

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Aos Cuidados de: ROMARIO VICENTE BEZERRA

Nº Sinistro: 3180095518

Vitima: ROMARIO VICENTE BEZERRA

Data do Acidente: 12/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180095518**.

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 12455559



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2018

Aos Cuidados de: ROMARIO VICENTE BEZERRA

Sinistro: 3180095518
Vítima: ROMARIO VICENTE BEZERRA
Data do Acidente: 12/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180095518** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2018

Carta nº: 12625537

A/C: ROMARIO VICENTE BEZERRA

Nº Sinistro: 3180095518
Vítima: ROMARIO VICENTE BEZERRA
Data do Acidente: 12/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROMARIO VICENTE BEZERRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004913

Conta: 000008428-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

089.595.204-11

Romário Duarte Bezerra

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Romário Duarte Bezerra</u>		CPF titular da conta <u>089.595.204-11</u>	Profissão <u>peixeiro</u>
Endereço <u>Sítio Engenho novo</u>		Número <u>510</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Zona Rural</u>	Cidade <u>Pedras de Fogo</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58328-000</u>
E-mail <u>chloperat@hotmail.com</u>		Telefone (DDD)	

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

<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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRABESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <input type="text"/> NRQ <input type="text"/> AGÊNCIA NRQ <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRQ <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRQ <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	CONTA NRQ <input type="text"/> D/V <input type="text"/>		
<u>4913</u>	<u>8428</u>	<u>6</u>	
(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.

Pedras de Fogo de 06 de Setembro de 2017
Local e Data

Romário Duarte Bezerra
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Romário Duarte Bezerra
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 079/2018

Aos PRIMEIRO dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:35min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ROMARIO VICENTE BEZERRA, Identidade nº 3.636.150-SSP/PB, CPF nº 089.595.204-11, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Natanael Bezerra Nunes E De Luciana Vicente Da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 19/05/1994 (23 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Engenho Novo II, tendo como ponto de referência: xxxx, na cidade de PEDRAS DE FOGO, fone(s) para contato: xxxxxxxx.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 12 de junho de 2017;
- 3) HORÁRIO: 03h:0min;
- 4) LOCAL: Sítio Engenho Novo II, zona rural de Pedras de Fogo/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:


Afirma o noticiante no dia 12/06/2017, conduzia a motocicleta HONDA/CG 125 FAN, na cor preta, de placa 2010/2010, de placa MOW 8164 PB, registrada em nome de PAULO SERGIO BERNARDO, chassi 9C2JC4110AR627069, pela estrada do sítio onde mora, quando perdeu o controle do veículo vindo a cair ao solo. Que foi socorrido pela ambulância do PSF e levado para o Hospital de Pedras de Fogo, de onde foi transferido para o Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa/PB.

6) OBSERVAÇÕES:

Nada Consta

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.


ROMARIO VICENTE BEZERRA
Comunicante


Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 154.876-0



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 interdita 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 <u>Romário Liente Bezerra</u>	CPF da Vítima <u>089.595.204-11</u>	Data do Acidente <u>12 Junho 2017</u>
--	--	--

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <u>Romário Liente Bezerra</u>	CPF do Representante legal <u>089.595.204-11</u>
E-mail <u>choprat@hotmail.com</u>	Telefone (DDD) <u>(81) 92167948</u>

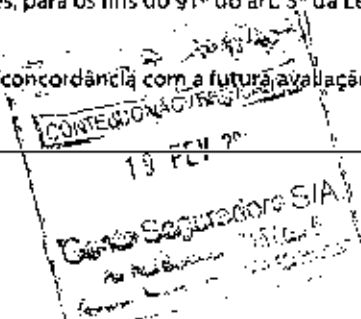
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



Romário Liente Bezerra de 12 Junho de 2017
Local e Data

Romário Liente Bezerra
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PEDRAS DE FOGO
Secretaria Municipal
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



02:35h

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. Volteran 10 p 5m
2. Dexadron 10 p 5m
3. _____
4. _____

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

Nome: HOSPITAL DIST. DR JOSÉ DE SOUZA MACIEL

Cód. do CNES: 2363682

CNPJ: 10.490.987/0001-23

Endereço: RUA PROFESSOR GETÚLIO CÉSAR R. GUEDES, 12 - CENTRO

Município: PEDRAS DE FOGO

Estado: PARAIBA

UF: PB

PACIENTE:

Nome: Romário V. Bezerra Sexo: M Idade: 23

Profissão: Engenheiro civil Documento: _____

Endereço: Rua 1000

Município: PB

Estado: PB

UF: _____

Cód. IBGE Município: 2511002 CNS: _____

Data do Nascimento: 19/05/94

Data do atendimento: 12/05/17

RACIA/COR:

- ☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - NEGRA ☒ 3 - PARDA
☐ 4 - AMARELA ☐ 5 - INDÍGENA ☐ 6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIOS):

* Paciente vítima de queda de
mote, alcoolizado, com possível
fratura de clavícula há ± 30 min
negou DM / HAS.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS):

RESULTADOS:

CARÁTER DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVOLVIMENTOS POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTOS - DESCRIÇÃO:

DIAGNÓSTICO:

CID - 10

MEDICAÇÃO:

- ☐ PRESCRITA ☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA
☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRO HOSPITAL
☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERV. REALIZADOS: CÓD. PROCEDIMENTOS:

1. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

CNS

CBO

CRM

Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente(s) - carimbo:

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou responsável:

Polgar Direito:

Assinatura do Revisor Técnico - carimbo:

Assinatura do Revisor Administrativo - carimbo:

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: 02/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROMARIO VICENTE BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 000000008428-6

Nr. da Autenticação 47FB88AF6F55F84B

LUCIANA VICENTE DA SILVA
SIT ENGENHO NOVO, S/N - AREA RURAL
PEDRAS DE FOGO / PB CEP: 53220-000 (AG 113)

Emissão: 21/11/2017 Referência: Nov/2017

Classe/Suporte: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO R20, Km 25 - Crato Rdeinter - João Pessoa / PB - CEP 58071-88
Roteiro: 11- 298- 931- 2140 Nº de leitor: 00301185127

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.006.180/0001-40 Insc. Est 16.015.323-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 850.631
Cód. para Ofl. Atendimento: 0001245529-1

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RAN
Nov / 2017 21/11/2017 19/12/2017 4743122408
Insc. Est

UC (Unidade Consumidora): 5/1245529-1

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
- CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL - CADASTRO BIOMÉTRICO:
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELETORES QUE ANJA NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDIMENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017, PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO, COMPROVANTE DE RESID. DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL. SE HOUVER, EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTAR O SITE: WWW.TRE-PB.JUS BR OU LIGAR PARA O FONE 3612-1381

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
20/10/17	6073	21/11/17	6491		158	32	
Demonstrativo							
Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc		Alíq. (R\$)	Base Calc Pg (R\$)	Outros (R\$)
			Títulos (R\$)	Tarifa (R\$)			
0901 Consumo até 20kWh-ER	30,000	0,296590	7,75	7,75	2,09	7,75	0,47
0601 Consumo - 31 a 100kWh-ER	70,000	0,443260	31,03	31,03	21	31,03	0,41
0601 Consumo - 101 a 220kWh-ER	59,000	0,884590	52,18	38,58	27	38,58	0,51
0501 Adic. B. Vermeço			7,15	7,15	27	7,15	0,44
0610 Subside			45,52	45,52	27	45,52	0,61
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
9807 CONTRA LIMPEZA			2,71	0,00	0	0,00	0,00
9808 Devolução Subsidio			-29,86	0,00	0	0,00	0,00

CCI Código de Classe/ categoria do item TOTAL 102,94 158 61 35,10 120,91 1,72 7,85

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

28/11/2017

R\$ 102,94

Histórico de Consumo (kWh)

144 | 139 | 151 | 144 | 175 | 158 | 135 | 172 | 147 | 142 | 127 | 147
Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16

7a09.0684.f4fe.08c5.8c78.ccc2.e1ee.4e39

Indicadores de Qualidade 9/2017 - Outubro

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,76	3,94	
DIC TRIMESTRAL	25,52		
DIC ANUAL	51,05		
FIC MENSAL	7,92	1,00	NOMINAL 220
FIC TRIMESTRAL	15,84		CONTRATADA 202
FIC ANUAL	31,68		INFERIOR 231
DAVC	6,93	3,94	
DIARI	16,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia PB	19,26	18,70
Compra de Energia	21,88	21,06
Serviço de Transmissão	2,85	2,87
Encargos Sociais	5,34	5,19
Impostos Diretos e Encargos	47,54	46,19
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	102,94	100,00

Valor de EUSO (R\$) 2/2017 (R\$) 21,61

ATENÇÃO

- REAVIS: Caso o(s) faturado(s) não seja(m) pago(s), em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 03/12/2017. Conforme Resolução 474/ANEEL, o pagamento após essa data não tem a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado. As contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas não sejam pagas, desconsiderar esta mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Fatura sujeita a inclusão em órgão de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 79,94.

Faturas em atraso

Out/17 89,16
Set/17 74,94
Ago/17 82,62

ENERGISA PARAIBA
Roteiro: 11- 298- 931- 2140
Matrícula: 1245529-2017-11-0

VENCIMENTO
28/11/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 102,94

83670000001-8 02940054000-0 12455292017-3 11000286019-2

SERIAL: 11000286019-2



1ª Filial: 010
Av. Ayton Sávio, 00 - São, 0515-000
Parque - Jd. São Carlos - Campinas - SP
CNPJ: 04.204.050/0001-45 - Insc. Est. SP: 04.040.000-00
CNPJ da Matriz: 04.204.050/0001-00

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
GERALDO FERREIRA LIMA, 127, CASA
CENTRO
55870-000 - TIMBAUBA - PE

R\$ 54,99

VENCIMENTO

20/10/2017

EMISSION: 02/10/2017

POSTAGEM: 09/10/2017

NÚMERO: 3211505801

CNPJ: 0487354432

CLIENTE: 1.61759406

ACESSO: 81 99716-7548

DÉBITO AUTOMÁTICO: 0000000061359406011

IMPORTANTE PARA EDUARDO

Desde 06 de Novembro de 2015 foi incluído o dígito 9 à frente dos números celulares dos GIGAs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Mais informações em www.tim.com.br/nosedigito.

RESUMO DA SUA CONTA DE OUTUBRO 2017

SERVIÇOS

VALOR



MENSALIDADES

R\$ 54,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES

Todos os valores estão em reais (R\$).

TIM Controle B Plus: 81997167948 (088/PÓS/SMP)

TIM Controle B Plus - Outros Serv: 81997167948 (088/PÓS/SMP)

TIM Music (incluso)

TIM Banca Virtual (incluso)

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

29,19

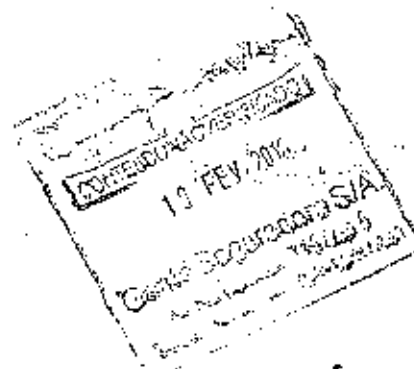
5,00

9,50

10,50

Total de Mensalidades

54,99





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as Informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo F. G. Bino inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.735.449/32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Romario Vicente Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.595.204/11 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Romario Vicente da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.595.204/11, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

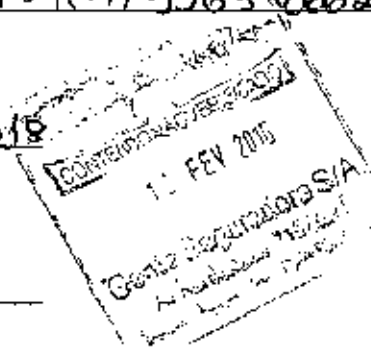
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Geraldo Teixeira Bino</u>		Número <u>121</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Pimbaúbo</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55870000</u>
E-mail <u>chdpeet@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 91637948</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 91636662</u>

Pimbaúbo de Severino de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

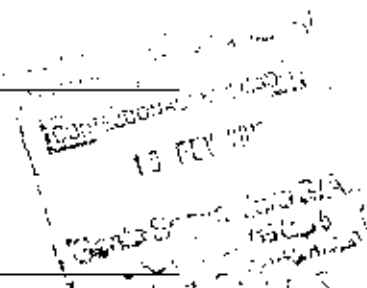


DECLARACAO DO PROPRIETARIO DO VEICULO

Eu, Paulo Sergio Bezerra
RG de nº 3.891.695, data de expedição 04/08/2012
Órgão SDS/PB, portador do CPF nº 113.624.794-70, com
domicílio na cidade de Pedras de Fogo, no Estado de PB
onde resido na Sítio Barra
nº 1/n, Complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido
com a vítima Romario Vinente Bezerra
cujo o condutor era Romario Vinente Bezerra

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 125 Ano 2010
Placa: HOW 8164 Chassi: 9C2JC4110AR627069
Data do acidente: 12/ junho de 2017
Local e Data: Simbão, 06/02/18

x Paulo Sergio Bernardino
Assinatura do Declarante:
(reconhecer por autenticidade)



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

CARTÓRIO
VINAGRE DE MEDEIROS

TABELIÃO: Paulo Sergio Bernardino
SUBSTITUTO: Ademir Hudson M. Medeiros Admão

RUA DOS IMUS PODERES, 67 - PEDRAS DE FOGO - PARAIBA

- Tabelionato
- Registro de Imóveis
- Protestos
- Pessoas Jurídicas
- Títulos e Documentos

Reconhecimento de Assinatura de Paulo Sergio Bernardino por
autenticidade



AFW48941 - 2RE9

Selo Digital
Consulte a Autenticidade em <https://selo.digital.tribuna.jus.br>

Nome: <u>Romário Vicente Bezerra</u>			N de BE:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Clinica: <u>OKTOP</u>	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>12/6/17</u>		Alta: <u>17/6/17</u>	Tempo de Permanência:	

Diagnóstico de Internação: Frnt - clavícula



Diagnóstico Definitivo: Idem item anterior

Diagnóstico Secundário: /

Principais exames: R-x ombro

Cirurgia realizada - data e equipe: RAFI frnt - clavícula
Dr. Rodrigo Amaral + Dr. Luciano Lima

Biópsias:

Anatomia patológica:

Infecção: sim () não (☒) Coleta de material: sim () não (☒)

Resultado bacteriológico:

Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado (☒) Óbito () À Revelia ()

Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:

Dieta: L.V.R. Orientações Pós Alta

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: Fletoc, Afalexina

Retorno:

Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.

Ao ambulatório Htop cl Dr. Rodrigo Amaral em 30 dias para revisão.

João Pessoa: 17 de 06 de 17

Ass. Médico CRM

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



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROMARIO VICENTE BEZERRA
DADOS DE NASCIMENTO 19/05/1994
NOME DA MÃE LUCIANA VICENTE DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.006.746
Nº PRONTUÁRIO 102.502
DATA DO ATENDIMENTO 12/06/17
HORA DO ATENDIMENTO 03:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CLAVÍCULA D
CID 10 S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), há cêrcade 8 hs, apresentando dor em região do ombro D desde então e assimetria local. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro D - AP
RX da escápula - AP
RX do tórax - AP

TRATAMENTO:

Fratura da clavícula D ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Rodrigo Amaral e Dr. Luciano Lira.

ALTA HOSPITALAR: 17/06/17
DATA DA EMISSÃO: 30/11/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO GYBMEETSHL
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



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



INSETIM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia
Azeperina e antiospina
Ceftriaxona de ampicilina

Incisão:

Via de acesso antróica à clavícula
Aussure e disseção por planos
Cuidado de hemostase

Achados:

Fratura de clavícula (D)

Conduta:

Redução direta da fratura
Fixação elástica ligante da fratura com
placa pla crânio 3,5 do 8 fusos +
6 parafusos corticais (nº 14 (01) nº 18 (05).
Ligadura com 5 + 0, 41.
Sutura por planos
Curativos estéril
De controle

Fechamento:

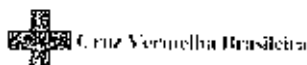
Observação:

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10575

João Pessoa, 16/06/17

Médico/CRM:

fulano



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: 1006746



Identificação do paciente			
ID 1180012	Nome ROMARIO VICENTE BEZERRA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 19/05/1984	Idade 23 anos 24 dias	Estado civil	Religião
Mãe LUCIANA VICENTE DA SILVA	Pai NATANAEL BEZERRA NUNES		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LUCIANA VICENTE DA SILVA - MAE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986347840	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3636150	Nº Cns 203313300880003	
Local de procedência HOSPITAL DISTRITAL PEDRAS DE FOGO	Tipo UNIDADESAUDE		UF PB
E-mail	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58326000	Município de residência PEDRAS DE FOGO	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 12/06/2017 03:44:20	Número da pulseira 1000005224356	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tadura Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos			
Diagnóstico			
CID			
Atendido por ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS			
Tempo 45seg			

Imprimir

Qual

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
Secretaria de Saúde
Sistema de Referência e Contra-Referência

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome:	Romario V. Bezerra		Nº
Sexo:	M	Idade:	23
Profissão:			
Endereço:			
Unidade Adcritiva:			
Agente de Saúde			
Encaminhado(a) do:			
Para:			
Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de queda de moto alcoolizado, com possível fratura de clavícula. Glasgow 15; nega dor em quaisquer outra localizações; consciente e orientado. Ao ortopedista;			

Drª Amanda Souza
CRM-PE 22043
CRM-PE 22043

Encaminhamento

Função

12/06/17
Data

CONTRA REFERÊNCIA E CONDOTA REALIZADA
(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome:	Nº
Procedimentos:	

19 FEV 2017
Secretaria de Saúde
Assessoria de Saúde Bucal

Data

Consultante

AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente ROMARIO VICENTE BEZERRA		BAE 1006746	Data/Hora Entrada 12/06/2017 03:44:20	Data Baixa
Data de nascimento 19/05/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 203313300880003	Telefone de Contato (83) 986347940
Mãe LUCIANA VICENTE DA SILVA			Prontuário	
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CENTRO	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Ackiente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO	Nº Cons. Regional 10204/PB	
Data/Hora Classificação 12/06/2017 04:12:13			Data/Hora Prescrição 12/06/2017 07:47:33	

Anamnese

PAIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCARRO A CERCA DE 6 HORAS ATRAS, CONSCIENTE, ORIENTADO, NEGA VOMITOS. REFERE DOR EM REGIAO DE CLAVICULA DIREITA DESDE ENTÃO. EXAME NEUROVASCULAR: NERVOS: AXILAR, RADIAL, ULNAR E MEDIANO SEM ALTERAÇÕES. BOM PULSO RADIAL EXAME FISICO. EMINENCIA DE EXPOSIÇÃO OSSEA RX: FRATURA DE CLAVICULA DIREITA CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR ANALGESIA TIPOIA HEMFI DIREITA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

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

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ROMARIO VICENTE BEZERRA		BAE 1006746	Data/Hora Entrada 12/06/2017 03:44:20	Data Baixa
Data de nascimento 19/05/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 203313300880003	Telefone de Contato (83) 986347940
Mãe LUCIANA VICENTE DA SILVA			Prontuário	
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CENTRO	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALISSON CORDERO MOREIRA	Nº Cons. Regional 10942/PB	
Data/Hora Classificação 12/06/2017 04:12:13			Data/Hora Prescrição 12/06/2017 05:17:51	

Anamnese

PACIENTE ENVOLVIDO EM ACIDENTE DE MOTO ÀS 01:00 HORAS HOJE. RELATA DOR EM CLAVICULA DIREITA; REFERE NÃO ESTÁ USANDO CAPACETE, COM COLISÃO DA CABEÇA EM REGIÃO FRONTAL DIREITA; SEM HISTÓRIA DE PERDA DA CONSCIÊNCIA, NAUSEAS, VÔMITOS OU VERTIGEM. APRESENTA DOR E ASSIMETRIA EM CLAVICULA DIREITA A UCULTA NORMAL, SUPENIUCO, NORMOCARDICO, SEM QUEIXAS ABDOMINAIS E TORACICAS; SEM OUTRAS QUEIXAS EM OUTROS MEMBROS.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Alisson Cordero Moreira
Médico
CRM-PB 10942

ALISSON CORDERO MOREIRA
(10942/PB)

ROMARIO VICENTE BEZERRA



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ROMARIO VICENTE BEZERRA		BAE 1006746	Data/Hora Entrada 12/06/2017 03:44:20	Data Baixa
Data de nascimento 19/05/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 203313300880003	Telefone de Contato (83) 986347940
Mãe LUCIANA VICENTE DA SILVA			Prontuário	
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CENTRO	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA	Nº Cons. Regional 10942/PB
Data/Hora Classificação 12/06/2017 04:12:13			Data/Hora Prescrição 12/06/2017 05:20:06	

Anamnese

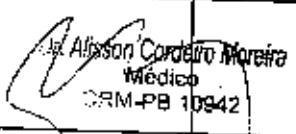
ALTA DA CIRURGIA GERAL; AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

Conduta

Em observação


Alisson Cordeiro Moreira
Médico
CRM-PB 10942ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(10942/PB)

ROMARIO VICENTE BEZERRA

Nome: <u>Romário Vitor Bezerra</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Clínica: <u>ORTOP</u>	Enf.: <u>Leito:</u>
Data de admissão: <u>12/6/12</u>		Alta: <u>12/6/12</u>	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>Fract. clavícula</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>3 dias sem sintomas</u>			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Rx fratura</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>RMS fratura clavícula</u> <u>Dr. Roberto A. de Lencastre</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:			
Dieta: <u>L 1/12</u>			
Orientações Pós Alta			
Reposo:			
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 <u>ORTOP</u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u>12 26 12</u> para revisão.			
João Pessoa: _____ de _____ de _____			
Ass. Médico: <u>Dr. Roberto A. de Lencastre</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAURPA, S/N - NDA
CNES: 1258878 - Tel.:Impresso por: PEDRO
HENRIQUE GUTIERREZ
VARGAS FREITAS
Em: 16/06/2017 13:52:44

Paciente ROMARIO VICENTE BEZERRA		Boletim de Atendimento 1006746	Data/Hora Entrada 12/06/2017 03:44:20	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/05/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 203313300880003	Prontuário 102502
Tempo de Internação 4d 5h 21min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS - 16/06/2017 13:52:42)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

PACIENTE POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA, SEM INTERCORRÊNCIAS. SEGUE AOS CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS.

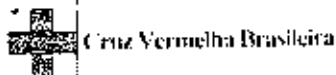
Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 01

Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

Número Conselho: 10575

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10575





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ANNA
PRISCILLA C MONTEIRO
JUCA
Em: 14/06/2017 20:13:41

Paciente ROMARIO VICENTE BEZERRA	Boletim de Atendimento 1006746	Data/Hora Entrada 12/06/2017 03:44:20	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/05/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 203313300880003
Tempo de Internação 2d 11h 42min	Convênio SUS	Prontuário 102502	Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (ANNA PRISCILLA C MONTEIRO JUCA - 14/06/2017 20:13:32)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: **Fratura de Clavícula D**

AValiação Neurológica

EVOLUÇÃO: **CONSCIENTE , ORIENTADO**

PUPILAS

EVOLUÇÃO: **ISOCÓRICAS**

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: **SEM DÉFICIT**

VENTILAÇÃO

TIPOS: **ESPONTÂNEA**

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: **ESPONTANEAMENTE (4)** RESPOSTA VERBAL: **ORIENTADO (5)**

RESPOSTA MOTORA: **NORMAL**

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: **PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2**

AValiação Respiratória

TIPOS: **EUPNEICO**

ASCULTA

TIPOS: **NORMAL**

TOSSE

TOSSE: **AUSENTE**

SECREÇÃO

SECREÇÃO: **AUSENTE**

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: **PLANO , FLÁCIDO**

EVACUAÇÃO: **NORMAL**

ESTADO NUTRICIONAL: **NUTRIDO**

DIETA: **V.O.**

AValiação de Pele e Mucosa

EVOLUÇÃO: **BOA, HÍDRATA**



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778656 - Tel.: 8332165700Impresso por: ANNA
PRISCILLA C MONTEIRO
JUCA

Em: 14/06/2017 09:19:10

Paciente ROMARIO VICENTE BEZERRA	Boletim de Atendimento 1006746	Data/Hora Entrada 12/06/2017 03:44:20	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/05/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 203313300880003
Tempo de Internação 2d 48min	Convênio SUS		Prontuário 102502
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (ANNA PRISCILLA C MONTEIRO JUCA - 14/06/2017 09:18:46)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura de Clavícula D

AValiação Neurológica

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: NÃO SE APLICA

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

ASCULTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

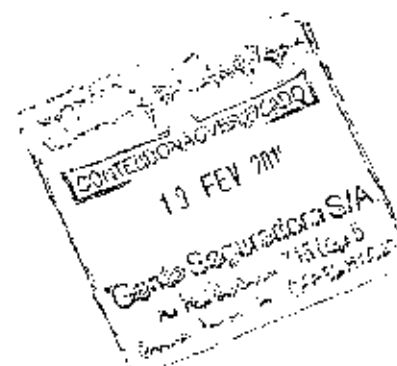
AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: L

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

AValiação de Pele e Mucosa



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HENRIQUE

Nome: Romanus Vicente Bezerra BE/Prontuário: 1006746
 Idade: 23 Sexo: (☒ Masculino) () Feminino Cor: _____ Data: 16/06/17
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Prostoma cirúrgico de fúrcula de clavícula
 Cirurgião: Dr. Rodrigo Amorim 1º Assistente: Dr. Luciano Lima
 2º Assistente: MR1 Pedro 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Adriano
 Tipo de Anestesia: Plexo (Bloqueio) Horário: Início _____ Término _____

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Prostoma cirúrgico de fúrcula de clavícula</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: _____

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 105.75

João Pessoa, 16/06/17

1

4

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 16/01/17

PRONTUÁRIO: 1006746

PACIENTE: ROMARIA VICENTE BEZERRA SEXO: COR: IDADE: 25

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP. RESPIRATÓRIO: AP. CIRCULATÓRIO:

AP. DIGESTIVO: ESTADO MENTAL: DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: ESTADO FÍSICO (ASA):

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de clavícula

CIRURGIA REALIZADA: Fratura de clavícula

CIRURGIÃO: R. D. S. AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 13:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 13:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 4.30

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

ANESTESISTA: A. M. L. CRM-PB: 6184

VERIFICAR: O2 N2

ANESTESIA	RESPIRATÓRIO	CIRCULATÓRIO	DIGESTIVO	URINÁRIO	REPRODUTIVO	OUTROS
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS:

INDICAÇÃO: Fratura de clavícula

CONDIÇÃO: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	NOVA BVA 30ml	11
2	RODENTINA 50 20ml	12
3	RODENTINA 50 20ml	13
4	RODENTINA 50 20ml	14
5	RODENTINA 50 20ml	15
6	RODENTINA 50 20ml	16
7	RODENTINA 50 20ml	17
8	RODENTINA 50 20ml	18
9	RODENTINA 50 20ml	19
10	RODENTINA 50 20ml	20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ASSINATURA DO ANESTESISTA: A. M. L. CRM-PB: 6184

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.636.150 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/03/2008

NOME ROMARIO VICENTE BEZERRA

FILIAÇÃO NATANAEL BEZERRA NUNES
LUCIANA VICENTE DA SILVA

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 19/05/1994

DOC ORNASC.N.20446 FLS.193 LIV.20

CARTÓRIO P DE FOGO-PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.112 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA LUTA CONTRA O CRIME

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

97

ROMARIO VICENTE BEZERRA

CARTEIRA

Documento de identificação

0012

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

088.596.204-11

Nome

ROMARIO VICENTE BEZERRA

Nascimento

19/05/1994

19 FEB 2011

Carta Suplementar

Arquivo

Arquivo



SECRET

LIBRARY 1.115.465

REF ID: A72948

2. The following information is provided for the year ended 31/12/2012:
 (a) Sales revenue: 100,000
 (b) Cost of sales: 60,000
 (c) Selling expenses: 10,000
 (d) Administrative expenses: 15,000
 (e) Depreciation: 5,000
 (f) Interest on bank loan: 2,000
 (g) Dividend received: 1,000
 (h) Profit before tax: 13,000
 (i) Tax on profit: 2,600
 (j) Profit after tax: 10,400
 (k) Dividend paid: 5,000
 (l) Retained profit: 5,400

R\$ 54.99**VENCIMENTO**

20/10/2017

LN55A0: 02/30/2017

INSTRUMENT D97012017

WMF.FO:3231995801

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԲԱՆԿԱՅԻՆ ԿԵՆՏՐԱԼ ԲԱՆԿ

IMPORTANTE PARA EDUARDO

RESUMO DA SUA CONTA DE OUSADA À JUDEIA

[illegible]

44:50

14572

HCF:2A7,UPL:2CB

83 24 19

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MINIMUM:

[illegible]

from *Escherichia coli* O157:H7, the leading cause of EHEC outbreaks.

14. 2010

Control: 0.0%

(U) உதாரணம் 1: ஸ்காலர்

File Mining (Interpuri)
Task: Binary Vectors (Enclosure)

TABLE 1

ELIZABETH

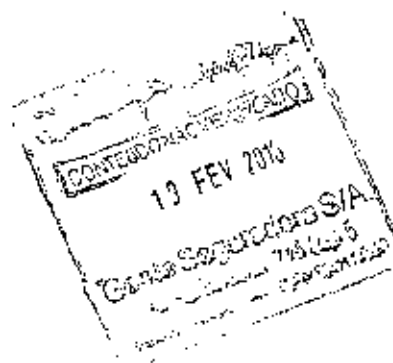
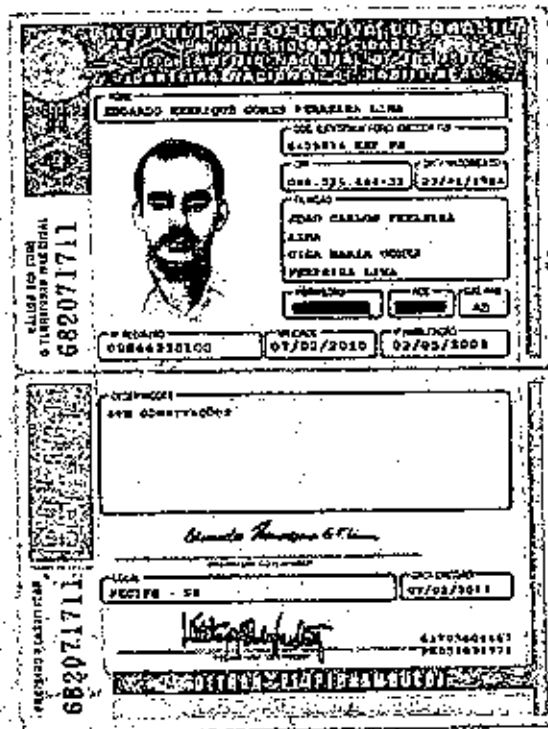
Full Ref

References

REFERENCES

Estadística Matemática

FD-302
1-1-57





0007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013176401735

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

VIA - C/O. DETRAN - 20170000175451-1

1 0020226805-6 00/00000000

PAULO SERGIO BERNARDO

17962479470

05 90306410A627009

12/06/2017

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

CONTEC/SECURADORA S/A
12/06/2017
0000000000

PB Nº 013176401735 12/06/2017 DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU NÚMERO DE SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO NÚMERO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraalider.com.br

NAC DPVAT 0800 072 1744

2017 12/06/2017

PLACA MEM8164/FB

MARCA BUCAR

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

PREMIO TARIFARIO

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

SECURADORA LIDER DPVAT

CNPJ 08.248.605/0001-04

20052-0967525-20170612

DEZ-2016

CONTRON

DETRAN - PE Nº 013176401735

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

VIA - C/O. DETRAN - 20170000175451-1

1 0020226805-6 00/00000000

PAULO SERGIO BERNARDO

17962479470

05 90306410A627009

12/06/2017

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

SANTA RITA-PE

41939

12/06/2017

20052

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180095518**

Nome do(a) Examinado(a): **ROMARIO VICENTE BEZERRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R SIT ENGENHO NOVO, SN, C - AREA RURAL - Pedras de Fogo - PB - CEP 58328-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PE**] **3636150**

Data e local do acidente: [**12/06/2017**] **PEDRAS DE FOGO PB**

Data e local do exame: [**26/03/2018**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 12/06/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 15/06/2017 ONDE FOI REALIZADA A FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/06/2017. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DO MANGUITO ROTADOR, ALÉM DE AUMENTO DE VOLUME EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA (2+/4+).

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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 20° DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10° DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II ATROFIA DA MUSCULATURA DO MANGUITO ROTADOR AUMENTO DE VOLUME

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

OMBRO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(☒) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-063

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Paulo Sérgio Bernardo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3 891 695 2 VIA DATA 04/08/2012

PAULO SÉRGIO BERNARDO

TRACIJOSE BERNARDO FILHO

MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO

ART. 1º DO DECRET. 15.432/66

IDENTIDADE - EB

DOC. ORIGEM

NASC. N. 7546, FLS. 24 EV. LTV. A-08

CARTEIRO JUR. PIRACARA - PB

113.624.794-70

DATA DE NASCIMENTO 24/01/1994

LEI Nº 7.146 DE 29/08/03

ASSINATURA DO TITULAR



0029

CONSECO

13 FIV

CONSECO

13 FIV

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180095518 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMARIO VICENTE BEZERRA **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura da clavícula direita, submetido à tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Atentar para duplicidade de sequelas. Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL



Outorgante: Romário Vicente Bezerra, brasileiro, agricultor,
solteiro, inscrito no CPF nº 089.595.204-11,
residente na Fazenda Nova, s/n, Zona Rural,
Limão de Fátima - PB

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6.425.924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Timbaúba, 14 de dezembro de 2017.

x Romário M. Paulo Bezerra

CARTÓRIO
VINAGRE DE MEDEIROS

TABELÃO: Hermano José Medeiros Nóbrega
SUBSTITUTO: Ademar Hamilton M. Medeiros Nóbrega

RUA DOS TRES PODERES, 67 - PEDRAS DE FOGO - PARAIBA

- Tabelião
- Registro de Imóveis
- Promotor
- Pessoa Jurídica
- Títulos e Documentos

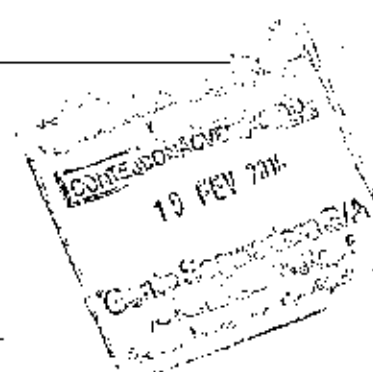
Reconheço a(s) Firma(s) ROMÁRIO VICENTE BEZERRA POR

Em 14 de dez de 2017 na presença do Tabelião

Pedras de Fogo - PB 14 de 12 de 2017

AFW46914 - D2CN

Selo Digital
Consulte a Autenticidade em: www.tribunalpb.org.br



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180095518 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMARIO VICENTE BEZERRA **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DO MANGUITO ROTADOR, ALÉM DE AUMENTO DE VOLUME EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA (2+/4+).

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 12/06/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 15/06/2017 ONDE FOI REALIZADA A FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/06/2017. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do ombro devido a redução da força muscular e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de Goiana.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: