
Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200410406

Vítima: ROSIL GOMES DE SOUZA

Data do Acidente: 02/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSIL GOMES DE SOUZA

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

superiores 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: **ROSil GOMES DE SOUZA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001911**

Conta: **0000012669-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200410406

Cidade: Lagoa de Dentro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROSIL GOMES DE SOUZA

Data do acidente: 02/08/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL.
FRATURA EM OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2/14/15 _CIRURGIA

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 918.344.902 82 4 - Nome completo da vítima: Rozil Gomes de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 48/2012

5 - Nome completo: Rozil Gomes de Souza 6 - CPF: 918.344.902
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. José Rodrigues Moura 9 - Número: 26 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 83-9992-9293

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: _____

Declare, 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) 013
 AGÊNCIA: 1911 CONTA: 12669 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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.

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 (nascitor)? 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 certificação, 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 (se houver)
 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 _____

40 - Local e Data, João Pessoa - 11-11-2020
Rozil Gomes de Souza
 41 - Assinatura da vítima ou representante legal (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07025.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07025.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:41 horas do dia 10 de novembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Rosil Gomes de Souza**, CPF nº 918.344.907-82, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Laura Enedina da Conceição e Manoel Gomes de Souza, natural de Lagoa de Dentro/PB, nascido(a) em 06/07/1963 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose Rodrigues de Moura, Nº 26, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Bayeux/PB.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua do Comercio, Xx, Lagoa de Dentro/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/08/20 07:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 02/08/2020, POR VOLTA DAS 07:00, ESTAVA ATRAVESSANDO A RUA DO COMERCIO, CENTRO, LAGOA DE DENTRO/PB, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA (FACE) + FRATURAS MÚLTIPLAS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA; QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ANTONIO F. S. NETO.

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, 10 de novembro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


ROSIL GOMES DE SOUZA
Noticiante

Procedimento Policial: 07025.01.2020.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 918.344.902 82 4 - Nome completo da vítima: Rozil Gomes de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 48/2012

5 - Nome completo: Rozil Gomes de Souza 6 - CPF: 918.344.902
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. José Rodrigues Moura 9 - Número: 26 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 83-9992-9293

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: _____

Declare, 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) 013
 AGÊNCIA: 1911 CONTA: 12669 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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.

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou 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 (nascitor)? 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 certificação, 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 (se houver)
 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

40 - Local e Data, Bayeux, Paraíba - 11-11-2020
 41 - Assinatura da vítima ou representante legal: Rozil Gomes de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

EDUARDO GOMES DE SOUZA
 RUA JOSE RODRIGUES MOURA, 26 - CENTRO
 BAYEUX / PB CEP: 59305000 (AG. 1)



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Br200, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 59071-880
 CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Ligação: MONOFÁSICO
 Cis/Séc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
 Roteiro: 8-8-181-420 Referência: Dez / 2019
 Medidor: 00001298394 Emissão: 18/12/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 035.791.792
 Cód. para Déb. Automático: 00011457074

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2019	16/12/2019	15/01/2020	083.820.634-46 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1145707-4

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
 Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009,
 informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
 Aproveite o 13º e regularize suas contas em atraso, podemos negociar para você começar o ano novo numa boa!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/11/19	8842	18/12/19	8740		98	32

Demonstrativo

Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Coleta	Atq	ICMS (R\$)	Borr. Calc	Pot (R\$)	Outros (R\$)
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Pto. Definição (R\$)	(1,0546%)	(4,8589%)		
-	Consumo em kWh	98,000	0,789430	77,36	77,36	25	19,34	77,36	0,81	3,75
				2,95	2,95	25	0,73	2,95	0,03	0,14
								0,05	0,01	0,05

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ROSIL GOMES DE SOUZA					PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 57 A	SEXO: M	COR:	CLÍNICA: <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:	
DATA DE ADMISSÃO: 02/08/2020		DATA DE ALTA: 05/08/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos do Antebraço ESQUERDO</i>					CID S52	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio e ulna</i>						
TERAPÊUTICA 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 antebraço ESQUERDO foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas, parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com 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(a) 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: *ATB, AINE E ANALGÉSICO*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
 Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **07** dias para revisão. (DR. YURI)

_____ **05/08/2020** _____
 DATA


 Antônio F. S. Neto
 Médico
 CRM - PB - 13.125

 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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROSIL GOMES DE SOUZA
DADOS DE NASCIMENTO 06/07/63
NOME DA MÃE LAURA ENEDINA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.249.252

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 02/08/2020
HORA DO ATENDIMENTO 10:42
MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO

DIAGNÓSTICO (S) FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA (FACE) + FRATURAS MÚLTIPLAS DO ANTEBRAÇO E

CID 10 S 01.7 + S 52.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento em clacada da sua residência, há cerca de 30 minutos, trazido pelo SAMU, apresentando referir dor em antebraço E + deformidade e edema difuso na face + dor na língua com ferimento corto-contuso e também na região frontal, periorbital e lábio superior, além de sinais de epistaxe. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face
RX do tórax - AP
RX do antebraço E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

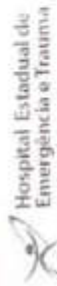
Fratura múltiplas do antebraço E ao RX. Sem alteração à TC da face. Sem resultado da outra TC, USG e do outro RX. Realizado atendimento, suturas, medicação, imobilização e encaminhado ao Ortopedia para tratamento cirúrgico aos cuidados da Ortopedia conforme pactuação. Tratamento das outras lesões aos cuidados da BucoMaxiloFacial, Neurocirurgia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 02/08/20
DATA DE EMISSÃO: 08/10/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



Receituário

Paciente: ROSIL GOMES DE SOUZA
Data: 02/08/2020 13:36:46
Idade: 57
BAE: 1249252

Sexo: Masculino
CPF: Não Informado

ORIENTAÇÕES:

- 1- LAVAR OS FERIMENTOS COM ÁGUA CORRENTE E SABÃO NEUTRO DIARIAMENTE
- 2- EVITAR EXPOSIÇÃO SOLAR. USE PROTETOR SOLAR E CHAPÉU
- 3- COMPRESSA GELADA EM FACE PROTEGIDA POR 20 MINUTOS A CADA 6 HORAS NAS PRIMEIRAS 48H
- 4- COMPRESSA MORNIA EM FACE PROTEGIDA POR 20 MINUTOS A CADA 6 HORAS A PARTIR DO TERCEIRO DIA SE DOR, HEMATOMA OU EDEMA
- 5- REMOVER A SUTURA DA PELE NO POSTO DE SAÚDE APÓS 10 DIAS

Andre Gustavo Barbosa Luna
Curso: Biotecnologia
CRM: 3040/PB

Dr. ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
3040/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



Receituário

Paciente: ROSIL GOMES DE SOUZA
Data: 02/08/2020 13:36:46
Idade: 57
BAE: 1249252

Sexo: Masculino
CPF: Não Informado

ORIENTAÇÕES:

- 1- LAVAR OS FERIMENTOS COM ÁGUA CORRENTE E SABÃO NEUTRO DIARIAMENTE
- 2- EVITAR EXPOSIÇÃO SOLAR. USE PROTETOR SOLAR E CHAPÉU
- 3- COMPRESSA GELADA EM FACE PROTEGIDA POR 20 MINUTOS A CADA 6 HORAS NAS PRIMEIRAS 48H
- 4- COMPRESSA MORNIA EM FACE PROTEGIDA POR 20 MINUTOS A CADA 6 HORAS A PARTIR DO TERCEIRO DIA SE DOR, HEMATOMA OU EDEMA
- 5- REMOVER A SUTURA DA PELE NO POSTO DE SAÚDE APÓS 10 DIAS

Andre Gustavo Barbosa Luna
Curso: Biotecnologia
CRM: 3040/PB

Dr. ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
3040/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



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Unidade - Instituto Juvenal



PARAÍBA
Estado do Estado

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

Paciente ROSIL GOMES DE SOUZA	BAE 1249252	Data/Hora Entrada 02/08/2020 10:42:52	Data Baixa
Data de nascimento 06/07/1963	Idade 57a 27d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987987696
Mãe LAURA ENEDINA DA CONCEIÇÃO		CNS 702803636177366	Prontuário
Endereço DO COMÉRCIO, 584, 160	Bairro CENTRO	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional ALINNE MIRLANIA SABINO DE ARAUJO	Nº Cons. Regional 13004/PB
Data/Hora Classificação 02/08/2020 10:42:52		Data/Hora Prescrição 02/08/2020 10:55:00	

ANAMNESE

- CIRURGIA GERAL - PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM PROTOCOLO DE TRAUMA, COM RELATO DE ATROPELAMENTO EM CALÇADA DA SUA RESIDENCIA, HA CERCA DE 30MIN. NEGA DOR ABDOMINAL, DOR TORACICA, NAUSESA E VÔMITOS, NO MOMENTO, REFERINDO DOR EM ANTEBRACO ESQUERDO (O QUAL APRESENTA DEFORMIDADE) E DOR EM LINGUA (ONDE APRESENTA FCC), E APRESENTA FCC EM REGIÃO FRONTAL. MOVIMENTOS DOS MMII PRESERVADOS. AO EXAME: CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, HIDRATADO, CORADO, AAA. A: VIAS AÉREAS PERVIAS, SEM CERVICALGIA B: EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, SEM CREPTAÇÕES A PALPAÇÃO. C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO, ABDOMEN FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA. PÉLVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. E: SEM ESCORIAÇÕES, ADM PRESEVADA, FCC EM LINGUA E REGIÃO FRONTAL CONDUTA - AVALIAÇÃO DA NCR - TC DE CRANIO - AVALIAÇÃO DA BMF - TC DE FACE - RX DE TORAX E USG FAST - RX DE ANTEBRACO ESQ - PARECER DA ORTO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA DE FACE)
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: 2 INCIDENCIAS)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Alinne Mirliana S. de Araújo
Médica Residente Cirurgia Geral
CRM/PB 13004

ALINNE MIRLANIA SABINO DE ARAUJO
(CRM: 13004/PB)

Enfermeiro

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/08/2020 10:42:53



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senado: Humberto Lucena



Sumos Lidos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ROSIL GOMES DE SOUZA	1249252	02/08/2020 10:42:52	Telefone de Contato
Data de nascimento	Idade	Sexo	(83) 987987696
06/07/1963	57a 27d	Masculino	Prontuário
Mãe		CNS	
LAURA ENEDINA DA CONCEICAO		702803636177366	
Endereço	Bairro	Município	UF
DO COMERCIO, 584, 160	CENTRO	LAGOA DE DENTRO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X PEDESTRE	ATROPELAMENTO	ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA	3040/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/08/2020 10:42:52		02/08/2020 13:37:45	

ANAMNESE

#BMF# PACIENTE RELATA TER SIDO VITIMA DE ATROPELAMENTO HA CERCA DE 7 HORAS. NEGA VÔMITO, DESMAIO, DOENÇAS DE BASE E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NO MOMENTO EM BEG, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO, EM MACA. AO EXAME FISICO APRESENTA EDEMA DIFUSO EM FACE, FCC EM REGIÃO FRONTAL, PERIORBITAL E LÁBIO SUPERIOR. SINAIS DE EPSTAXE SEM SANGRAMENTO ATIVO. MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS. CAVIDADES NASAIS PÉRVIAS. BOA ABERTURA BUCAL. TC: SEM SINAIS DE FRATURA. CD: 1. AVALIAÇÃO; 2. SUTURA; 3. PRESCRIÇÃO; 4. ORIENTAÇÕES; 5. ALTA BMF AOS CUIDADOS DA NCR E ORTOPEDIA.

Conduta

Em observação


Andre Gustavo Barbosa Luna
Cirurgião Supl. Maxilo-Facial
CRO 1940 PB

Enfermeiro

ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
(: 3040/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/08/2020 10:42:53

NOK



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Fead. 14/07/2019



HOSPITAL
ESTADUAL DE
EMERGÊNCIA E
TRAUMA

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 53031090
Tel: 32195700 - CNES: 2293202

Paciente ROSIL GOMES DE SOUZA	BAE 1249252	Data/Hora Entrada 02/08/2020 10:42:52	Data Sine _____
Data de nascimento 06/07/1963	Idade 57a 27d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987987696
Mãe LAURA ENEDINA DA CONCEICAO		CNS 702803638177356	Profissional _____
Endereço OO COMÉRCIO, 584, 160	Bairro CENTRO	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Atividade MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cons. Regional 9301/PB
Data/Hora Classificação 02/08/2020 10:42:52		Data/Hora Prescrição 02/08/2020 13:30:50	

ANAMNESE

ORTOPELIA e # DOR EM ANTEBRACO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO # RX COM FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRACO
ESQ # TALA AXILOPALMAR # AGUARDANDO CONDLUTA DA NEURO PARA ENCAMINHAMENTO # P/ ORTOTRAUMA DE MANGA/BEIÇA

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: ESQ)

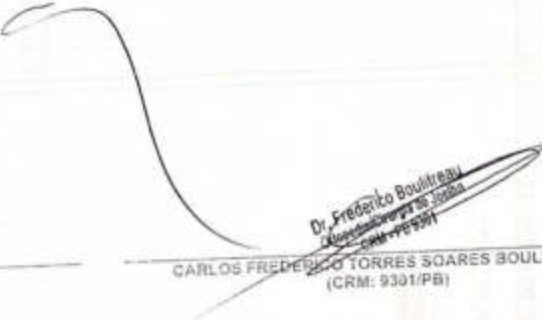
CID10

S51.9 - Ferimento do antebraço, parte não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro


Dr. Frederico Boulitreau
Otorrinolaringologista
CRM-PB 93991
CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU
(CRM: 9301/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARÇAL em 02/08/2020 10:42:53



Recetário de Controle Especial

Recetário de Controle Especial

Unidade de Saúde
HEETSIL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, SN Conj. Pedro
Gondim, João Pessoa - Paraíba - Cx. 58031-090

Paciente
ROSSI GOMES DE SOUZA

Nº Cartão do SUS
702863636177366

BE
1249252

Endereço do Paciente
Rua DO COMÉRCIO, 884, 160, LAGOA DE DENTRO-PB-58250970

Unidade de Saúde
HEETSIL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, SN Conj. Pedro
Gondim, João Pessoa - Paraíba - Cx. 58031-090

Paciente
ROSSI GOMES DE SOUZA

Nº Cartão do SUS
702863636177366

BE
1249252

Endereço do Paciente
Rua DO COMÉRCIO, 884, 160, LAGOA DE DENTRO-PB-58250970

USO INTERNO

1 - CEFALEXINA 500MG ----- 28 CÁPSULAS
TOMAR 01 CÁPSULA DE 600H DIJ ANTE 07 DIAS.

2 - NIMESULIDA 100MG ----- 10 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12H DURANTE 05 DIAS.

3 - DIFPIRONA 500MG ----- 1 CX.
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 600H EM CASO DE DOR.

USO INTERNO

1 - CEFALEXINA 500MG ----- 28 CÁPSULAS
TOMAR 01 CÁPSULA DE 600H DURANTE 07 DIAS.

2 - NIMESULIDA 100MG ----- 10 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12H DURANTE 05 DIAS.

3 - DIFPIRONA 500MG ----- 1 CX.
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 600H EM CASO DE DOR.

Andre Gustavo Barbosa Luna
Andre Gustavo Barbosa Luna
Cirurgião Geral - R. João Pessoa - F. Real
CRO 3040 PB

Andre Gustavo Barbosa Luna
Andre Gustavo Barbosa Luna
Cirurgião Geral - R. João Pessoa - F. Real
CRO 3040 PB

02/08/2020
Data

Dr. ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
3040/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Identidade: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome completo: _____

Identidade: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Ass. Farmacêutico _____

Data: _____

02/08/2020
Data

Dr. ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
3040/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Identidade: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome completo: _____

Identidade: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Ass. Farmacêutico _____

Data: _____



Parecer Médico

Nome ROSIL GOMES DE SOUZA	Idade 57A 27D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1249252	Data de Entrada 02/08/2020 10:42:52	Data Internação
Convênio SUS	Leito	Clínica CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade 12min
		Permanência no Leito

Parecer médico

Especialidade
ORTOPEDIA

Profissional

Motivo da solicitação **Data da Solicitação:** 02/08/2020 10:54:27
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM PROTOCOLO DE TRAUMA, COM RELATO DE ATROPELAMENTO EM CALÇADA DA SUA RESIDENCIA, HA CERCA DE 30MIN. NEGA DOR ABDOMINAL, DOR TORACICA, NAUSESA E VÔMITOS. NO MOMENTO, REFERINDO DOR EM ANTEBRACO ESQUERDO (O QUAL APRESENTA DEFORMIDADE) E DOR EM LINGUA (ONDE APRESENTA FCC), E APRESENTA FCC EM REGIÃO FRONTAL. MOVIMENTOS DOS MMII PRESERVADOS.

Parecer **Data de Resposta:**

Dr. Abimeu Maranhão de Araújo
Médica Residente Cirurgia Geral
CRM/PB 3304



Parecer Médico

Nome ROSIL GOMES DE SOUZA	Idade 57A 27D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1249252	Data de Entrada 02/08/2020 10:42:52	Data Internação
Convênio SUS	Leito	Clínica CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade 12min
		Permanência no Leito

Parecer médico	Profissional
Especialidade NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM PROTOCOLO DE TRAUMA, COM RELATO DE ATROPELAMENTO EM CALÇADA DA SUA RESIDENCIA, HA CERCA DE 30MIN. NEGA DOR ABDOMINAL, DOR TORACICA, NAUSESA E VÔMITOS. NO MOMENTO, REFERINDO DOR EM ANTEBRACO ESQUERDO (O QUAL APRESENTA DEFORMIDADE) E DOR EM LINGUA (ONDE APRESENTA FCC), E APRESENTA FCC EM REGIÃO FRONTAL. MOVIMENTOS DOS MMII PRESERVADOS.	Data da Solicitação: 02/08/2020 10:54:11
Parecer	Data de Resposta:

Dr. Anne Miriam S. de Araújo
Médica Residente Cirurgia Geral
CRM/99-13084



Parecer Médico

Prontuário

Nome ROSIL GOMES DE SOUZA	Idade 57A 27D	Permanência na Unidade 12min
Boletim de Atendimento 1249252	Data de Entrada 02/08/2020 10:42:52	Permanência no Leito
Convênio SUS	Leito	
	Data Internação	
	Clinica CIRURGIA GERAL	

Parecer médico

Profissional

Especialidade
BUCOMAXILOFACIAL

Motivo da solicitação **Data da Solicitação:** 02/08/2020 10:54:45
 PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM PROTOCOLO DE TRAUMA, COM RELATO DE ATROPELAMENTO EM CALÇADA DA SUA RESIDENCIA, HA CERCA DE 30MIN. NEGA DOR ABDOMINAL, DOR TORACICA, NAUSESA E VÔMITOS. NO MOMENTO, REFERINDO DOR EM ANTEBRACO ESQUERDO (O QUAL APRESENTA DEFORMIDADE) E DOR EM LINGUA (ONDE APRESENTA FCC), E APRESENTA FCC EM REGIÃO FRONTAL. MOVIMENTOS DOS MMII PRESERVADOS.

Parecer

Data de Resposta:

Dr. Manoel Antônio S. de Araújo
 Médico Especialista em Cirurgia Maxilo-Facial

Albú

TRAUMÁTICAS



Hospital Estadual de Emergências de Teresopolis

M^o:

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS		
Nome	CNS	Idade
ROBIL GOMES DE SOUZA	702603636177366	
Data de Nascimento	Boletim Emergencia	Prontuario
06/07/1963	1249237	
Material a examinar		
Seção:		
SALA DE ESTABILIZAÇÃO		
Data Prescrição:		
07/08/2020 13:30:50		
PROCEDIMENTO		
TALA AXILO PALMAR (ESQ)		

Reimpresso por: _____
dia: _____

Dr. Francisco de Jesus
CRM - RJ 3701

Assinatura e Carimbo do Profissional

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOMAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TANCRISIO BUENY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE 3/N
58056-384 JOMAO PESSOA Fone:(83)3214-1980
FAX:() - CIBRJ

Ficha Nr: 332761 Atcd: Mao Requiado
Data: 02/08/2020
Hora: 17:15:17
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ONTOPEDEIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: ROSIL GOMES DE SOUZA
Nome Social: NAO INFORMADO
CNS: 702803636177366 Sexo: M IDENTIDADE: 905904 Fone: 987987696
Natural: LAGOA DE DENTRO/PB Data Nasc.: 06/07/1963 Id: 57 ano(s)
End.: RUA DO COMERCIO,584
Bairro: CENTRO Cidade: LAGOA DE DENTRO UF: PB
Mae: LAURA ENEDINA DA CONCEICAO Pai: MANOEL GOMES DE SOUZA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado CIVIL: CASADO(A)
Ocupação: AUTONOMO Escolaridade: SEM INSTRUCAO

Informações de Entrada
Resp.: ROSIL GOMES DE SOUZA
Telem.: c. Responsavel: 987987696 / IDENTIDADE: 905904
Precedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vítima de acidente por: ATROPELAMENTO
Vítima de violência por: NAO

Condicoes do Paciente ao Ser Atendido
 Grave
 Politraumatizado
 Convulsão
 Hemorragia
 Displasia
 Agitado
 Chocado
 Regular
 Vômito
Observacao

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
cheiro no entrelax e no 12c -
sem lesões

Diagnostico
Ex. físico to chest.

Prescricao
as: 1mg P1
100
ambipol

Horario da medicacao

Conduza

Dr. Maria Tereza de Souza
OAB 100000



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Rozil Gomes de Souza</i>		Registro:	
Idade: <i>57a</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clínica: <i>OP</i>
Data: <i>07/10/2008</i>		EMP:	LR:
Cirurgião: <i>Dr. Romulo</i>		1º Assistente: <i>Jur</i>	
2º Assistente:	3º Assistente:		Instrumentador:
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>fx de osso de antebraço (E)</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>O mesmo</i>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<i>RAFI</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico		Descreva:	
1 () Sim			
2 () Não			
Biópsia de Congelação:			
1 () Sim			
2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Prepare:

V. em DTH sobre B. B. B.
Anestesia + Antissepsia
Preparo de campos estereis
Gonete em NS (3)

Incisão:

Fs dos ossos de antebraço (3)

Achados:

Conduta:

Redução aberta + aproximação
com placa DCP 7 furos
em radio, com 3 parafusos prox
e 3 parafusos distais

Fechamento:

Fs de ulna reduzido aberta
e posicionado placa DCP 6 furos
com 2 parafusos distais e 2 proximais

OBS:

Sutura poplar
Renda + talat + Renda
gonete de NS (3)

Data

04.08.2020

Dr. Valdean Carvalho Jr
CRM-PB-19908
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: ___/___/___

Nome: Rosel C. de Souza
 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: Ex dos ossos ansebras

HDA: NP

Medicações em uso: Int. 1/ 10 ansebras

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 Solução 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-reposu 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: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]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: *dx ossos do antebraço*

Conduta: *mt. p do antebraço*

Dra. Jacara Fernandes Florença
Ortopedia-traumatologia
CRM 8907

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA **IFC-DI**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Renan Gomes de Souza

SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

905.904-25 Via

19-04-1993

ROSTIL GOMES DE SOUZA

Manoel Gomes de Souza

Laura Medina da Conceição

Laegoa de Dentro-PB.

06-07-1963

DATA DE NASCIMENTO

Cert. de Cas. Com Averb. de Divorcio
No 2010, Fls. 47-V-Inv. L-B-7-Cart. de
Ernesto Geisel e João Pessoa-PB.

Manoel Gomes de Souza
Mantenedor Superior

LEI Nº 2.112 DE 29.08.64

010

NASCIMENTO

Ct. 07.63

INSCRIÇÃO NO CPF

518 344 907 82

CONTRIBUINTE

FC511 OCNES DE SCL2A


ANTONIO NUNES
SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200410406

Cidade: Lagoa de Dentro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROSIL GOMES DE SOUZA

Data do acidente: 02/08/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL.
FRATURA EM OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2/14/15 _CIRURGIA

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0325786/20

Vítima: ROSIL GOMES DE SOUZA

CPF: 918.344.907-82

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIL GOMES DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSil GOMES DE SOUZA : 918.344.907-82

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: 16/11/2020
Nome: ROSIL GOMES DE SOUZA
CPF: 918.344.907-82

ROSIL GOMES DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2020
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

JOSIVAN GOMES DA SILVA