	Data Baixa:
Data de nascimento: 16/08/1952	Idade: 68a 23d	Sexo: Masculino	Telefone de Contato: (83) 988206988
Mãe: JOSEFA SEBASTIAO DA SILVA		CNS:	Prontuário:
Endereço: LITUÂNIA, 27	Bairro: INDÚSTRIAS	Município: JOÃO PESSOA	UF: PB
Acidente: MOTO X MOTO	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional: CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cont. Regional: 9301/PB
Data/Hora Classificação: 08/09/2020 09:17:18		Data/Hora Prescrição: 08/09/2020 11:19:35	

ANAMNESE

ORTOPIEDIA # DOR EM TORNOZELO ESQ APOS TRAUMA DIRETO # ESCORIAÇÃO EM FACE MEDIAL DE TORNOZELO + EDEMA # RX COM FRATURA DE MALEOLO LATERAL + ABERTURA DE PINÇA # TALA + ENCAMINHAMENTO P/ TRAUMINHA

CUIDADOS

CURATIVO

PROCEDIMENTO

BOTA TALA, (OBSERVAÇÕES: ESQ)

CID10

S82.4 - Fratura do perônio (fibula)

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Frederico Boulitreau
CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU
(CRM: 9301/PB)

Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 08/09/2020 09:17:19


HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MEDICA

Usuário: RODRIGO
Senha: 1255931



Nome	PEDRO MACARIO SOARES		Data de Nascimento	16/08/1952	Idade	68	Sexo	MASCULINO	Nº	1255931	Nº Prontuário	08/09/2020 09:40:47		
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Matricula		Data da entrada:		Data da Internação:		Validade da Prescrição		08/09/2020 09:40:00 - 09/09/2020 09:40:00			
Convênio	SUS		Via de Admín.		Veloc. Inf.		Pos		Aprazamento		Permanência na		Permanência no	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	E.V.	AGORA
1 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG	Observação: DILUIR EM 100ML DE SF		

Reimpresso por:
da: Dr. Rodrigo Soares
Médico
CRM-EB 8809
CRCVZPE 23015

Assinatura e Garimbo do Profissional

RODRIGO SOARES DA COSTA
CRM: 8809

HOSPITAL EST/ DUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉD CA

Usuário: CARLOS
 Boléim 1255931
 Data Prescrição 08/09/2020 11:19:35



Nome	PEDRO MACARIO SOARES		Data de Nascimento	16/08/1952	Idade	68	Sexo	MASCULINO	Nº	1255931	Nº Prontuário		Data Prescrição	08/09/2020 11:19:35
Motivo do Atendimento			Enfermaria / Leito	Matrícula					Validade da Prescrição	08/09/2020 11:19:00 - 09/09/2020 11:19:00		Senha		
Convênio	SUS								Data da entrada:	08/09/2020 09:17:18	Data da Internação:		Permanência na	Zh Zmni
									Via de Admin.		Veloc. Inf.		Pos	
Nome do medicamento													Apresentação	
1	CURATIVO													

Reimpresso por: _____
 dia: _____

Assinatura e Carimbo do Profissional

CARLOS FREDERICO TORRES SOARES
 CRM: 9301

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 685727

Nome	PEDRO MACARIO SOARES		CNS	Idade
Data de Nascimento	16/08/1952	Boletim Emergencia	1255931	Prontuario
Material a examinar				

Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO

Data Prescrição: 08/09/2020 09:40:47

EXAME DE IMAGEM
 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
 ULTRASSONOGRAFIA - FAST
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE
 RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ARTICULACAO TIBIO TARSICA ESQUERDO

fast
 08 09 2020
 09 55

Dr. Vildomar Balduino Jr.
 Urologista
 CRM-PB 19871 RQE 536

TOMOGRAFIA

TIPO... LOMBAR

DATA... 08/09/2020

HORA... 18

NOME DOTC. RAD.: Balduino

ASS.: Lu

Relimpresso por: Rodrigo Soares
 Médico
 CRM-PB 9809
 CREMEPE 22015



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: PEDRO MACARIO SOARES				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 68 A	SEXO: M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 08/09/2020		DATA DE ALTA: 30/09/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral ESQUERDO</i>					CID S82.5
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO [HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES]

Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral ESQUERDO foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações de relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA AINE

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR RAVA

Assinado P. S. Neto
Médico
CRM / PB - 13.126

30/09/2020

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURIFF

Data: 08/09/2020

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 12:53:50

4096-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Recepcionista: CLELIA FERREIRA RODRIGUEZ

Nome: - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: PEDRO MACARIO SOARES

Num. Prontuario: 2020.09.000666

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 308.997.304-49

INS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 235049 Fone: 988200988

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 16/08/1952 Id: 68 ano(s)

End.: RUA LITUANIA, 27

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSEFA SEBASTIAO DA SILVA

Pai: MANOEL MACARIO SOARES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: COMERCIANTE

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: PEDRO MACARIO SOARES

Responsavel: 988200988 / IDENTIDADE: 235049

Precedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Hicenia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Hrc. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Diagnóstico Principal

Observacao

FACTUACAO, AVALIACAO DA ORTOPEDIA

TRUQUE TOKIONK e TAT (E)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

PA Bimaleolar (E)

PA.

Prescricao

Horario da medicacao

Intencao

Dr. Yuri Cardiro

Ortop. Trauma

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: PEDRO MACANIO SOARES Data da Admissão: 08/09/20
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: DOH e TN? @

HDA:

v. ÚLIMA DE TRAUMA TORCIONAL e TN? @

DOH e EDEMA

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Soluço [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: FX DE TMT + ABENHA PINTA

Conduta: _____

M. CIRÚRGICO
Dr. J. C. ...
Ortopedia e Traumatologia
Dr. ...

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Preparo em DD 503 havi

2. Anestesia + CCE

Incisão:

3. V. + os tecidos locais p/ Alveolo
local do maxilar superior

4. Dissociação dos dentes + assistência do
Toco do maxilar - Proteção do
Osso ósseo.

Achados:

5. Presença de fratura sagital e lateral
1/3 superior

6. Presença de fratura e/ou fraturas

7. Contusão da gengiva

Conduta:

7. Realização de fratura e/ou fraturas
9. Curativo ósseo

Carlos Augusto Rêgo
CRM-PB 4973

Fechamento:

OBS:

Data: ___/___/___

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
PEDRO MACARIO SOARES

INSC. EM TÍTULO / ORG. EMISOR LP
235049 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
308.987.304-49 16/08/1952

FILIAÇÃO
MANOEL MACARIO SOARES

JOSEFA SEBASTIAO DA
SILVA



PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 B

Nº REGISTRO
00388344752

VALIDADE
23/11/2021

1ª HABILITAÇÃO
18/08/1988

OBSERVAÇÕES

Pedro macario soares

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
24/11/2016

Amelia

ASSINATURA DO EMISOR

43715805842
PB033567859

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1404178903

RECEBIDO PLASTIFICAR
404178903

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360858/20

Vítima: PEDRO MACARIO SOARES

CPF: 308.987.304-49

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO MACARIO SOARES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PEDRO MACARIO SOARES : 308.987.304-49

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: 14/12/2020
Nome: PEDRO MACARIO SOARES
CPF: 308.987.304-49

PEDRO MACARIO SOARES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2020
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

JOSIVAN GOMES DA SILVA