

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180456829**

Vitima: **SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **25/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180456829**.

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 13441297



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 112.186.554-31	Nome completo da vítima Samuel Felipe Santos de Oliveira
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Samuel Felipe Santos de Oliveira	CPF titular da conta 112.186.554-31	Profissão Recuse
Endereço Rua Dezembri, João Santana Cruz	Número 454	Complemento Casa
Bairro Familiários II	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email	CEP 58078-100	Telefone (DDD) 183/98708-8728

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 4823 D/V ☐		CONTA NRO. 54529 D/V 9		BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL NRO. ☐		AGÊNCIA NRO. ☐ D/V ☐	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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 Líder 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.

João Pessoa 28 de Setembro de 2018
Local e Data

Samuel Felipe S. de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Ouvrieria

3.7.158.v004

PROVIDÊNCIAS
01 OUT. 2013
PROTOCOLO
2013/00000000



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08443.01.2018.1.01.012

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08443.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 21:01 horas do dia 27 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Samuel Felipe Santos de Oliveira**, conhecido(a) por Samuel, CPF nº 112.186.514-31, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria do Carmo Santos e Edvaldo Teixeira de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/09/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Desembargador João Santa Cruz de Oliveira, Nº 454, complemento CASA NO BAIRRO DE FUNCIONÁRIOS II, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Perto do Mercadinho "priscila", na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Desembargador João Santa Cruz de Oliveira, nº 454, Casa No Bairro de Funcionários II, Próximo Ao Mercadinho "priscila", João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/06/18 17:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: **LESÃO CORPORAL CULPOSA**, CPB ART. 129 CAPUT: **LESÃO CORPORAL**, CPB ART. 129 § 1º: **LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE**, **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**, **DANO CULPOSO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 160 START, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2018/2018, placa QSC-1005, chassi 9C2KC2500JR127451, renavam 0115415166-0, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013814429116; nº. P.r.t.: 20180000221808-9; nº. Lacre: 0046378596; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária: A.f. Adm. de Consórcio Nacional Honda L.t.d.a.; em Nome de Samuel Felipe Santos de Oliveira.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO VINHA PILOTANDO O SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E DIRIGIDO POR MOTORISTA DESCONHECIDO, QUE EVADIU-SE DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE, APÓS O MESMO COLIDIR NA LATERAL DESTES VEÍCULO, VINDO A CAIR E SE MACHUCAR, SENDO NECESSÁRIO O SOCORRO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NESTA CIDADE, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS HOSPITALARES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, ASSINADO PELO MÉDICO JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, C.R.M.: 3323/PB, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTÁ DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0



✱ Samuel

Procedimento Policial: 08443.01.2018.1.01.012

01 OUT. 2018

PROTOCOLO

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
12ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 27 de setembro de 2018.

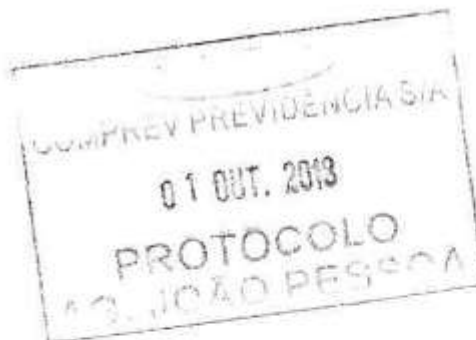
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA

Noticiante



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Samuel Felipe Santos de Oliveira

CPF da Vítima

112.186654-35

Data do Acidente

25/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

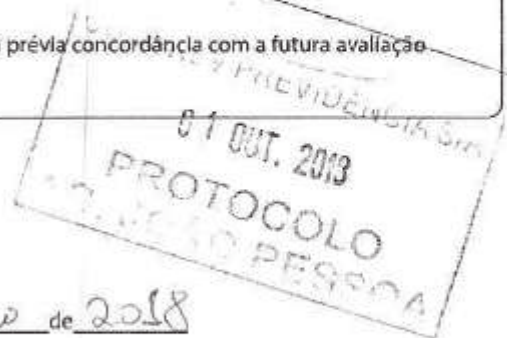
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa 28 de setembro de 2018

Local e Data

Samuel Felipe S. de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1090542



Identificação do paciente			
ID 1300857	Nome SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA		Sexo Masculino
Data de nascimento 14/09/1998	Idade 19 anos 9 meses 25 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DO CARMO SANTOS DE OLIVEIRA	Pai EDVALDO TEIXEIRA DE OLIVEIRA		Prontuário 109539
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DO CARMO - MAE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987380977	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3982480	Nº Cns	
Local de procedência ERNESTO GEISEL	Tipo BAIRRO	UF PB	
mail	Naturalidade	CBO/R	
Endereço			
CEP 58078100	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA
Número 454	Complemento	Bairro FUNCIONÁRIOS	
Admissão			
Data e Hora 25/06/2018 18:24:44	Número da pulseira 100004246649	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente RUA	
Classificação de risco		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte MU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL			Tempo 33seg

Imprimir

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000014129-9

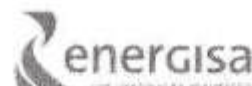
Nr. da Autenticação D2F1D771B47322E6

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via do conta.

Requisito para sempre pagamento da nota fiscal/conta de cheque eletrônico. Nº 012.442.127



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 09.095.183 / 0901-40 - Insu. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
EDVALDO TEIXEIRA DE OLIVEIRA RUA DESEMB JOAO SANTA CRUZ 434 JOAO PESSOA			58078-300	
			5/468355-3	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2018	17/09/2018	143	11/10/2018	R\$ 97,36

Acesse: www.energisa.com.br



DEMANDA

EDVALDO TEIXEIRA DE OLIVEIRA

Roteiro: 09-002-434-7420

83680000000-9 97360149000-4 04683552018-3 09400002019-1

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
11/10/2018	R\$ 97,36	468355-2018- 09-4





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Samuel Felipe Santos de Oliveira
DATA DE NASCIMENTO 14/09/98
NOME DA MÃE Maria do Carmo Santos de Oliveira

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 109539
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1090542
DATA DO ATENDIMENTO 25/06/18
HORA DO ATENDIMENTO 18:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula esquerda
CID 10 S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, com história de acidente de moto, queixa de dor em ombro esquerdo e joelho direito, nega perda da consciência ou vômitos, apresenta limitação de movimentos em ombro esquerdo e wescoriações em joelho direito. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro E, bacia, joelho D

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula esquerda

TRATAMENTO:

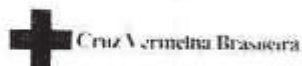
Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula esquerda

ALTA HOSPITALAR: 04/07/18
DATA DA EMISSÃO: 24/09/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

Nome: <u>Samuel Felipe Paes de Azevedo</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão: <u>25/08/18</u>		Alta: <u>04/08/18</u>	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>Furto de Alvarado</u>			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Rx</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>RFT 2. Paulo / A. Paulo</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>alta em bom estado clínicos, sem complicações</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Repouso:			
Relativo em casa por, _____ dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com 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 o Htop.			
Medicações para casa:			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório: <u>2. Paulo</u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa <u>04</u> de <u>08</u> de <u>18</u>			
 ASS. MÉDICA CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1090542



Identificação do paciente

ID 1300857	Nome SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 14/09/1998	Idade 19 anos 9 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DO CARMO SANTOS DE OLIVEIRA	Pai EDVALDO TEIXEIRA DE OLIVEIRA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DO CARMO - MAE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987380977	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3982480	Nº Cns		
Local de procedência ERNESTO GEISEL	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade	CBO/R		

Endereço

CEP 58078100	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA
Número 454	Complemento	Bairro FUNCIONÁRIOS	

Admissão

Data e Hora 25/06/2018 18:24:44	Número da pulseira 100004246649	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 VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL						



Imprimir

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente: SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA		BAE: 1092542	Delegação Entrada: 25/06/2018 18:24:44	Data Recebimento: 25/06/2018 18:24:44
Data de nascimento: 14/09/1998	Idade: 19a 9m 11d	Sexo: Masculino	CRM: 11542	Telefone do Consulto: (51) 99738087
Mãe: MARIA DO CARMO SANTOS DE OLIVEIRA		Proprietário:		
Endereço: DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 454	Bairro: FUNCIONÁRIOS	Município: JOAO PESSOA	UF: PB	
Acidente: VEICULO X MOTO	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Preferência: FLAVIO JOSE TEIXEIRA ROCHA ATAIDE DA MOTA	Nº Cons. Regional: 11542/PB	
a/Hora Classificação: 06/2018 18:24:44		Data Hora Presença: 25/06/2018 18:45:37		

anamnese

- CIRURGIA GERAL

PACIENTE DE 19 ANOS, DEMANDA ESPONTÂNEA, COM HISTÓRIA DE QUEDA DA MOTO HÁ UMA HORA. REFERE USO DE CAPACETE, SEM TRAUMA EM CABEÇA. ASSOCIA A DOR EM OMBRO ESQUERDO E EM JOELHO DIREITO. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA, VÔMITOS, CERVICALGIA, ALERGIAS OU COMORBIDADES.

AO EXAME: BOM ESTADO GERAL, ORIENTADO, NORMOCORADO. ELIPNEICO. ABDOME SEM SINAIS DE PERITONITE. POSICIONAMENTO ANORMAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA, COM MOVIMENTO LIMITADO DO OMBRO ESQUERDO. ESCORIAÇÕES EM JOELHO DIREITO.

CONDUTA

- ANALGESIA
- RADIOGRAFIA DE OMBRO ESQUERDO, Pelve e JOELHO DIREITO
- PARECER DA ORTOPEDIA
- ALTA DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA SM, AGORA.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

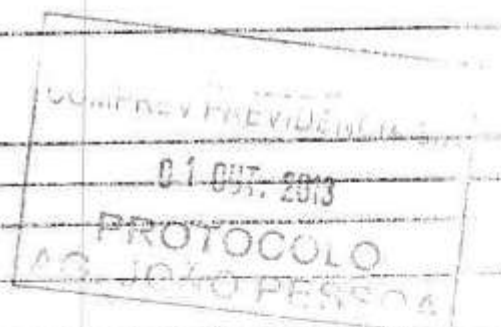
CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Flávio Motta
MÉDICO
CRM/PB 11542





Paciente SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento 1090542	Data/Hora Entrada 25/06/2018 18:24:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 14/09/1998	Idade 19	Sexo Masculino	Prontuário 109539
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA - 29/06/2018 17:24:20)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

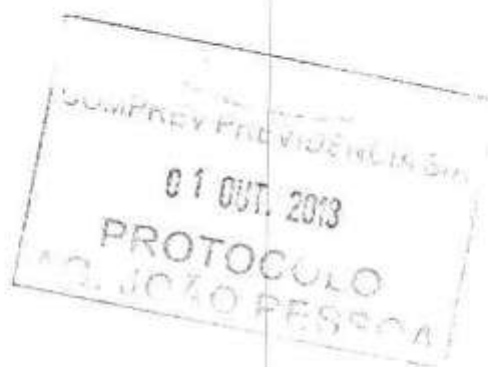
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

clínica médica

] paciente com cirurgia agendada para o dia -02-7 com leuco de 26--06 com leucocitose de 12900; sem intercorrências
conduta ; início ceftriaxona e solicito exames de laboratório recentes

Seção: HTOP - ENF 19 Leito: LEITO EXTRA 02
Profissional responsável pela informação: MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA

Número Conselho: 4416



**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTOE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTOE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTOE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TMC - CX. 3,5
PLACA DE RECONSTRUÇÃO 9F
PROTUSO { Nº 16 — 04
COSTURA { Nº 18 — 02
Nº 20 — 01

B. BRAUN - AGULHA BLA. Flex 100mm — 01

01 OUT. 2013
PROTOCOLO
2.1020 PESSOA

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DE SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Samuel Felipe Santos de Oliveira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: (☒ Masculino) (☐ Feminino) Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula esquerda
 Cirurgião: Dr. Luiz Portela 1º Assistente: Dr. Renna
 2º Assistente: Blumen Renna MR 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____:____ Término ____:____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de clavícula esquerda</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula esquerda</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: (☐) Sim (☐) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: (☐) Sim (☐) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(☐) Enfermaria (☐) Terapia Intensa (☐) Residência (☐) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 02/10/2013

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal horizontal em
mesa de praia

Antes + 2 Simples

Aproximação de corpos cirúrgicos

Incisão:

Interna ao nível da clavícula

Achados:

Conduta:

Dissecção por plano

Visualização do foco de fratura

Exatidão com placa de reconstrução

9 parafusos + 7 parafusos corticais, (4 de 3,6, 2 de 2,8 e
1 de 2,0)

Curva com SP 0,91

Parafusos de hemostasia

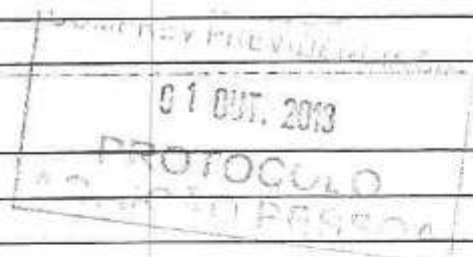
Feitura por plano

Curações e curativos

Fechamento:

Observação:

Foco x Console

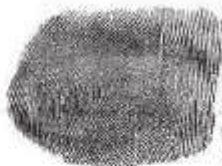


Médico/CRM:

João Pessoa, 02/07/2018

[illegible]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	3.982.480	DATA DE EXPEDIÇÃO	01/08/2011
NOME	SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO	EDVALDO TEIXEIRA DE OLIVEIRA MARIA DO CARMO SANTOS DE OLIVEIRA		
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO	14/09/1998
DOC ORIGEM	NASC.N.13661 FLS.179V LIV.A18 CARTORIO JOÃO PESSOA-PB 112.186.514-31		
Assinatura do Diretor Assinatura do Diretor			
LEI Nº 7.116 DE 28/08/83			

CARTeira DE IDENTIDADE	
 	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Samuel Felipe Santos de Oliveira</i>	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DE V. T. MENJ. DE IDENTIFICAÇÃO ESTADO DA PARAÍBA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - PB Nº 013814429116
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM PRT 2018000022780690000
1 0115415166-U 00/000000000 2018

SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ 11218651431 PLACA QSC1005/PB
PLACA ANT 1R NOVO PB 9C2KC2500JR127451

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

LAP MOTIC CATEGORIA 2 P/162 /CI PARTIC COR PRV DOMINANTE PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º
TAXA PL 0 PARCELAMENTO/COTAS 2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICV (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 01/06/2018

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

LOCAL DATA
JOAO PESSOA-PB 04/06/2018

9999999 7003781

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

PB Nº 013814429116 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 04/06/2018

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 11218651431 QSC1005/PB

RENAVAM MARCA/MODELO
01154151660 HONDA/CG 160 START

ANO FAB CAT TAR Nº CHASSI
2018 9 9C2KC2500JR127451

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) OF (R\$) TOTAL SEM INSS SEGURO (R\$)
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 01/06/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

7003781-1451056-20180604

PREVIDENCIÁRIO
01 OUT. 2013
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

01/06/2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180456829 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180456829 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0359159/18

Vítima: SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA

CPF: 112.186.514-31

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/06/2018

Titular do CPF: SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA : 112.186.514-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/10/2018
Nome: SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 112.186.514-31

SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180456829 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

