

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2016

Carta nº: 9940741

A/C: ROBSON BATISTA MAMEDE

Sinistro: 3160641701 ASL-1117967/16
Vitima: ROBSON BATISTA MAMEDE
Data Acidente: 07/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2016

Carta nº: 9945212

A/C: ROBSON BATISTA MAMEDE

Sinistro: 3160641701 ASL-1117967/16
Vitima: ROBSON BATISTA MAMEDE
Data Acidente: 07/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10184039

A/C: ROBSON BATISTA MAMEDE

Sinistro: 3160641701 ASL-1117967/16
Vítima: ROBSON BATISTA MAMEDE
Data Acidente: 07/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10253119

A/C: ROBSON BATISTA MAMEDE

Sinistro: 3160641701 ASL-1117967/16
Vítima: ROBSON BATISTA MAMEDE
Data Acidente: 07/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

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: **ROBSON BATISTA MAMEDE**

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

Banco: **001**

Agência: **000000151-1**

Conta: **000010066491-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAIBA
COMANDO DO POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
BPTRAN - 4º CPTRAN
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



DADOS DO ACIDENTE

Nº BAT 022 - 2016		Responsável pelo Levantamento do Acidente: Sandoval Nunes Marques			Posto/Graduação: Cb	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Cruz. Leônicio Wanderley / R. ver. Joaquim Leitão			Hora (22h00)	Bairro Centro	Município: Patos	UF PB
Data/Ocorrência 07/02/2016	Dia da Semana Domingo	C/S Vítima (QT) 01	Natureza do Acidente Abaloamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca	Tempo Bom
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 (dois)			Controle do tráfego no local Sinalização Horizontal Vertical - Semáforo			
CONDUTOR (A) 01						
Nome Robson Batista Mamede			Sexo Masculino	Nascimento 15/06/1989	RG 3.620.929 SSP/PB	
Endereço R. João Odorico, nº 420 - Bivar Olinto - Patos - PB						
1ª Habilitação x.x.x.x.x.x.x.x	Categoria x.x.x.x.x	Registro CNH N.º x.x.x.x.x.x.x	U.F. x.x	Ex.méd./Dia x.x.x.x.x.x.x	Data Vencimento x.x.x.x.x.x.x.x.x	Usava cinto x.x.x.x.x.x.x
Exame de Embriaguez Alcoólica Não foi possível			Usava Capacete Sim			
			Comportamento do Condutor (a) Socorrido ao H. R. P.			
VEÍCULO 01						
Marca Honda/ POP	Espécie Passa/Motocicleta	Placa OIH 7253	Categoria Particular	Município Patos	U.F. PB	
Nome do Proprietário Maria Rizomar Batista Medeiros						
Seguradora DPVAT	Bilhete N° 011803940993	Renavam N° 01044191292-4			Data da Emissão 13/03/2015	
Defeitos Nada constatado						

VERSÃO DO CONDUTOR (A) 01

Condutor declarou que: trafegava pela rua Vereador Joaquim Leitão, sentido Shopping Guedes/Centro, e que chegar no cruzamento com a R. Leôncio Wanderley, de frente a Casa da Construção, viu o semáforo aberto para seguir, e deu sequência a seu trajeto, mas foi surpreendido pelo V2, que ultrapassou o sinal vermelho e o atingiu; que após o sinistro o C1 evadiu-se sem prestar socorro e o não teve como identificá-lo.

CONDUCTOR (A) 02

[illegible]

VEÍCULO 02

Marca	Especie	Placa	Categoria	Município
GM/Corsa	Passa/Automóvel	MXN 1098	Particular	Patos
Nome do Proprietário				
Francisca dos Santos P. Medeiros				
Seguradora	Bilhete Nº	Renavam Nº	Data da Emissão	
DPVAT	X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X	00893001511	13/02/2014	
Defeitos				
Retirado do local				

CP TRAN
Cópia Light type Original

Data:

575-02

口

AMÉRICA WANDERLEY

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
 Patos-PB 16/05/2016 15:47:32
 FERNANDA FERREI QUEIROGA GOMES RAMOSLEY - SUBSTITUTA
 [2016-016082] EMUL: P. 2, 12 FOLHAS: P. 0, 25 FEPJ: R. 0, 42 ISS: R. 0, 06
 SEL0 DIGITAL: A0513393-8261
 Confira a autenticidade em <https://seledigital.tjpb.jus.br>

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: evadiu-se do local sem prestar socorro a vítima.

VITIMA 01

Nome
Robson Batista Mamede

Sexo
Masculino

Nascimento
15/06/1989

Endereço
R. João Odorico, nº 420 – Bivar Olinto – Patos – PB

Fermentos

Viajava no Veiculo N°
V1

Usava Cinto/Capacete
Capacete

Condição da Vítima
Condutor

**Conduzida Para
Hosp. Regional de Patos**

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: as Vias são asfaltadas e em boas condições de circulação;

Que as vias são sinalizadas, e que no momento do sinistro o Semáforo estava com luz intermitente;

Que o V1 foi retirado do local e o V2 não se encontrava, devido ao C2 ter se evadido, por isso não foi possível confeccionar o croqui;

Que o C2 evadiu-se do local sem prestar socorro à vítima:

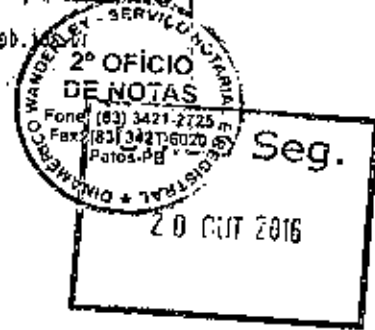
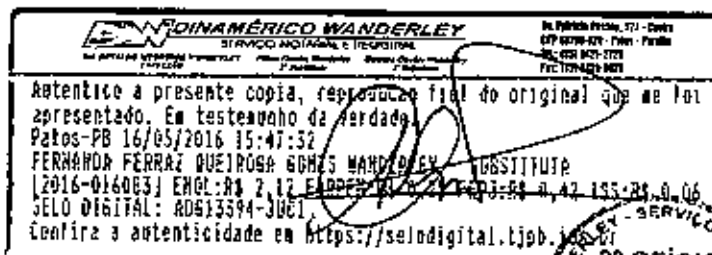
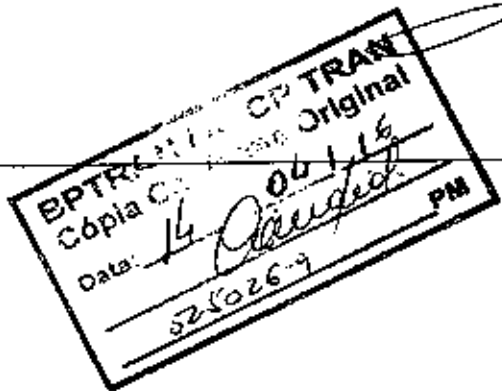
Que não foi possível realizar o teste do etilômetro e nem apurar depoimento do C1, devido a gravidade dos ferimentos;

Que o V1 estava devidamente licenciado e foi entregue a proprietária;

Que foram acionados por esta guarnição, bem como populares e o CIOP, os serviços de urgência do SAMU e dos Bombeiros, mas que devido estarem empenhados em outras ocorrências, não puderam ir prestar os primeiros socorros, sendo assim, o C1 foi conduzido ao H. R. P. por um amigo em seu veículo popular.

Patos – PB, 11 de fevereiro de 2016.

Sandoval Nunes Marques – CB PM
Responsável pelo Levantamento



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBSON BATISTA MAMEDE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00151-1

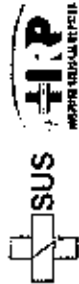
CONTA: 000010066491-1

Nr. da Autenticação C7A9BF7C9CC28D82



GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL SUS Sistema Único de Saúde HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO CDD. CNES: 2805473 - CNPJ 03.609.595/0001-75 RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE - PATOS-PB		MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
PACIENTE NOME: <u>Robson Batista da Silva</u> SEXO: <u>M</u> DATA DE NASCIMENTO: <u>11/01/1976</u> IDADE: <u>26</u> DOCUMENTO: <u>000.000.000-00</u> PROFISSÃO: <u>Trabalhador de Construção</u> ENDEREÇO: <u>Rua do Povo 1359 - Centro</u> MUNICÍPIO: <u>Patos</u> UF: <u>PB</u> CDD. IBGE MUN.: <u>5702167</u> CNS: _____ DATA ATENDIMENTO: <u>07/02/16</u>		CARÁTER DO ATENDIMENTO ☐ 01 - ELETIVO ☐ 02 - URGÊNCIA ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇOS DA EMPRESA ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO ☐ 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS	
PROCEDIMENTO DESCRITO: <u>EM</u> Em _____ Sac. Municipal de Saúde - Patos-PB		PROCEDIMENTO DESCRITO: <u>REVISADO</u>	
RAÇA/COR ☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - PRETA ☒ 3 - PARD ☐ 4 - AMARELA ☐ 5 - INDÍGENA ☐ 99 - SEM INFORMAÇÃO		DIAGNÓSTICO: _____ CID-10 _____	
ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) <u>Paciente vítima de</u> <u>acidente de trabalho com</u> <u>uso de arma de fogo e</u> <u>afetando a coluna torácica</u>		MEDICAÇÃO: ☐ PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ APLICADA ☐ INTERNAÇÃO ☐ _____ ☐ OBITO	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS) 1. <u>1031211061921</u> 2. <u>1111111111111111</u> 3. <u>1111111111111111</u>		SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO	
ASS. DO(A) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - carimbo Dr. <u>Elton José</u> <u>Assistente Social</u>		ASS. DO(A) PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL <u>Ass. do Revisor Técnico - carimbo</u>	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS) 1. <u>1031211061921</u> 2. <u>1111111111111111</u> 3. <u>1111111111111111</u>		ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo	

Obs: Sem documento



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2603473 CNPJ: 08.778.268/002376
NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
Paciente: ROBSON BATISTA MAMEDE
Mãe: MARIA DO SOCORRO BATISTA MAMEDE
Nascimento: 15/6/1989 Idade: 26 Cor: PARDA Sexo: M
Profissão:
Endereço: ZOZIMO GURGEL
Bairro: CONJUNTO BIVAR OLINTO
Cidade: PATOS - PB - 56700-000 - 2510808
CNS: 155-8567-9398-0002
CPF:
Data / Hora: 7/2/2018 23:28:58
Identidade: 3890929-9 DDD: 33
Reg. Nasc.:
Recepcionista: Iara
Ficha Número: 117753
Num.:
Fone: (83)99836-8267

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente em tratamento de amamentação (sic) há alguns dias, apresentando febre

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

Unidade de Saúde
20 OUT 2016

MATERIAIS / MEDICAMENTOS E OUTROS

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

CARÁTER DO ATENDIMENTO

PROCEDIMENTO Descrição

Suspeita de Febre tifoide

Aos 5 dias de evolução da febre

DIAGNÓSTICO

Febre tifoide FICHA 2 + Exame de MI

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO			INTERNAÇÃO
	1. PRESCRITA	OBSERVAÇÃO	RESIDÊNCIA	
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-	0	4	0	1	0	0	5	8
2-								
3-								

Dr. Edmarcio Gomes dos Passos Assistente - cirurgião
Cirurgia e Traumatologia
Bulco-Maxilo-Facial
Ortopedia dos Maxilares

Médico Crm / Cts

JOSE EDMÁRIO GOMES E SILVA - 4491 - 204-3231-1895-0000

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 61990
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 7/2/2016 23:26:31

Servidor do Dr.:

Paciente ROBSON BATISTA MAMEDE

Idade: 26 Sexo M

Filiação

Pai: JOSE MAMEDE DA SILVA
Mãe: MARIA DO SOCORRO BATISTA MAMEDE

Endereço

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808
Endereço: ZOZIMO GURGEL
Bairro: CONJUNTO BIVAR OLINTO
Naturalidade: PATOS - PB
Fone: (83)99835-8267

N.:

Documentos

CNS: 165-8867-9398-0002
Identidade: 3890929 SSDS/PB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 15/6/1989
Cor: PARDA
Estado Civil: UNIAO ESTAVEL
Profissão:

Responsável:

Kelly P. da Silva Batista

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Atendimento de trauma, com lesão de abdômen e lesão perf
em tórax @.*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

GF: Edema (+2/4+) + lesão perf

União Seg.

20 OUT 2016

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Raio X

Diagnóstico:

Lesão torácica e abdômen (perforação)

Motivo da Alta:

Resultado: () Sair Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: Iara

HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO" PATOS - PARAÍBA

Nome do Paciente: ROSSON RAFAELA		Nº Prontuário: 61990	
Data da Cirurgia: 18/02/2016	Enf.	Leito	
Cirurgião: DR. FAZIO SPM	1º Auxiliar: DR. WAGNER		
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:	
Anestesista: DR. ROLAND	Tipo de Anestesia: RA E VÍAS GERAIS		
Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA MÚLCOLA LATERAL E PIVOT DO CARPO			
MÚLCOLA MOBILIZADA POR 2200G 650/0000			
Tipo de Cirurgia: OSTEOTOMIA LATERAL MÚLCOLA LATERAL POR 2200G 650/0000			
ELOSAMENTO + TIO CILINDRICO PIVOT DO CARPO MÚLCOLA			
Diagnóstico Pós-Operatório: MÚLCOLA			
Relatório Imediato do Patologista: NÃO			
Exame Radiológico no Ato: NÃO			
Acidente Durante a Cirurgia: NÃO			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1. PUNÇÃO COM DILATADOR DOSSA PARA CIRURGIA
2. ABLAÇÃO E AMPLIAÇÃO
3. CURETA DE CÂVERA CILINDRICA
4. VÍAS DE ACESSO LATERAL AO TORNADOBLO DEBIL
5. REDUÇÃO CÔNCAVA E CILINDRICA MÚLCOLA LATERAL COM
PLACA 1/3 CURVA E PARAFUSO CÔNCAVA 3.5 mm E GESPONSO
6. REDUÇÃO M. PARAFUSO COM SE 0,3
7. VÍAS DE ACESSO AO MÚLCOLA MOBILIZADA TORNADOBLO DEBIL
8. REDUÇÃO DE PARAFUSOS DO CILINDRO PRÓXIMO
9. CURETAGEM COM PIVOT DO CARPO MÚLCOLA MOBILIZADA
10. REDUÇÃO CÔNCAVA E FIXAÇÃO MÚLCOLA MOBILIZADA COM DILATADOR GESPONSO PIVOT DO CARPO DEBIL
11. REDUÇÃO DA PUNÇÃO COM SE 0,3
12. SUTURA
13. CURATIVO

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Dr. Fábio de Aguiar SPM
Cirurgião e Traumatologista
CRM 61990



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

PATOS - PARAÍBA
EVOLUÇÃO CLÍNICA
ENFERMARIA

PACIENTE:

Rosane Berta Macedo

LEITO:

REG.:

DATA

HORA

07/02/15

Deu a tons de raiva, com dor
de garganta e febre
tormento (E)

Gr. Edema e inchaço.
Leve punção.

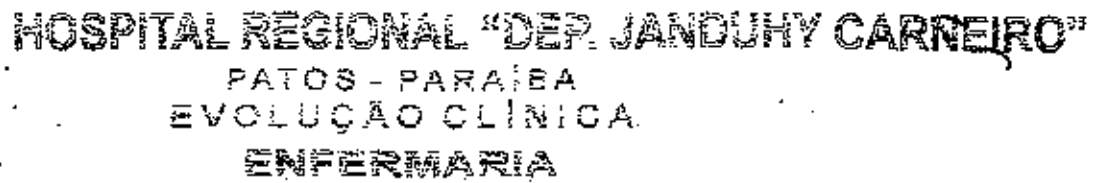
Recebeu fôlego bomboador do
traq (E)

PR. Intubado

Alto por op.

União Conj.

26 OUT 2015



克己也。

20 CUT 2016

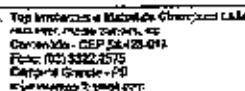
NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Rafael Batista Hamid				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE	
OT. 04	CONVÊNIO SUA	IDADE 26 anos	REGISTRO 61.990	 HOSPITAL REGIONAL SER. JANDUHY CARNEIRO	
CIRURGIÃO Antônio Carlos da Silva		CIRURGIÃO Dr. Fábio Spá			
ANESTESISTA Luigi Tzo		ANESTESISTA Dr. F. F. F.			
NETUNO/POSTO Volcan	DATA 18-03-86	INÍCIO 16h50	FIM 17h15		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipe p/ grupo sangue
2	TX. Sugador AP 500ml	1	Scap. Escala 100g
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Eletro
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Leitor		Coléter de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. de Saca	1	Seringa 5 ml
	TX. Eletro Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
2	TX. Extensor de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neopila 100g		Atadura de Crepom 10cm
	Neopila 200g		Atadura de Crepom 20cm
	Neopila 300g		Atadura Gasada 10cm
	Neopila 400g		Sonda Urinal
	Neopila 500g		Sonda Nasogástrica
	Neopila 600g		Éter Sulfúrico
	Neopila 700g		Dreno Penrose
	Neopila 800g		Dreno Sucção
	Neopila 900g		Dreno de Tórax
	Neopila 1000g	2	Espereadrapo
	Neopila 1100g		Xilocaína Gel
	Neopila 1200g	2	Alcool 70%
	Neopila 1300g	2	FPVI Tintura
	Neopila 1400g	2	Gasas
	Neopila 1500g	2	Algodão Hidrófilo
	Neopila 1600g		Algodão Ortopédico
	Neopila 1700g		Cidex
	Neopila 1800g		Vaselina Esteril
	Neopila 1900g		Agulha descartável
1	Agulha de 10ml		Parafina de Formol
	Parafina de 10ml		Fio Cromado 1/2 agulha
	Parafina de 20ml		Fio Cromado 3/4 agulha
	Parafina de 30ml		Fio Cromado 1 agulha
	Parafina de 40ml		Fio Cromado 1 agulha
	Parafina de 50ml		Fio Cromado 2-5 agulha
	Parafina de 60ml		Fio Cromado 2-0 agulha
	Parafina de 70ml		Cat-gut simples 2 agulha
	Parafina de 80ml		Cat-gut simples 2 agulha
	Parafina de 90ml		Cat-gut simples 2-0 agulha
	Parafina de 100ml		Cat-gut simples 2-0 agulha
	Parafina de 110ml		Cat-gut 3-0 p/ anigdatactomia
	Parafina de 120ml		Cat-gut simples 3-0 agulha
	Parafina de 130ml		Polycon 0 agulha
	Parafina de 140ml		Polycon 2-0 agulha
	Parafina de 150ml		Polycon 3-0 agulha
	Parafina de 160ml		Polycon 2-0 agulha
	Parafina de 170ml		Nylon 2-0 agulha

20 Sc
20 OUT 2003



Nº do pedido: _____

DOCUMENTO 5 *T5%



 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Rocelta Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
Registro do Inscrição
100.634.074-26
Homem
ROBSON BATISTA NAMEDE
Nascimento
15/05/1989

União Seg.
20 OUT 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P-239


Robson Batista Name de
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL
DATA DE EMISSÃO 11/08/2008
NOME ROBSON BATISTA NAMEDE
FILIAÇÃO JOSÉ NAMEDE DA SILVA
MARIA DO SOCORRO BATISTA NAMEDE
NATURALIDADE PATOS-PB
DATA DE NASCIMENTO 15/05/1989
CPF 100.634.074-26
ASSINATURA *Robson Batista Name de*
AMARILHO DO DOUTOR
PLANTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

02R44



Emmanoela Saturnina P. Vasconcelos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE S ARAUJO

Nº de Inscrição
029848084-01

Data do Nascimento
28/10/75



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.672.305 DATA DE EXPEDIÇÃO 04.01.1994

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Antonio Xavier de Souza
Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza.

NATURALIDADE Tabira-PE. DATA DE NASCIMENTO 28.10.1975

DO ORGEM Cert. Nas. 1316 L. 65 P. 5º art. de Tabira-PE.

CPF

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, podendo ser utilizado por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 27/11/88

SERIALO

DOCUMENTO 3 - 1794



União Soc.

28 OUT 2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160641701

Cidade: Patos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROBSON BATISTA MAMEDE

Data do acidente: 07/02/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

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

PRESTADOR

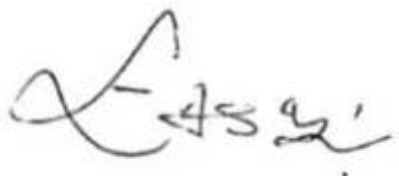
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **ROBSON BATISTA MAMEDE** Sinistro: **3160641701** Data: **07/02/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **JOAO ODORICO, 120 - BIVAR OLINTO - Sousa - PB - CEP 58806-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **3.690.929**

Data local do exame: [**16/12/2016**] **Caicó** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura bimaléolar do tornozelo esquerdo. A vítima refere dor aos movimentos articulares do tornozelo esquerdo. Marcha claudicante, com edema local e limitação funcional do referido tornozelo. Sem déficit neurológico.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossíntese do maleolo lateral e tornozelo esquerdo com placas e parafusos. Encontra-se de alta definitiva.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160641701

Cidade: Patos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROBSON BATISTA MAMEDE

Data do acidente: 07/02/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura bimalleolar do tornozelo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: A vítima refere dor aos movimentos articulares do tornozelo esquerdo. Marcha claudicante, com edema local e limitação funcional do referido tornozelo. Sem déficit neurológico.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossíntese do maleolo lateral e tornozelo esquerdo com placas e parafusos. Encontra-se de alta definitiva.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

