

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Nº Sinistro: 3180309603

Vitima: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Data do Acidente: 20/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180309603**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13078523



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Nº Sinistro: 3180309603

Vítima: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Data do Acidente: 20/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180309603**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	011.011.717.40	Isaque Rodrigues Jordão

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Isaque Rodrigues Jordão	011.011.717-40	Integrante
Endereço	Número	Complemento
Rua Dr. Rosendo Elias	29	
Bairro	Cidade	CEP
Centro	Salgado de São Felix	58.370-000
Email	Estado	Telefone (DDD)
	PB	(35) 9904-9000

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider, que o endereço acima segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

05 JUL 2018

**PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA**

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO.	D/V	<b>CONTA</b> NRO.	D/V
0733		00020676	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<b>BANCO</b> Nome		NRO	
<b>AGÊNCIA</b> NRO.	D/V	<b>CONTA</b> NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Itaboraí, 28 de junho de 2018

Local e Data

Isaque Rodrigues Jordão

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 067/2018**

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2017, encontramos a ocorrência de nº 067/2018, que passamos a transcrever na íntegra: Aos vinte dias do mês de junho do ano de 2018, nesta cidade de Salgado de São Félix, Estado da Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, presente Dr. Ricardo Rolim Ramalho, Delegado de Polícia Civil, aí, por volta das 08h30min, compareceu **IZAQUIEL RODRIGUES JORDÃO**, brasileiro, união estável, ensino fundamental, natural de Salgado de São Félix/PB, com 49 anos de idade, nascido aos 12.02.1969, filho de Manoel Rodrigues Jordão e Maria Alves Jordão, fotógrafo, RG: 1369225 SSP/PB, CPF: 011.011.717-40, residente na Rua Rosendo Elias, nº 29, de Salgado de São Félix/PB., a qual passou a **NOTICIAR**:

Que no dia vinte de janeiro do corrente ano (20.01.2018), por volta das 22h00min, sofreu um acidente automobilístico quando pilotava sua moto de marca HONDA NXR 150 BROS ES, ano fab/mod 2011/2011, cor PRETA, de placa PFI 3648/PE, CHASSI 9C2KD0550BR038503, RENAVAM 34402100, licenciada em nome de José Manoel de Freitas, e quando trafegava nas imediações do Sítio Rodeador, zona rural de Salgado de São Félix/PB, para livrar um buraco existente na pista, perdeu o controle de sua moto chegando a cair; Que foi socorrido ainda na noite do dia 20.01.2018 para o Hospital Regional da cidade de Itabaiana/PB, sendo transferido na madrugada do dia 21.01.2018 para o Complexo Hospitalar de Mangabeira (Trauminha) na cidade de João Pessoa/PB; Que sofreu **FRATURA DE ULNA ESQUERDA**, passando por procedimento cirúrgico, ficando internado por dez dias.

Era o que continha dita ocorrência. Ciente a declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Salgado de São Félix/PB, aos vinte dias do mês de junho de 2018, eu, Policial que digitei, assino.

*IZAQUIEL RODRIGUES JORDÃO*

**IZAQUIEL RODRIGUES JORDÃO**

Noticiante

*HOSANA CORREIA DE MORAIS*

**HOSANA CORREIA DE MORAIS**

Escrivã de Polícia Civil

Mat. 69.838-5





ESTADO DA PARAIBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SALGADO DE SÃO FÉLIX  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ 11.462.050\0001-07

Gabinete do Secretário. Salgado de S. Félix, 19 de Fevereiro de 2018.

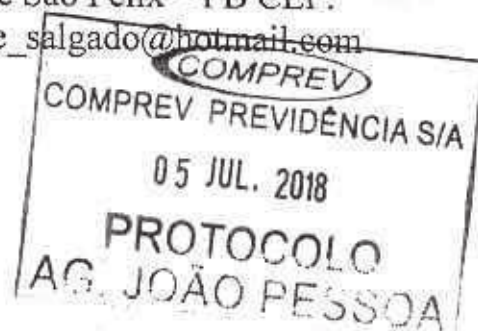
**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Izaquiel R. Jordão, 48 anos** Morador da Rua Rosendo Elias, neste Município, foi socorrido na Ambulância do Município, vítima de um acidente de moto para o Hospital Regional de Itabaiana, onde deu entrada, no dia 20 de Janeiro de 2018.

Flávio Roberto Tavares Pessoa  
SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE  
CPF 029.661.111-00  
SALGADO DE SÃO FÉLIX - PB

Flávio Roberto Tavares Pessoa  
Secretário Adjunto Municipal de Saúde

SMS – Rua Jose Silveira, Centro - Salgado de São Félix – PB CEP:  
58.370.000 – Fone: 3280-1061 - E-mail: saude\_salgado@hotmail.com





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Manoel de Freitas,  
RG nº 2397154, data de expedição 23/01/97,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 012.896.234-81, com  
domicílio na cidade de Gregório de São Félix, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Maum Barbosa, nº SIN,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Jaquiel Rodrigues Jordão, cujo o condutor era  
Jaquiel Rodrigues Jordão.

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda NXR 150  
Ano: 2011  
Placa: PF1 3648  
Chassi: 9CR D0550 BR038503  
Data do Acidente: 20/01/2018  
Local e Data: Itabaiana 28 de junho de 2018

José Manoel de Freitas  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

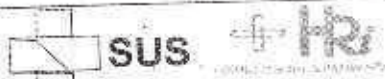
**REGINA COELI**  
Serviço Notarial e Registral

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE ITABAIANA**  
Av. José Silveira, 70 - Centro - Fone: (83)3281-1270  
Regina Coeli Rodrigues da Silva - Titular

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de:.....  
JOSE MANOEL DE FREITAS.....  
Em test.da verdade, Itabaiana-PB 04/07/2018 09:32:07  
Eneida Helena Rodrigues Quirino - Escrevente Substitu  
[2018-000322]EMCL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,26 FEPO:R\$ 1,90  
SELO DIGITAL: AHA40355-F1TP  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.ms.br>

[Assinatura]  
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
ITABAIANA - PB  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
Regina Coeli Rodrigues da Silva - Titular  
Eneida Helena Rodrigues Quirino - Substituta

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
05 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MATERIAIS - MED

CÓDIGO DA UNIDADE: 6644996 CGC/CPF: 08.778.268/0049-05  
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA  
END.: AVENIDA DEPUTADO ADAUTO PEREIRA DE LIMA, 01  
MUNICÍPIO: ITABAIANA ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO

Dt. Nasc: 12/02/1969 Idade: 48 ano(s) mês(es) de idade dia(as) de idade Sexo: M

Mãe: MARIA ALVES JORDAO

Profissão: ALTONOMO

Documento:

Nº: 0

Endereço: RUA ROZENDO ELIAS

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: SALGADO DE SAO FELIX - PB - 58370000 - 251310

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 703400634280800

CADASTRO

Data e Hora: 20/01/2018 21:09:18

2097319360

SSV

PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com história de acidente  
de trânsito em via de NSE

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

1. Dipirona
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
- ☐ 01 - ELETIVO CARÁTER
- ☐ 02 - URGÊNCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO O
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABA
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENEN

PROCEDIM

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇ
- ☐ 2. APLICADA ☐ OUTRO HOS

SERVIÇOS REALIZADO

1. 0301

2. 0204

3. \_\_\_\_\_

ASS. DO(S) PROFISSIONAL

Dr. Augusto Caldeira R.  
MÉDICO  
CNS 1110

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANT

Adriana Maria  
ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARINB

RECEPCIONISTA: GLAUCILEIDE NUNES





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

# Serviço Social

## FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº		Data:	
Paciente:	Miguel da Silva, João		
Origem:	Hospital Regional de Itabaiana		
Solicitante:		Clínica:	

### Motivos do Encaminhamento

Paciente com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, em tratamento com medicação, encaminhado para avaliação de enfermagem e fisioterapia.

Dr. Augusto Salgueiro A. Lucena  
MÉDICO  
R(4).PB.11102

05/07/2018

### Medicação administrada

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
05 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Encaminhamento para:

Serviço Social



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE SAÚDE**

**HRI - HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA**

Paciente: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Idade: 48A

Data do exame: 20-01-2018

**RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO**

Fratura do segmento proximal da ulna.

Luxação do rádio proximal.



**Dr. Methódio M. Pereira Diniz Filho**  
*Radiologia e Diagnóstico Por Imagem*  
Médico CRM - 5730

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e as limitações do método.





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>Izrael Rodriqz Mendes</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
			<u>ORTO</u>	<u>09</u>	<u>131</u>
DATA DE ADMISSÃO <u>21/01/18</u>		DATA DE ALTA <u>31/01/18</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Infecção do Urso Proximal</u>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>O urso</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <u>E.F. + Radiografia</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>RAFI.</u>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO
					ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
<u>Resente exat. de um urso no útero, 24h. Queixas de</u> <u>exat. do urso das medicações e acompanhamento ambulatorial</u>	

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	<u>livre</u>
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>Ceftriaxona 1g + ASME + Analgésico</u>	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>Dr. Frederico Póceli</u> em <u>30 dias</u> para revisão. <u>25 dias</u>
---------	---

DATA <u>31/01/18</u>	Dr. <u>Leandro Miranda</u> CRM <u>1077</u> ASS. MÉDICO <u>COMPREV</u>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 05 JUL 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)  
Sr.(a) Izrael Rodrigues Torres portador(a) da  
identidade RG 7.369.225 SSP, que o(a) mesmo(a)  
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S52.0, devendo permanecer afastado(a)  
de suas atividades laborativas por um período de 60  
( sempre ) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 24/07/18

CRM-PB 8877  
MÉDICO  
Dr. Izrael Rodrigues Torres

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 54056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



06

## CERTIDÃO

Nº. 0685/2018

Atendendo solicitação de **IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº96087 e Prontuário de Nº 2018.01.002798 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 21/01/2018 às 02h24min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ulna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 30/01/2017 com alta médica dia 31/01/2017.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de maio de 2018

Rossana de Fátima de A. Barbosa  
Médica de Vigilância à Saúde  
CRM-PB - 3533



Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
A: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 96087 Atd: Nao Regulado  
Data: 21/01/2018  
Hora: 02:24:28  
Recepcionista: CLAUDENICE GALVAO DA SI  
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.002798

CNS: 703400634280800 Sexo: M IDENTIDADE: 1369225 Fone: 987979489

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/02/1969 Id: 48 ano(s)

End.: RUA ROSENDO ELIAS, 29

Bairro: CENTRO Cidade: SALGADO DE SAO FELIX, UF: PB

Mae: MARIA ALVES JORDAO

Pai: MANOEL RODRIGUES JORDAO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

FORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Prof.: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Tel/Doc. Responsavel: 987979489 / IDENTIDADE: 1369225

End.: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

EC:

TP:

Ido:

Altura:

Temperatura:

TMC:

Circ. Abd:

O2s:

O Exa Principal

LEA EM MSE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[X] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsão

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vômito

Observação

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

TM e ankle



Diagnostico

Fx ulna e

Conduta

Prescrição

Inter

Dr. Indalécio P. P. P.  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 6827 TEOT 14247



**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: *Ex ulna E*

Conduta: *Internar p/ Cirurg*

*[Assinatura]*  
Dr. Indalécio Pacelli Fernandes  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 6827 TEOT 14247

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- (1) Paciente em DDA sob anestesia
- (2) Anestesia + antibiótica
- (3) Aplicação de campos antisepticos

### Incisão:

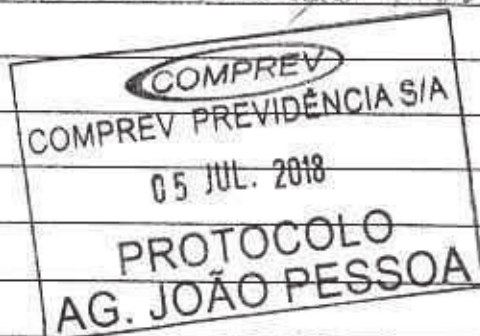
- (4) Incisão <sup>longitudinal</sup> em região posterior de cotovelo e

### Achados:

- (5) Fratura de ulna proximal

### Conduta:

- (6) Redução aberta + fixação interna de fratura de ulna  
usando 1 placa de manutenção 12 furos com 8  
parafusos corticais, sob escopos
- (7) Lavagem com solução fisiológica 0,9%



### Fechamento:

- (8) Sutura de fundo operatória por planos
- (9) Lavagem extensa com gaze estéril
- (10) Tala de fixação

### OBS:

- (11) Escopo de controle

Data:

30/07/2018

Dr. Tiago Borges Ribeiro  
Médico  
CRM 10932-PB

MÉDICO/CRM





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Izrael Rodriguez Sanches			PRONTUÁRIO Nº		
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO	
			ORTO	09	131	

DATA DE ADMISSÃO	21/01/18	DATA DE ALTA	31/01/18	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
------------------	----------	--------------	----------	----------------------	--

DIAGNÓSTICO INICIAL	Fract. do Ulna proximal		CID	
---------------------	-------------------------	--	-----	--

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	O ulna			
------------------------	--------	--	--	--

OUTROS DIAGNÓSTICOS				
---------------------	--	--	--	--

PRINCIPAIS EXAMES	E.F. + Radiografia			
-------------------	--------------------	--	--	--

PROCEDIMENTO REALIZADO:				
-------------------------	--	--	--	--

TERAPIA MÉDICAMENTOSA	RAFI			
-----------------------	------	--	--	--

ANATOMIA PATOLÓGICA				
---------------------	--	--	--	--

INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
---------------	------------------------------	------------------------------	--------------------	------------------------------	------------------------------

RESULTADO BACTERIOLOGIA					
-------------------------	--	--	--	--	--

CONDIÇÃO DE ALTA	<input type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO
------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPEUTICA, COMPLICAÇÕES			
----------------	---	--	--	--

paciente com fratura de ulna proximal, admitido no Hospital, com diagnóstico de fratura de ulna proximal e consolidação satisfatória.

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
05 JUL 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

DIETA:	Liquida	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA		
--------	---------	----------------------	--	--

REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias.			
	Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.			
	Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.			

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

MEDICAÇÕES PARA CASA:	Cefalexima 500mg + ASME + Analgésico			
-----------------------	--------------------------------------	--	--	--

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.			
	Ao Ambulatório do Dr. Indauro Passoli em 30 dias para revisão.			

DATA	31/01/18			
------	----------	--	--	--

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



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência- FUNAD  
CORDI - COORDENADORIA DE TRIAGEM E DIAGNOSTICO



## LAUDO MÉDICO

Atesto, conforme avaliação do prontuário médico de IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO, D.N: 12/2/1969, CPF: 011.011.717-40, prontuário nº 18.1848-7, que submetendo-se a uma avaliação pela equipe interdisciplinar desta Coordenação - CORDI - COORDENADORIA DE TRIAGEM E DIAGNOSTICO - FUNAD, pelo exposto acima, o avaliado é pessoa com deficiência e se enquadra na previsão legal contida no artigo 4º do decreto Federal nº 3.298/99 e 5.296/04 e por este motivo faz jus a integrar o percentual de cotas previsto no Art. 93 da Lei Federal 8.213/91

1. Espécie de deficiência.....: Deficiência Física
2. Descrição da deficiência.....: Monoparesia em MSE. Sequela de fratura em úmero proximal e ossos do antebraço E.
3. CID-10 da deficiência constatada...: G 83.2; T 92
4. Nível da deficiência constatada: Apresenta limitações na mobilidade ativa e força grau 2 para todos os movimentos de cotovelo e punho e antebraço. Possui limitação para atividades laborais que realize transferência de peso com MSE e movimentos amplos de ombro acima do nível da cabeça.

João Pessoa, 30 de abril de 2018

Julio César Braga S. de Lima

Clinico

CRM/PB 5257

CNPJ 06.513.946/99-0000

JULIO CESAR BRAGA S. DE LIMA

CRM: 5257



Operador: Aisha Duana [id Sys: 9832]

Rua Dr. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim  
João Pessoa-PB - Fones: (83) 3214-7879 - 3244-1542 e 3224-7239 - Fax: (083) 3224-2495  
Site: [www.funad.pb.gov.br](http://www.funad.pb.gov.br) E-mail: [funad@funad.pb.gov.br](mailto:funad@funad.pb.gov.br)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

**RAQUEL RODRIGUES JORDAO**

DOC. IDENTIFIC. / DATA DE EMISSAO  
 1389283 08/07/2013

CPF  
 011.011.717-40 DATA DE NASCIMENTO  
 12/02/1966

ENDEREÇO  
 RUA R. RODRIGUES  
 JORDAO  
 SANTA ALVES JORDAO

PROFISSÃO  
 TRABALHADORA

DATA DE EMISSAO  
 04/07/2013

*Raquel Rodrigues Jordo*  
 AGENTE DE HABITACAO

**JOAO PESSOA, 28**

DATA DE EMISSAO  
 25/07/2013

*Prodrigo Pereira*  
 AGENTE DE HABITACAO

02666052473  
 99034982577

629378485

**COMPREV**  
 COMPREV PREVIDENCIA S/A  
 05 JUL. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE Nº 013223349781  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CÔD. RENAVAM: 344402100 R.N.T.R.C.: \*\*\*\*\* EXERCÍCIO: 2017

NOME

JOSE MANOEL DE FREITAS

MACAPARANA-PE

CPF / CNPJ: 012.896.234-81

PLACA: FFI3648

PLACA ANT. / UF: \*\*\*\*\* / PE

CHASSI: 9C2ND0550BR038503

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA

COMB. / ETIVEL: ALCO / GASOL

MARCA / MODELO: HONDA / XR150 PROS BS

ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2011

CAP. / POT. / cil: 2P / 149CL

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: IPVA 2017 QUITADO

VENO / COTAS: 1° \*\*\*\*\*

FAIXA LPVA: 1

PARCELAMENTO / COTAS: \*\*\*\*\*

2° \*\*\*\*\*

3° \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOP (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DE PORTO OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSPARENCIA

MACAPARANA

DATA: 01/04/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013223349781 BILHETE DE

JOSE MANOEL DE FREITAS

RUA MANOEL PANQUEQUE S/N

CASA CENTRO MACAPARANA-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBE

www.seguradoralider.com

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017

VIA: 1 CPF / CNPJ: 012.896.234-81

RENAVAM: 344402100

MARCA / MODELO: HONDA / XR150 PROS BS

ANO FAB: 2011

CAT. TARIF: 09

Nº CHASSI: 9C2ND0550BR038503

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$): SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER

CNPJ 09.248.800/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DE SEU VEÍCULO  
ELE NÃO É DE PORTO OBRIGATORIO

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

05 JUL. 2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV

CONTINUA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180309603 **Cidade:** Salgado de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 30/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE ULNA ESQUERDA (COTOVELO ESQUERDO).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA POR SEQUELA DE LESÃO EM MEBRO SUPERIOR ESQUERDO POR SEQUELA DE ACIDENTE EM 23/11/2014.  
NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

**CRM:** 5258235-4

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**





PROPRIETARIO DO VEICULO

JOSE MANOEL DE FREITAS  
JAIM BARGOSA, S/N - CENTRO  
C/O DE SAO FELIX/PE CEP: 58370000 (AG: 113)

Endereço RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONDIFAS S/O 80201  
nro 2-115-555-6740 Referência Dez/2016  
medidor 00000775402 Emissão 06/12/2016

ENERGISA PARAIBA Lda - RUA BRAGA, 100 - JARDIM  
Cidade/Estado João Pessoa/PB - CEP 58070-000  
CNPJ 09.096.183/0001-40 Insc. Est 13.045.822-0

Não Fatura e cada Energia Elétrica 47760 101 121  
Código para Dígitos Automáticos: 0602061002

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/255180-2**

Canal de contato

### Apresentação

06/12/2016

Data prevista da próxima leitura

05/01/2017

CPF/CNPJ/RANI

1289-101  
Insc. Est.  
**Faturas em atraso**

11/12/2016 10,86

### Histórico de Consumo (kWh)

Nov/16	77
Out/16	68
Sep/16	82
Ago/16	64
Jul/16	73
Jun/16	81
Mai/16	81
Abr/16	87
Mar/16	76
Fev/16	49
Jan/16	72
Dez/16	87

Média dos Últimos 12 meses  
89

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
07/11/16	9980	06/12/16	10044	
			1	29

### Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	84	0,44029	36,98
Adc. B. A. (preço)			0,88
ICMS			13,60
PIS			0,55
COFIN			2,54
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB. IM. PUEBICA			4,84
JUROS DE MORA 11/2016			0,12
MULTA 11/2016			0,91

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	54,75	25,00	13,69
PIS	54,76	1,0102	0,55
COFINS	54,75	4,6428	2,54

### VENCIMENTO

13/12/2016

### TOTAL A PAGAR

R\$ 60,63

6c35.a01a.4722 48b1 75c2 ffc6.e6f1.cc82.

### Indicadores de Qualidade 10/1/2016 - 10/1/2016

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	9,87	0,00
DIC TRIMESTRAL	13,74	
DIC ANUAL	27,49	
FC MENSAL	5,55	0,00
FC TRIMESTRAL	7,10	
FC ANUAL	14,20	
DMC	3,87	0,00
DSCR	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia para Il.	14,43	23,81
Compra de Energia	16,98	27,84
Serviço de Transmissão	0,89	1,43
Encargos Setoriais	5,87	9,69
Impostos Diretos e Encargos	22,66	37,37
Outros Serviços	0,80	1,30
<b>Total</b>	<b>60,63</b>	<b>100,00</b>

Valor do ELUC (R\$) 10/1/2016 6,13R\$ 12,76

### ATENÇÃO

- AMSO: Permanecer todo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, já transacionados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decorrer do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga e não confirmada.

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
05 JUL. 2018  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180309603 **Cidade:** Salgado de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 30/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE ULNA ESQUERDA (COTOVELO ESQUERDO).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA POR SEQUELA DE LESÃO EM MEBRO SUPERIOR ESQUERDO POR SEQUELA DE ACIDENTE EM 23/11/2014.  
NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

**CRM:** 5258235-4

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180309603 **Cidade:** Salgado de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 30/07/2018  
**Valoração do IML:** 0  
**Perícia médica:** Não  
**Diagnóstico:** A  
**Resultados terapêuticos:** A  
**Sequelas permanentes:**  
**Sequelas:** Sem sequela  
**Conduta mantida:**  
**Quantificação das sequelas:**  
**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00