

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** RONILDO PAULINO VIEIRA

**Nº Sinistro:** 3180349757

**Vitima:** RONILDO PAULINO VIEIRA

**Data do Acidente:** 02/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180349757**.

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](http://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, 02 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** RONILDO PAULINO VIEIRA

**Nº Sinistro:** 3180349757

**Vitima:** RONILDO PAULINO VIEIRA

**Data do Acidente:** 02/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** RONILDO PAULINO VIEIRA

**Sinistro:** 3180349757

**Vítima:** RONILDO PAULINO VIEIRA

**Data do Acidente:** 02/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**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 3180349757** 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](http://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**

**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

Sinistro: **3180349757**  
Nome do(a) Examinado(a): **RONILDO PAULINO VIEIRA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PRFO JOSÉ MARCOS nº 112 - FUNCIONÁRIOS - JOAO PESSOA/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2739223 - SSP**  
Data e local do acidente: **02/10/2017 JOAO PESSOA/PB**  
Data e local do exame: **22/08/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM HEMORRAGIA TEMPORO PARIETAL DIREITA, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TEMPORAL DIREITA, CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA. FRATURAS DA FACE / CRANIO- ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO, MASTÓIDE ESQUERDA, TEMPORAL ESQUERDO FRATURA- LUXAÇÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA**

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

**TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM HEMORRAGIA CEREBRAL TRATADO COM CONDUTA CONSERVADORA. FRATURA-LUXAÇÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ESTA DE ALTA MÉDICA.**

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

**LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. DÉFÍCIT TRANSITÓRIO DE MEMÓRIA, DIFÍCULDADE DE CONCENTRAÇÃO, PARESTESIA DA HEMIFACE ESQUERDA E DÉFICIT MASTIGATÓRIO COM LEVE DESVIO DE COMISSURA LABIAL PARA A DIREITA.**

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 suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

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

**DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.  
DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE LESÕES CRANIO-FACIAIS**

**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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*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): **LESÕES CRANIO-FACIAIS**

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

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

**APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

**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

Sinistro: **3180349757**  
Nome do(a) Examinado(a): **RONILDO PAULINO VIEIRA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PRFO JOSÉ MARCOS nº 112 - FUNCIONÁRIOS - JOAO PESSOA/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2739223 - SSP**  
Data e local do acidente: **02/10/2017 JOAO PESSOA/PB**  
Data e local do exame: **22/08/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM HEMORRAGIA TEMPORO PARIETAL DIREITA, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TEMPORAL DIREITA, CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA. FRATURAS DA FACE / CRANIO- ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO, MASTÓIDE ESQUERDA, TEMPORAL ESQUERDO FRATURA- LUXAÇÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA**

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

**TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM HEMORRAGIA CEREBRAL TRATADO COM CONDUTA CONSERVADORA. FRATURA-LUXAÇÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ESTA DE ALTA MÉDICA.**

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

**LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. DÉFÍCIT TRANSITÓRIO DE MEMÓRIA, DIFÍCULDADE DE CONCENTRAÇÃO, PARESTESIA DA HEMIFACE ESQUERDA E DÉFICIT MASTIGATÓRIO COM LEVE DESVIO DE COMISSURA LABIAL PARA A DIREITA.**

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 suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

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

**DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.  
DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE LESÕES CRANIO-FACIAIS**

**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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*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): **LESÕES CRANIO-FACIAIS**

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

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

**APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

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

0121485584-651 Ronilde Paulino Vieira

Nome completo da vítima

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

Nome completo Ronilde Paulino Vieira	CPF titular da conta 0121485584-651	Profissão Vigilante
Endereço Rua 7 de sete Manos	Número 112	Complemento
Bairro Funcionários	Cidade Belo Horizonte	Estado PB
Email arturinha_giolo@hotmail.com	CEP 58049 350	Telefone (DDD) (83) 98831 2056

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECLUSO 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	

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
Nº: 1033 D/V: 16225 CONTA  
Nº: 0 D/V: 0  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Name

AGÊNCIA

Nº:

D/V:

CONTA

Nº:

D/V:

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

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

João Pessoa, 26 de junho de 2018

Local e Data

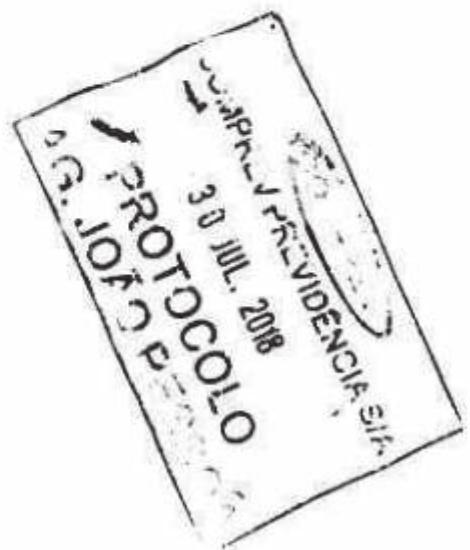


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



1033 013 16225-0





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17076833B02

STATUS:  
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 08663012875201719

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA: DATA/HORA:

EDISON BONOTTO/1539709

02/10/2017 18:05

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

JOAO PESSOA/PB

BR: KM: SENTIDO:  
101 88.5 Decrescente

DESCRITIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:	CONDICÃO METEOROLÓGICA:	
Anoitecer	Céu Claro	
TIPO DE VIA:	TIPO DE PISTA:	CONDICÃO DE PISTA:
Principal	Dupla	Seca
TIPO DE PAVIMENTO:	ESTRUTURA VIÁRIA:	
Asfalto	Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA:	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:
Sim	Sim	Sim



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



**PROTOCOLO:**  
**17076833B02**

**STATUS:**  
Encerrado

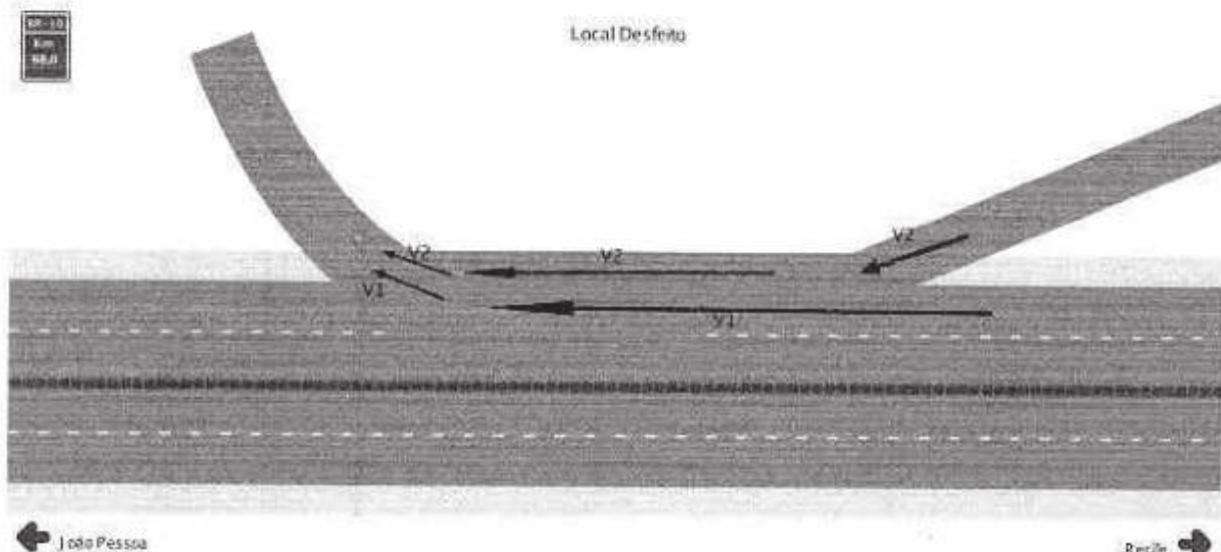
BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 08663012875201719

## DINÂMICA

## Eventos Sucessivos

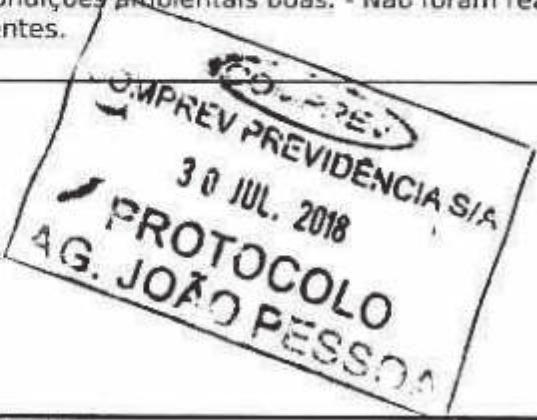
Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

## Croqui



## Narrativa

No dia 02/10/2017, às 18h05, em João Pessoa/PB, no km 88,5 da BR 101, ocorreu um acidente do tipo Colisão Lateral. Através dos vestígios encontrados no local, verificou-se que a o automóvel Evidido(V1) trafegava pela faixa da direita e a HONDA/NXR160 BROS ESDD, placa OGD-2283 (V2), conduzida por RONILDO PAULINO VIEIRA, entrou na via e trafegava pela faixa de aceleração. Ambos os veículos entraram lado a lado na alça de retorno do viaduto e ocorreu uma colisão lateral. Quando a equipe de ronda chegou ao local, V1 não se encontrava mais no local do acidente, tendo sido informado por populares que tratava-se de uma Kombi de placa KLH-8647 e que seu condutor teria se ausentado do local do acidente, juntamente com o veículo, a fim de prestar socorro ao condutor de V2. O local foi desfeito, sendo que V2 estava em um pátio próximo a BR. - O condutor de V2 sofreu lesões leves. - Sinalização vertical e horizontal em boas condições. - Pavimento em boas condições. - Condições ambientais boas. - Não foram realizados testes de alcoolemia devido os condutores estarem ausentes.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PREF SARAH TIMOTHÉ. MATR CUL 1655188

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 21/12/2017 10:17

NÚMERO DE CONTROLE: FR175800AD99DAB3A21BE7AE1ACD9C

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.inf.ufsc.br/~beleno/autenticidade/](http://www.inf.ufsc.br/~beleno/autenticidade/)



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17076833B02  
STATUS:  
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 08663012875201719

IMAGEM DA FRENTE (V2)



IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF SARAH TIMOTHEO, MATRÍCULA 1655188

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 21/12/2017 10:17

NÚMERO DE CONTROLE: FB375800AD99DA2A21B57AE4ACD98C

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/authenticity/autenticidade](http://www.prf.gov.br/authenticity/autenticidade)

versão 1.0 - 06/06/2017





# NURAM

Núcleo de Registro de Acidentes  
e Medicina Rodoviária

## TIPO DE REQUERIMENTO

<input type="checkbox"/> Cópia de Boletim de Acidente	<input type="checkbox"/> Confecção de Boletim de Acidente	<input type="checkbox"/> Nada Consta (Para Motoristas Profissionais)
<input checked="" type="checkbox"/> Reificação de Boletim de Acidente	<input type="checkbox"/> Recurso de requerimento indeferido	<input type="checkbox"/> Outros:

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- O requerimento poderá ser formulado por:
  - pessoas físicas ou jurídicas, com a devida comprovação legal, envolvidas diretamente na ocorrência ou no exercício do direito de representação;
  - aqueles que, sem terem se envolvido diretamente na ocorrência, têm direitos ou interesses que possam ser afetados pela decisão a ser adotada (familiar em primeiro grau, cônjuge, proprietário do veículo etc.).
- O requerente deverá apresentar, obrigatoriamente, um documento de identidade oficial com foto ou instrumento de representação;
- Deverão ser apresentados documentos que comprovem ou fundamentem o pedido, para facilitar a análise do pedido;
- Cópias de documentos devem estar acompanhadas dos originais, possibilitando que sejam autenticados por servidor PRF;
- Deverá ser informado um e-mail para envio da resposta, assim como um telefone fixo e celular para contato;
- O formulário deverá ser preenchido em sua totalidade, preferencialmente com LETRA DE FORMA.
- Nos casos de RECURSO por indeferimento parcial ou total, deverá ser informado o número do processo anterior.

**8. O REQUERENTE DECLARA-SE CIENTE DO COMPROMISSO DE APRESENTAR A DOCUMENTAÇÃO ORIGINAL, CASO SEJA SOLICITADO PELA ADMINISTRAÇÃO, PELO PRAZO DECADENCIAL DE 5 ANOS, CONFORME LEI 9.784/99.**

<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Pedestre / Ciclista	<input type="checkbox"/> Proprietário	<input type="checkbox"/> Pai/Mãe	<input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
<input type="checkbox"/> Filho/Filha	<input type="checkbox"/> Cônjugue	<input type="checkbox"/> Portador de Procuração	<input type="checkbox"/> Portador de Apólice	<input type="checkbox"/> Outro:	

Nome: **RONILDO PAULINO VIEIRA** Data de Nascimento: **08/06/1980**

Nº Registro CNH

CPF: **012.148.584-65**

Identidade: **2739223**

Emissor/UF: **SSP/PB**

Endereço (Rua, Av., Praça, Sítio...)

**R. Libano ribeiro**

Nº Complemento: **63**

Bairro:

**Funcionários III**

CEP:

**58079023**

Cidade:

**João Pessoa**

UF:

E-mail (Obrigatório e com LETRA DE FORMA): **RONILDO.RPV@GMAIL.COM**

Nº do Protocolo: **17076833801** Data do acidente: **02/10/2017** Hora: **18:05** Placa do Veículo: **OGD2283** Marca/Modelo: **HONDA/UXR160**

Br: **101** Km: **88,5** Cidade: **JOÃO PESSOA - PB** UF:  Localidade/Trecho/Ponto de referência:

Descrição sucinta do Pedido:

**SUBSTITUIR LESÕES LEVES PARA GRAVE - SEGUNDO DO CURENTES QUE SERÃO ENVIADOS VIA E-MAIL**

**JOÃO PESSOA**

**20/12/2017 Ronildo Paulino Vieira**

Assinatura do Requerente (Conforme Identidade)

Protocolo:  Data:  Hora:  Agente:

Matrícula:  Cargo:  Assinatura:

Recebi em  a cópia do boletim de acidente solicitada.

Assinatura:

**PRF**

Protocolo: **2011217** Data: **20/12/2017** Hora: **14:25** Agente: **SARAH TIMÔNE**

-Matrícula: **1655188**

Cargo: **PRF**

Assinatura:

Telefone: 83 3533-4748  
Email: nuram.pb@prf.gov.br



## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:

17076833B02

STATUS:

Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 08663012875201719

## INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:	DATA/HORA:	
EDISON BONOTTO/1539709	02/10/2017 18:05	
<b>Na Rodovia</b>		
MUNICÍPIO/UF:		
JOAO PESSOA/PB		
BR: 101	KM: 88.5	SENTO:
DESCRITIVO DO LOCAL:		

## ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:	CONDICÃO METEOROLÓGICA:	
Anoitecer	Céu Claro	
TIPO DE VIA:	TIPO DE PISTA:	CONDICÃO DE PISTA:
Principal	Dupla	Seca
TIPO DE PAVIMENTO:	ESTRUTURA VIARIA:	
Asfalto	Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA:	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:
Sim	Sim	Sim

IMAGEM PANORÁMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÁMICA - SENTIDO DECRESCENTE



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF SARAH TIMOTHEO, MATRÍCULA 1655188

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 21/12/2017 10:17

NÚMERO DE CONTROLE: FB375800AD99DA2A21B57AE4ACD98C

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 1 de 8



## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:

17076833B02

STATUS:

Encerrado

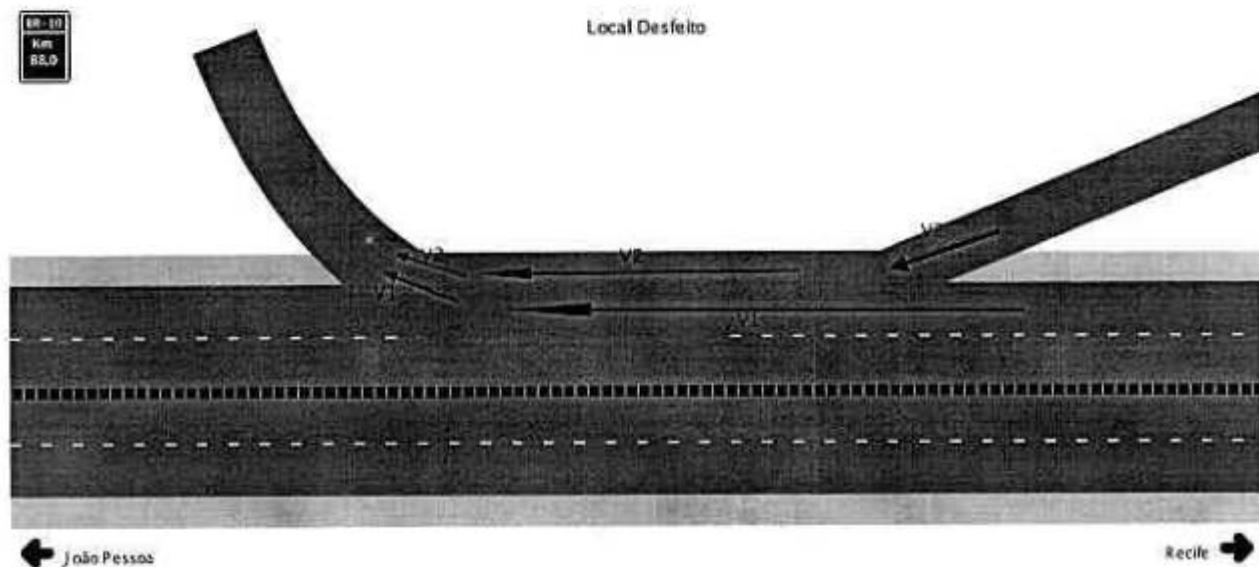
BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 08663012875201719

## DINÂMICA

## Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

## Croqui



## Narrativa

No dia 02/10/2017, às 18h05, em João Pessoa/PB, no km 88,5 da BR 101, ocorreu um acidente do tipo Colisão Lateral. Através dos vestígios encontrados no local, verificou-se que o automóvel Evadido(V1) trafegava pela faixa da direita e a HONDA/NXR160 BROS ESDD, placa OGD-2283 (V2), conduzida por RONILDO PAULINO VIEIRA, entrou na via e trafegava pela faixa de aceleração. Ambos os veículos entraram lado a lado na alça de retorno do viaduto e ocorreu uma colisão lateral. Quando a equipe de ronda chegou ao local, V1 não se encontrava mais no local do acidente, tendo sido informado por populares que tratava-se de uma Kombi de placa KLH-8647 e que seu condutor teria se ausentado do local do acidente, juntamente com o veículo, a fim de prestar socorro ao condutor de V2. O local foi desfeito, sendo que V2 estava em um pátio próximo a BR. - O condutor de V2 sofreu lesões leves. - Sinalização vertical e horizontal em boas condições. - Pavimento em boas condições. - Condições ambientais boas. - Não foram realizados testes de alcoolemia devido os condutores estarem ausentes.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17076833B02

STATUS:  
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 08663012875201719

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: Evadido/Ignorada	MARCA/MODELO:	ANO FABRICAÇÃO:
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Automóvel	
CHASSI:	RENAVAM: NÃO APPLICÁVEL	PAÍS: BRASIL	
ESPÉCIE:	CATEGORIA: NÃO APPLICÁVEL	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Populares informaram a placa do veículo e registraram a fotografia anexada em "imagem complementar".			
NOME DO PROPRIETÁRIO:		CPF/CNPJ:	
IMAGEM COMPLEMENTAR			

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF SARAH TIMOTHEO, MATRÍCULA 1655188

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 21/12/2017 10:17

NÚMERO DE CONTROLE: FB375800AD99DA2A21B57AE4ACD98C

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 3 de 8



## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO:  
17076833B02STATUS:  
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 08663012875201719

## VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: OGD2283	MARCA/MODELO: HONDA/NXR160 BROS ESDD	ANO FABRICAÇÃO: 2016
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KD0810GR204602	RENAVAM: 01080276120	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Entrando na via	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Veículo liberado para pai do proprietário CPF 141.015.994-91			
NOME DO PROPRIETÁRIO: RONILDO PAULINO VIEIRA		CPF/CNPJ: 012.148.584-65	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: 			NUMERO: 
COMPLEMENTO: 		BAIRRO: 	
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB			
TELEFONE: 83987146760		EMAIL: 	
Dados da Carga			
Descrição e Informações Complementares: 			



# MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

## BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17076833B02

STATUS:  
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 08663012875201719

### PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / Evadido/Ignorada	EN VOLVIMENTO: Condutor
NOME: EVADIDO	CPF: DATA DE NASCIMENTO:
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR: SEXO:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:

### Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

### Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	



## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

## BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO:  
17076833B02STATUS:  
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 08663012875201719

## PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / OGD2283 / HONDA/NXR160 BROS ESDD	EN VOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: RONILDO PAULINO VIEIRA	DATA DE NASCIMENTO: 08/06/1980
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 012.148.584-65	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Casado(a)	NOME DA MÃE: MARIA DAS DORES PAULINO VIEIRA

## Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA CILAIO RIBEIRO	NUMERO: 63
COMPLEMENTO:	BAIRRO: FUNCIONARIOS II

MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	
TELEFONE: 83987146760	EMAIL:

## Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: A
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 046164448000	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 14/04/2009	VALIDADE DA CNH: 20/10/2020	

OBSERVAÇÕES DA CNH: A
--------------------------

## Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE: RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Condutor Socorrido	
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:  
Alterado lesões leves para Lesões graves, após apresentação de laudo médico sobre cirurgia na clavícula - conforme processo de Retificação 08663.012875/2017-10.



## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO:  
17076833B02STATUS:  
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 08663012875201719

## AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / OGD2283 / HONDA/NXR160 BROS ESDD

NÚMERO DO BAT:

17076833B02

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

EDISON BONOTTO/1539709

DATA/HORA:

02/10/2017 18:05

		Item danificado no acidente		
Item	Descrição do Item	SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena



# MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17076833B02

STATUS:  
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 08663012875201719

IMAGEM DA FRENTE (V2)



IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)



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** *Romildo Paulino Vieira* **CPF da Vítima** *012.118.584-65* **Data do Acidente** *02.10.2017*

**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 atende 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.

*Romildo Paulino Vieira*  
Local e Data

IMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
COMPREV  
30 JUL. 2018  
1.G. 1000 PROTOCOLO  
REC.CA

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, 89 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1031555



## Identificação do paciente

ID 1216074	Nome RONILDO PAULINO VIEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1980	Idade 37 anos 9 meses 1 dia	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe NAO INFORMADO	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) GERONIMO BARBOSA - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 00	Fone Móvel 00000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crns		
Local de procedência BR 230		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R		

## Endereço

CEP 58079160	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PROFESSORA MARIA DA GLÓRIA MOREIRA FREIRE
Número SN	Complemento		Bairro FUNCIONÁRIOS

## Admissão

Data e Hora 02/10/2017 18:55:53	Número da pulseira 1000006308673	Convênio SUS	<i>transf 10/10/2017</i>
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		
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	Véio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA <i>X</i>	mmHg	P脉	Temperatura
----------------	------	----	-------------

## Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

*Prato do cunha de sanguis  
exposta por histeria de coagul  
foto de 2017-10-02 sanguis de exa*

## Diagnóstico

Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES	<i>Mavioao Filho</i> Fonoaudiólogo CNPJ: 36.443-000/001-11	CID
		Tempo 03min 43seg



# 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: 27/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONILDO PAULINO VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000016225-0

---

Nr. da Autenticação 8EE8C217347BD827



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

FAÇA CONTA COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

**MATRÍCULA**

1113089

**REFERÊNCIA**

JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

RONILDO PAULINO VIEIRA  
RUA PRFO JOSE MARCOS, 112 - FUNCIONARIOS JOAO  
PESSOA PB 58079- 350

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Período	Consumo	Instalado	Pálio
001.026.515.0197.000	000	1	0	0	0
<b>Hidrômetro</b>	<b>Data de Instalação</b>	<b>Localização</b>	<b>Situação Água</b>	<b>Situação Esgoto</b>	
A02N182656	30/07/2002	EXT MURILLO GADDO			POTENCIAL

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M<sup>3</sup>) | NUM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA  
1348 1361 13 30 19/07/2018

HIST. CONS. / ANOR. LEIT | QUALID. ÁGUA-ANEXO 2B PORT. 05/2017 MS.

MES/2018	8	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2018	4	0	TURBIDEZ	268	275
MAR/2018	5	0	CLORO	268	277
FEV/2018	8	7	COL. TERMOT.	0	0
JAN/2018	8	17	COR	73	88
DEZ/2017	8	0	COL. TOTAIS	268	277
MEDIA(M <sup>3</sup> )	6		DADOS REFERENTES A: ABR/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 20/06/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 10:20:53

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
<b>ÁGUA</b>		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M <sup>3</sup> - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M <sup>3</sup>	37,91
11 M <sup>3</sup> A 20 M <sup>3</sup> - R\$ 4,89 POR M <sup>3</sup>	3 M <sup>3</sup>	14,67
<b>ESGOTO</b>		
ACRESCIMO(S) MES(E) ANT. 03/2018 04/2018		1,47
JUROS DE MORA 03/2018 04/2018		0,48

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	11/07/2018	Total a Pagar:	R\$ 54,53
-------------	------------	----------------	-----------



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDICÃO DE FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

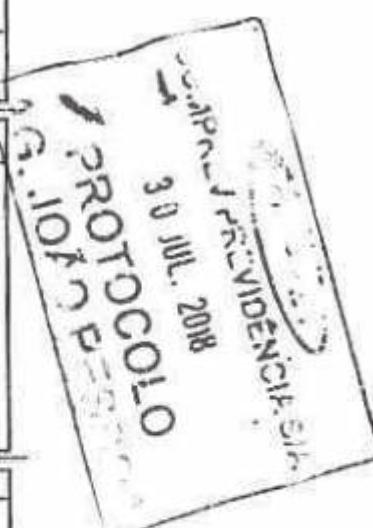
## INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCTIMENTO	TOTAL A PAGAR
1113089	JUN/2018	11/07/2018	R\$ 54,53

82670000000 1 54530010001 7 00111308901 3 06201870003 9





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
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 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pela controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455536021 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ronaldo Paulino Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 012148584 / 65, do sinistro de DPVAT cobertura Inválidiz da Vítima Ronaldo Paulino Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 455536021 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

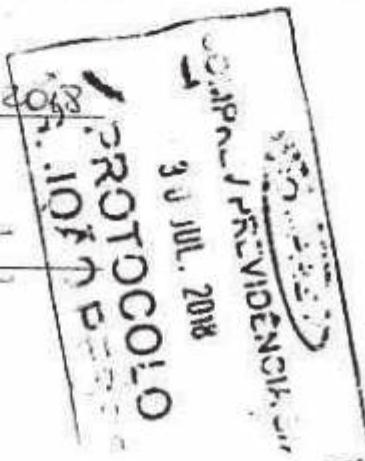
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>R. Ag. Fiscal José Costa Duarte</u>	Número <u>157</u>	Complemento <u>Sala 06</u>
Bairro <u>Neogalerias II</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>CEP</u>
Email <u>Cinthia_gulo@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>53 9888 12056</u>	Telefone celular (DDD) <u>58056 339</u>

João Pessoa, 26 de Junho de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante





## LAUDO MÉDICO

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

**NOME DO PACIENTE** RONILDO PAULINO VIEIRA

**DADOS DE NASCIMENTO** 08/06/80

**NOME DA MÃE** MARIA DAS DORES PAULINO VIEIRA

## DADOS EXTRAÍDOS

**BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1.031.555

**Nº PRONTUARIO** 104.608

**DATA DO ATENDIMENTO** 02/10/17

**HORA DO ATENDIMENTO** 18:55

**MOTIVO DO ATENDIMENTO** ACIDENTE DE MOTOCICLETA

**DIAGNÓSTICO (S)** TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DE FACE + CONTUSÃO CEREBRAL TEMPORAL D + HEMORRAGIA SUBDURAL TEMPORO-PARIETAL D + HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE TRAUMÁTICA TEMPORAL D + FRATURA DA CLAVÍCULA E

**CID 10** S 09.9 + S 06.3 + S 06.5 + S 06.6 + S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão com Kombi), trazido por terceiros. Desorientado, apresentando hematoma periorbitário E + otorragia E + epistaxe + deformidade em topografia da clavícula E, além de escoriações em joelho E, perna E e cotovelo E Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

RX da coluna cervical - AP e P

RX do tórax - AP

RX do ombro E - AP

RX da bacia - AP

USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Contusão cerebral temporal D + hemorragia subdural temporo-parietal D + hemorragia subaracnóide traumática temporal D à TC. Fratura da clavícula E ao RX. Realizado internamento e tratamento conservador das lesões cerebrais pela equipe da Neurocirurgia. Tratamento conservador do trauma da face pela equipe da BucoMaxiloFacial. Tratamento cirúrgico da fratura da clavícula pelo Dr. Katney Sarmento e Dr. Roberto Almeida.

**ALTA HOSPITALAR:** 03/11/17

**DATA DA EMISSÃO:** 22/02/18

Dr. Ewerton Neronha Teixeira  
CRM: 2516/PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 89 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1031555



## Identificação do paciente

ID 1216074	Nome RONILDO PAULINO VIEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1980	Idade 37 anos 9 meses 1 dia	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe NAO INFORMADO	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) GERONIMO BARBOSA - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 00	Fone Móvel 00000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crns		
Local de procedência BR 230		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R		

## Endereço

CEP 58079160	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PROFESSORA MARIA DA GLÓRIA MOREIRA FREIRE
Número SN	Complemento		Bairro FUNCIONÁRIOS

## Admissão

Data e Hora 02/10/2017 18:55:53	Número da pulseira 1000006308673	Convênio SUS	<i>transf 10/10/2017</i>
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		
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	Véio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA <i>X</i>	mmHg	P脉	Temperatura
----------------	------	----	-------------

## Exames complementares

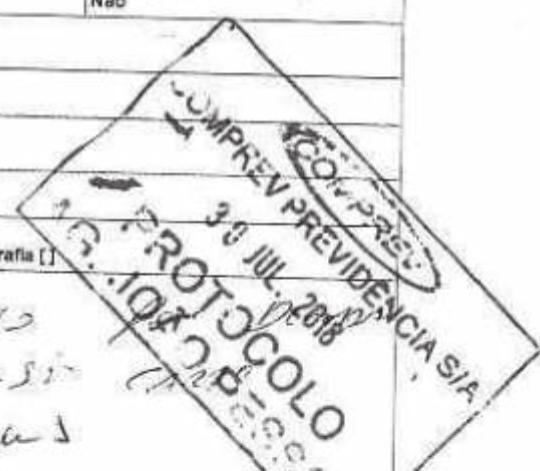
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

*Prato do cunha de sanguis  
exposta por histeria de cossi  
foto de 2017-10-10 sanguis de exa 3*

## Diagnóstico

Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES	<i>Maviao Filho</i> Fonoaudiólogo CNPJ: 00136.443 CRO: 104	CID
		Tempo 03min 43seg





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

Romildo Paulino

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
14/10/17	11:00	<p>Psicologia</p> <p>Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente. Sem queixas no momento.</p> <p><i>Luiz Guteemberg Teixeira</i></p> <p>Psicólogo 5023/13</p>
18/10/17	11:36	<p>Psicologia</p> <p>Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, humor triste, choroso, interagindo bem, respondeu às solicitações. Realizado apoio psicológico e orientações.</p> <p><i>Luiz Guteemberg Teixeira</i></p>
		<p>SEMPRE PREVIDÊNCIA 30 JUL. 2018 PROTÓCOLO 13.10.2018</p>

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

Número:

Paciente: Ronildo Paulino Vieira

Prontuário: 1031555.

Procedimento: LAC

Data: 01/11/17

SUS:  Não SUS:

Reposição:

Médico: Dra Kartiney.

**DISPENSAÇÃO CME**

FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
TM	Cx 3,5 Parafuso cortical " " " № 14 " " " № 16 " " " № 18	(01) (03) (02)
	Placa de Fixação com 10 Furos mala (01).	

**DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA**

FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
B-Braun	Agulha de PLEX A 100	(01).

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM-PR

*Vanessa C. da Silva  
Médica / CRM-PR 064.171-374-65*

*Ana Valéria C. da Silva  
Enf. Especialista  
COREN-PR 476.693*

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Solicitação para Aquisição de Órtese-Prótese não Padronizados



EXCERPTS

Deutsche Presse  
LEITO:

### UPADE:

SEARCH

9109

LEITO:

**DATA**

DATA: 13/10/17

**HORA:**

## DIAGNÓSTICO:

## *Fiatopus clavigularis*

JUSTIFICATIVA: (assinatura e carimbo do médico solicitante)

Please you fix devices. you will

#### ESPECIFICAR MATERIAL:

Reunião sobre mudanças de  
uso rural e urbano

PARECER DO COORDENADOR DO SERVIÇO: (assinatura e carimbo)

## TERORIZAÇÃO DA DIREÇÃO TÉCNICA:

CIÊNCIA DA DIREÇÃO ADMINISTRATIVA:

1º via SETOR DE COMPRAS - 2º via PRONTI

### F(NG) ASCII =



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA



BRASIL

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Fonildo Paulino Virec BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 03/03/18  
 Clínica/Setor: ortopedico EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Tretamento de recto de esmolledo (E)  
 Cirurgião: Dr. Kartney 1º Assistente: Dr. Roberto Almeida  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
④ Fístula "esmolledo" de clavado (E)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
④ Tretamento comrigos de recto esmolledo de clavado (E)	

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, 03/03/18

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DPOF em cadarço + tipo caderço
- Piso sal anterior
- Assepsia + antisepsia
- Afixação de campos cirúrgicos

Incisão:

- Incisão sol o clavícula (c)

Achados:

- Fratura de clavícula (c)

Conduta:

- Desligar + Herantria anterior do foco de fratura.
- Visões direto do interior da clavícula (c)
- Redução da fratura com prato de pedreiro
- Fixação com placa a fixar 10 furos
- Gálibo todo 6 parafusos corticos
- Fechamento da herantria

Fechamento:

- Fechamento por planos
- suturas apertadas
- Fim + controlado

Observação:

COMPREV PREVIDENCIA S.A.  
30 JUL. 2018  
PROTÓCOLO  
13.10.2017

João Pessoa, 01.10.17

Médico/CRM: \_\_\_\_\_



# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 01/11/17

PRONTUÁRIO: 1031555

PACIENTE:	RONILDO PAULINO VIEIRA		SEXO: M	COR:	IDADE: 37
-----------	------------------------	--	---------	------	-----------

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	82	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
------------------	-------	----	------------	-------------	------	-----------------

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

EXAMES COMPLEMENTARES NO PRONTUÁRIO, CHEGADOS

AP. RESPIRATÓRIO	CU PNEUM	AP. CIRCULATÓRIO	ESTAVEL	V
------------------	----------	------------------	---------	---

AP. DIGESTIVO	SEM	ESTADO MENTAL	L.O.T.E	DROGAS EM USO	VPM
---------------	-----	---------------	---------	---------------	-----

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

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO LAC - lesão avascular clavicular

CIRURGIA REALIZADA TAC CIRÚRGICO DE LAC

CIRURGIANO	Dra. KARTINY	AUXILIARES
------------	--------------	------------

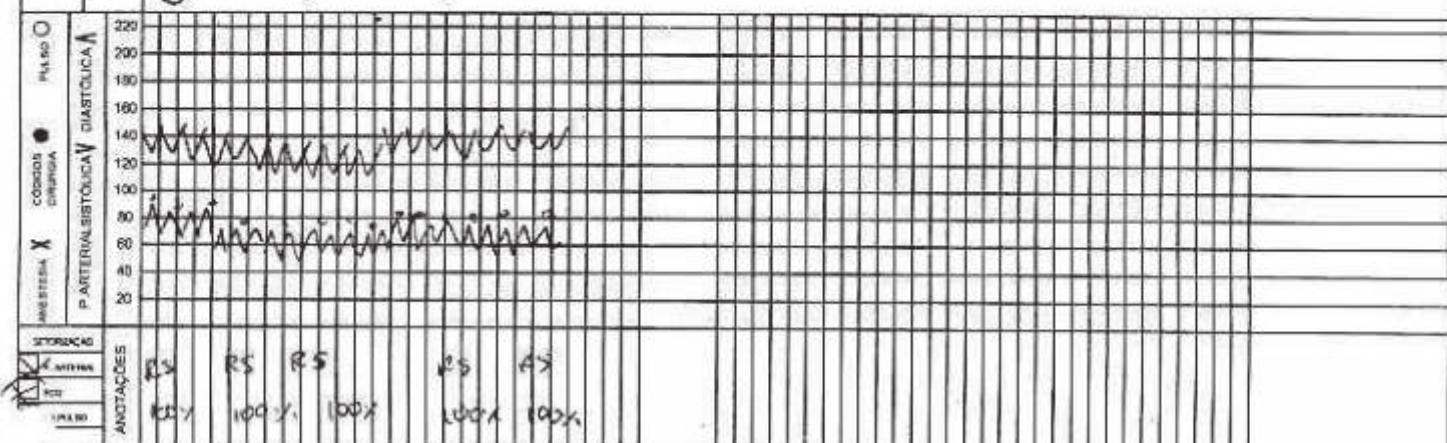
INÍCIO DA ANESTESIA	8:45	TÉRMINO DA ANESTESIA	10:45	DURAÇÃO DA ANESTESIA
---------------------	------	----------------------	-------	----------------------

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

ANESTESISTA	Dra. VANESSA	CPF: 32.100.000-01	CRM-PB
-------------	--------------	--------------------	--------

AGENESMOIA	5:45	9:45	10:45
O <sub>2</sub> N <sub>2</sub> O			

LIQUIDOS	VENOSOS	PL	RL	RV
----------	---------	----	----	----



<input type="checkbox"/> ANESTÉSICA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input checked="" type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS	SCORACÃO
---	-------------------------------------	-----------------------------------	---	---------------------------------------	---------------------------------	----------

TECNICA Pcte em DOD, monitorizado, uso cateter nasal, redução com administração de O<sub>2</sub> + O<sub>2</sub> + MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLICOSE	1. FENTANIL 150mcg	11. DEXAMETASONA 10mg
ANALG	2. MIDAZOLAM 7mg	12. CETO PROFENS 12mg
SANGUE	3. CETAMINA 10mg	13. DNOVACETINA 8mg
RINGER	4. NIVAPUPILVACINA CI VASO 20ml	14.
TOTAL	5. BLOCAINA CI VASO 20ml	15.
DESTINO DO PACIENTE	6. LIDOCARINA SI VASO 10ml	16.
APT.	7. ÁGUA DESTILADA 10ml	17.
UTI	8. CLONIDINA 150mg	18.
OUTROS	9. CEFAZILINA 2g	19.
	10. DIPRIVNA 3g	20.

COMPREV PREVIDENCIA 30 JUL 2018

ROTA 2018

Vanessa França de Sousa

Médica / CRM-PB 8287

CPF 064.171.374-66

F (ING) ASCIR 0061



## Visita Pré Anestésica

AP 06/03

REGISTRO

PRONTUÁRIO: 103/555

NOME DO PACIENTE: Roniello Paulino Viana

Idade: 37

Sexo:

Patologia principal: Frot de catarata

Cirurgia: no ce

DATA: / /

Anestesia proposta:

Profissão:

Prog. Pugilat. / 6000

	sim	nao
Dor no peito, angina?		
infarto? [ ] <3M [ ] 3-6M [ ] >6M		
Pressão alta?		
Sopro, febre reumática?		
Arritmia, taquicardia? [ ] espontânea		
aos esforços: [ ] pequ. [ ] medios		
Edema de MMII: [ ] Tardé [ ] Verão		
Dispneia de esforço? [ ]		
aos esforços: [ ] pequ. [ ] medios		
Aste bronquite		
Tosse/estertor? (cor)		
Fumante: há ____ anos. Parou há ____		
Desmaios, tonturas?		
Convulsões, abalos, tremores?		
Fraqueza muscular, miopatia?		
Dor nas juntas, artrite, colagendose?		
Problema de coluna?		
Edifício social -		
Alcoolatriz: há ____ anos. Parou há ____		

	sim	nao
Diabetes?		
Doença da tireoide?		
Mudança no hábito miccional?		
Modificação no apetite?		
Queimação, azia, H de hiato, dor?		
Náuseas, vômitos? (cor)		
Mudança no hábito intestinal?		
Alteração na cor das fezes?		
Perda de peso súbita?		
Hepatite, ictericia, malária, Chagas?		
Anemia?		
Sangramento? (onde?)		
Hematomas, manchas roxas?		
Gripe, febre, recente?		
Existe ou pode estar grávida? (DUM: [ ])		
Tem problema de visão, visão?		
Teve febre alta quando foi operado?		
Recebeu Transf sangue? Há ____		
Acetona transf sangue numa emergência?		

	sim	nao
Alergia a drogas?		
Quadro clínico?		
Tratamento?		
Alergia a pó, lâ, odores, alimentos?		
Quadro clínico?		
Tratamento?		
Alergia a derivado de borracha?		
Quadro clínico?		
Tratamento?		
<b>PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos)</b>		
A criança é prematura?		
A criança tem [ ] de desenvolvimento?		
A criança está gripada, c/tosse, febre?		
A criança tem outra doença?		
<b>ATECENDENTES FAMILIARES DE:</b>		
[ ] diabetes - [ ] doença crônica - [ ] hipertensão		
[ ] febre alta durante a anestesia?		
[ ] Problema durante a anestesia?		
Qual?		

Dados importantes da Anamnese e Física

Cirurgia / Anestesia / Proctos / Consultas

Medicamentos (listar)

negar

sentado-álcool

*t4000*

EXAME FÍSICO	
Peso: _____	Altura: 1.72
Condição: _____	PA: _____
Condição: _____	Fr: _____
Condição: _____	Hidratação/desidratação: _____
Auscultar: _____	clávico/escorálio - icterícia/antécrito
Dentadura/prótese (intraop) (móvel/fixa)	_____
Dentes: _____	_____
Abertura da boca: <u>Normal</u> / -	Barber
Perceção normal/ário -	_____
Flexão/extensão do pescoço	_____
Normal/limitada	_____
1. Molar: _____ / 27 - 1 + 4 distância entre molar e 27.5 mm = 12.5	_____

Anexo de preferência exames com < 31 ano					
Hb=	Hr=	Glic=	Cr=	Uro=	
Nar=	K=	TC=	TS=		
Plaq=					
Congol: [ ] Normal [ ] Alterada	TT=	TP=	TTPA=		
RX torac: [ ] / [ ]					
ECG: [ ] / [ ]					

Avaliação clínica: sim/não

RETORNOS: [ ] NÃO [ ] SIM Matos: [ ] Exames complementares: [ ] Encaminhado p/Clínica: Qual? (VIDE VERSO)

CRM: 10988

Se o paciente tiver Risco(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação da Ambulância

CONDUTA FINAL:  
DATA: / /

- [ ] Liberado para cirurgia
- [ ] Reavaliar na internação - evolução:
- [ ] Reavaliar na SG - evolução:
- [ ] NÃO LIBERADO P/CIRURGIA - evolução:

PROBLEMAS GRAVES:



## Apes

## DATA

## PRONTUÁRIO

### Categories / Anatomías Primarias / Comunicaciones

### Methoden (Daten)

EXAME FÍSICO				
peso:	Altura:	PA:	P:	Hidratação/desidratação
Cor/edema:	expansão diafragm. susp.:	claudicação/edema ótico:	letramento/edema	
Funções:				
Demanda/ordem:	(intensão) (movel/fixa)			
Doentes:				
Abertura da boca: Normal/↓				
Percepção exognóstica:				
Flexão/extensão de pescoço:				
Normal/limitada:				
Mallamont: 1 2 3 4 distância esterno/menton: $\leq 12.5$ cm $> 12.5$				

4/10/14		Anotar de preferência exames com <10 anos		
		Exames Subsidiários DATA: / /		
Hb=	13.4	Ht=	42.2	Glic=
Nev=	34	K=	3.1	TC=
Plaq=	300000			TS=
Coagul: [ ] Normal [ ] Alterada		TT=	TP=	TTTA=
RX urina ( / / )		INR 1.15		
ECG ( / / )				
Avaliação clínica: SINUS				

RETORNOS: [ ] NÃO [ ] SIM Motivo: [ ] Exames complementares [ ] Encaminhado p/Clínica. Qual:

CONDUITA FINAL:	<input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia <input type="checkbox"/> Reavaliar as internadas motivada(s): <input type="checkbox"/> Reavaliar as SO motivada(s): <input type="checkbox"/> NAO LIBERADO (CIRURGIA motivada):
DATA: / /	

Nome do Paciente: Paulo Paes Leme BE/Prontuário: 1031555Foi justificado ao paciente?  Sim  Não

Setor/Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

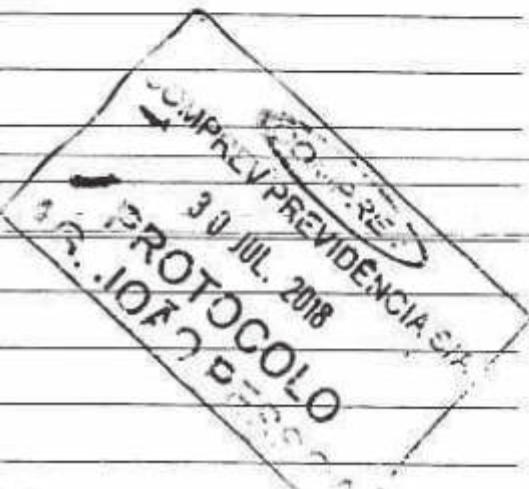
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hs

13/10/12

## 1. Relatório do(a) Médico(a) Responsável pela Suspensão (assinar e carimbar)

Reverte com halux cominichos  
de dor c/ulc com necrose da  
pele bloqueado.  
Solicite uro urol e reanimação  
em urg

## 2. Relatório do(a) Enfermeiro(a) (assinar e carimbar)

Observação: 1<sup>a</sup> via Prontuário, 2<sup>a</sup> via Bloco Cirúrgico, 3<sup>a</sup> via Direção Técnica.

Atendimento: 000000838073

Idade: 37 anos

Paciente: RONILDO PAULINO VIEIRA

Data: 10/10/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Cistos de retenção no seio maxilar direito. ✓

Material secretivo no seio esfenoidal. ✓

Fratura do arco zigomático esquerdo. ✓

Fratura longitudinal na mastóide esquerda associada a hemotímano. ✓

Fratura na escama temporal esquerda com discreto desvio das peças ósseas. —

Pequenos higromas frontais bilaterais com espessura de até 7,68mm à direita e 7,39mm à esquerda. —

Edema vasogênico e sangramento em absorção no lobo temporal direito. —

Demais sulcos corticais e fissuras cerebrais sem alterações. —

Sistema ventricular supra-tentorial de dimensões e situação habituais. —

IV ventrículo de morfologia e situação habituais. —

Restante do parênquima encefálico e estruturas da fossa posterior com coeficientes de atenuação habituais, dentro do protocolo proposto. —

Estruturas centro-medianas sem desvios em relação à linha média. —

Ausência de coleções extra-axiais. —

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 10/10/2017 19:42.*

**Dr. Carlos Ferreira Neto II**  
CRM: 5962 - PB

Atendimento: 000000827039

Idade: 37 anos

Paciente: RONILDO PAULINO VIEIRA

Data: 05/10/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

#### Exame controle evolutivo:

Fratura temporal e mastoidea esquerda.

Fratura do arco zigomático esquerdo.

Sinais de hemorragia subaracnoidea à direita.

Parênquima cerebral apresentando contusões na região temporal direita.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

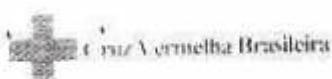
Material denso no interior da mastoide esquerda e dos seios, podendo corresponder a hemossinus

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 05/10/2017 20:36



Dra. Danielle C.S. Pereira  
CRM: 6088 - PB



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

Boletim de Atendimento: 1031555



## Identificação do paciente

ID 1216074	Nome RONILDO PAULINO VIEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 08/06/1980	Idade 37 anos 5 meses 9 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião CATOLICA	Prontuário 104608
Mãe MARIA DAS DORES PAULINO VIEIRA				Pai IDALVO VIEIRA DO NASCIMENTO
E-mail				Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986157525	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2739223	Nº Cns 898005811152029		
Local de probabilidade BR 230		Tipo BAIRRO	UF PB	
E-mail	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R		

## Endereço

CEP 58079160	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PROFESSORA MARIA DA GLÓRIA MOREIRA FREIRE
Número SN	Complemento		Bairro FUNCIONÁRIOS

## Admissão

Data e Hora 02/10/2017 18:55:53	Número da pulseira 1000006308673	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

## Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos:

Diagnóstico	Protocolo
Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES	Tempo 03min 43seg

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA

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

Tel: 32165700

CNES

Paciente <b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>		BAE <b>1031555</b>	Data/Hora Entrada <b>02/10/2017 18:55:53</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/01/1980</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898005811152029</b>	Telefone de Contato <b>(83) 986157525</b>
Mae <b>NAO INFORMADO</b>				Prontuario <b>104608</b>
Endereço <b>PROFESSORA MARIA DA GLÓRIA MOREIRA FREIRE, SN</b>		Bairro <b>FUNCIONÁRIOS</b>	Municipio <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO</b>		Nº Cons. Regional <b>4687/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>02/10/2017 18:55:53</b>		Data/Hora Prescrição <b>10/10/2017 20:17:31</b>		
Próvenio <b>JS</b>	Nº Matrícula		Senha	

### Anamnese

NEUROCIRURGIA - EVOLUINDO COM CEFALÉIA, INTERNADO NA ORTOPEDIA DO HTOP, TEM EXAMES CONTROLES ANTERIORES. FEZ TC HOJE QUE MOSTRA MÚLTIPHAS FRATURAS DE FACE, CONTUSÃO CEREBRAL EM RESOLUÇÃO. CD.: SEM INDICAÇÃO DE PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO, MANTER SINTOMÁTICOS, RETORNO PARA UNIDADE DE ORIGEM E SUGIRO AVALIAÇÃO DA OTORRINO/CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL.

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a secção

100-10000  
LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO  
(4587/PB)

RONILDO PAULINO VIEIRA

Whit du 12/10/12  
CH. cocaine unit  
windo o parent  
she is monte  
2nd TTO w/ interpretive  
2 BAE. positive 84%  
2



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB 58031090

Tel: 32165700

CNES.

Paciente <b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>		BAE <b>1031555</b>	Data/Hora Entrada <b>02/10/2017 18:55:53</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/01/1980</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898005811152029</b>	Telefone de Contato <b>(83) 986157525</b>
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>				Prontuário <b>104608</b>
Endereço <b>PROFESSORA MARIA DA GLÓRIA MOREIRA FREIRE, SN</b>		Bairro <b>FUNCIONÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA</b>		Nº Cons. Regional <b>6800/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>02/10/2017 18:55:53</b>	Data/Hora Prescrição <b>08/10/2017 12:22:04</b>			
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha	

### Anamnese

NEUROCIRURGIA

## MELHORA RADIOLÓGICA PROGRESSIVA

MANTER HIDANTAL 100MG VO 8/8H

RETORNO HTOP APÓS ALTA HOSPITALAR

ALTA NEUROCIRURUGIA

## Conducta

### Em observação

**Dr. Gustavo Cartaxo Patrício**  
Neurocirurgião  
CRM-PB 6800

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA  
(6800/RB)

RONILDO PAULINO VIEIRA



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

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

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>		BAE <b>1031555</b>	Data/Hora Entrada <b>02/10/2017 18:55:53</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/01/1980</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(00) 00000000</b>
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>				Prontuário <b>104608</b>
Endereço <b>PROFESSORA MARIA DA GLÓRIA MOREIRA FREIRE, SN</b>		Bairro <b>FUNCIONÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ADRIANO DUARTE QUINTANS</b>	Nº Cons. Regional <b>2442/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>02/10/2017 18:55:53</b>		Data/Hora Prescrição <b>03/10/2017 00:03:39</b>		
Convênio <b>SISS</b>	Nº Matrícula		Senha	

### Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 1H (COLISÃO COM KOMBI), APRESENTA HEMATOMA PERIORBITÁRIO À E + OTORRAGIA À E + EPISTAXE + DEFORMIDADE EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA E + ESCORIAÇÕES EM JOELHO E, Perna E E COTOVelo E. PELO EXAME DE TC DE CRANIO, ONDE FOI VISUALIZADA A ESTRUTURA FACIAL, SEM OBSERVANCIA DE SINAIS INDICATIVOS DE FRACTUREAS DO COMPLEXO MAXILO FACIAL.

CD

### 1) ALTA DA BMF

## 2) AOS CUIDADOS DA NEURO

## Conduta

### Em observação

ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(2442/PB)

RONILDO PAULINO VIEIRA

SISTEMA DE COMPRA Y PREVIDENCIA S.A.  
30 JUL. 2018  
PROTOCOLO

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>		BAE 1031555	Data/Hora Entrada 02/10/2017 18:55:53	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1980	Idade 37	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>				Prontuário 104606
Endereço <b>PROFESSORA MARIA DA GLÓRIA MOREIRA FREIRE, SN</b>		Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>	Nº Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Classificação 02/10/2017 18:55:53			Data/Hora Prescrição 03/10/2017 00:02:16	
Exame	Nº Matrícula			Senha

### Anamnese

PACIENTE REALIZOU EXAMES DE IMAGEM. NO RX DE TÓRAX, NÃO IDENTIFIQUEI FRATURAS DE ARCOS COSTAIS, DERRAME OU PNEUMOTÓRAX. OBSERVA-SE FRATURA DE CLAVÍCULA E, FAST SEM LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE ABDOMINAL. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + AOS CUIDADOS DA NEUROCIRURGIA.

### CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

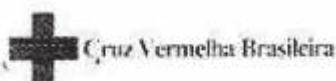
✓ observação

*Ana Virginia L. da Costa  
Cirurgia Geral  
CRM-4417*

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO  
(4417/PB)

RONILDO PAULINO VIEIRA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

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

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>		BAE 1031555	Data/Hora Entrada 02/10/2017 18:55:53	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1980	Idade 37	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>				Prontuário
Endereço <b>PROFESSORA MARIA DA GLÓRIA MOREIRA FREIRE, SN</b>	Bairro <b>FUNCIONÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>	
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FAGNER BARROSO MARTINS DANTAS</b>	Nº Cons. Regional <b>6236/PB</b>	
Data/Hora Classificação 02/10/2017 18:55:53		Data/Hora Prescrição 02/10/2017 20:27:17		
Convênio <b>SISS</b>	Nº Matrícula		Senha	

## Anamnese

UTI Móvel: paciente vítima de TCE, agitado, apresentando cefaléia e vômitos, confusão mental, ecg 14 cd: plasil ev, fentanil 1 ml

## MEDICAÇÃO

**SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 5,0 ML VIA E.V, AGORA, DURANTE 12 HORA(S)**

**Diluir**

FENTANILA 0,05 (FRASCO-AMPOLA 10ML), DILUIR 1,0 ML

**AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 10 MIN(S)**

| Diluir

LETOCLOPRAMIDA 10MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA), DILUIR 2,0 ML

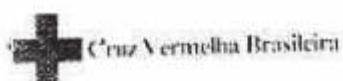
## Conduta

### Em observação

FAGNER BARROSO MARTINS DANTAS  
(6236/PB)

RONILDO PAULINO VIEIRA





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>	BAE <b>1031555</b>	Data/Hora Entrada <b>02/10/2017 18:55:53</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/01/1980</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(00) 00000000</b>
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>			Prontuário <b>104608</b>
Endereço <b>PROFESSORA MARIA DA GLÓRIA MOREIRA FREIRE, SN</b>	Bairro <b>FUNCIONÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA</b>	Nº Cons. Regional <b>6018/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>02/10/2017 18:55:53</b>		Data/Hora Prescrição <b>03/10/2017 09:25:08</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Serha

### Anamnese

nte-acidente motociclistico(contusão a direita+hsda laminar a direita+hsa-t);refere cefaleia.  
ao exame:glasgow 13,asia-e,otorragia esquerda,eupneico,afebril,hemodinamicamente estavel  
cd:tcc de controle

### DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H, DURANTE 24 HORA(S) (OBSERVAÇÕES:  
GLICOSE 50% 30ML EM CADA FRASCO DE SORO)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 6/6H, DURANTE 6 HORA(S)

Diluir

OXACILINA SODICA 500 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 500,0 MG

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

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

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 4,0 MG

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

Diluir

FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL, DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V. 12/12H, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 1,0 AMPOLA



SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML. ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

## Dilution

**CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG**

## CUIDADOS

AFFIR PA E FC

CABEÇEIRA ELEVADA A 30°

## OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

HGT 8/8HS

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

**CID10**

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado

induta

### Em observação

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA  
T 6008/PB)

RONILDO PAULINO VIEIRA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>		BAE 1031555	Data/Hora Entrada 02/10/2017 18:55:53	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1980	Idade 37	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe NAO INFORMADO				Prontuário
Endereço PROFESSORA MARIA DA GLÓRIA MOREIRA FREIRE, SN		Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional <b>ALEXANDRE BARROS DA GONCALVES DA SILVA</b>		Nº Cons. Regional 4988/PB
Data/Hora Classificação 02/10/2017 18:55:53		Data/Hora Prescrição 02/10/2017 20:38:00		
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha	

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE GRAVE E TRAUMA DE FACE

DESORIENTADO ECG 12

PUPILAS ISO FOTO REAGENTES

EQUIMOSE A ESQUERDA

CT DE CRANIO :HSAT TEMPORAL DIREITO E EM FISSURA

CONTUSÃO TEMPORAL DIREIRA

HEMATOMA SUB DURAL TEMPORO PARIETAL DIREITO ,ASSOCIADO A EDEMA HEMISFERICO

CUIDADOS DE UTI

VIGILANCIA NEUROLOGICA

CT DE CONTROLE EM 12 HORAS

Dados coletados anteriormente  utilizar na impressão?

### Conduta

Internar Paciente

Dr. Alexandre Barros Silva  
Médico  
CRM: 4988

ALEXANDRE BARROS DA GONCALVES DA SILVA  
(4988/PB)

RONILDO PAULINO VIEIRA

30 JUL. 2018  
PROTÓCOLO  
IMPKLV PREVIDENCIA SIA  
TOC



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>		BAE 1031555	Data/Hora Entrada <b>02/10/2017 18:55:53</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/01/1980</b>		Idade <b>37</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(00) 00000000</b>
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>				Prontuário
Endereço <b>PROFESSORA MARIA DA GLÓRIA MOREIRA FREIRE, SN</b>		Bairro <b>FUNCIONÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>	Nº Cons. Regional <b>4417/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>02/10/2017 18:55:53</b>			Data/Hora Prescrição <b>02/10/2017 19:28:15</b>	
Avô <b>/S</b>		Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 1H (COLISÃO COM KOMBI), APRESENTA HEMATOMA PERIORBITÁRIO À E + OTORRAGIA À E + EPISTAXE + DEFORMIDADE EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA E + ESCORIAÇÕES EM JOELHO E, Perna E E COTOVelo E. PACIENTE TRAZIDO POR TERCEIROS QUE NÃO SABE INFORMAR SOBRE PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. ENCONTRA-SE DESORIENTADO O QUE DIFICULTA A COLETA DE DADOS. NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. AO EXAME= EGR, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, DESORIENTADO, LÚCIDO, ESTÁVEL PA=120X40MMHG. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO TC DE CRÂNIO + SOLICITO RX DE COLUNA CERVICAL, TÓRAX, BACIA, OMBRO E + SOLICITO FAST + VPM + SOLICITO PARECER DA NEURO, BMF, ORTOPEDIA.

### MEDICAÇÃO

LUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H
TANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSIM)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 8ML DE AD)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE SF)

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO
SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA
MCC + OP + PANI

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

1 - IMPH - V - REVIDENCIA SIA  
 30 JUL. 2018  
 PROTOCOLO  
 JOAO

**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

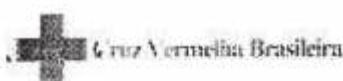
Em observação

ANA Virginia L. da Costa  
Cirurgia Geral  
CRM 4417

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO  
(4417/PB)

RONILDO PAULINO VIEIRA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -  
CNES: 454554 - Tel.: 8332155700

Impresso por: TOMAS  
CATAO MONTE RASO  
Em: 10/10/2017 17:52:06

Paciente <b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>		Boletim de Atendimento <b>1031555</b>	Data/Hora Entrada <b>02/10/2017 18:55:53</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>01/01/1980</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>89800581152029</b>	Prontuário <b>104608</b>
Tempo de Internação <b>7d 20h 49min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TOMAS CATAO MONTE RASO - 10/10/2017 17:52:01)

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

## DESCRICAÇÃO DA EVOLUÇÃO

#NCIR

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TCE, INTERNADO PELO ORTOPEDISTA NO HTOP.

## **FACIENTE COM HISTÓRIA DE TCE, EVOLUÍ COM QUEIXA DE CEFALÉIA:**

EVOLUÍ COM QUEIXA DE CEFALÉIA,  
APRESENTAVA CONTUSÕES TEMP E HSAT

## APRESENTA NO EXAME:

EXAME:  
BEG CONSCIENTE ORIENTADO

#### BEG. CONSCIENTE, SR. ECG 15. SEM DEFICITS.

EGG  
BIRD

**CD: SOLICITO TC DE CRANIO**

Série: HTOP - ENE 25 | Leito: 1 FÍO EXTRA 01

Seção: HTOP - ENF 25 | Edital: LEITO EXTRAORDINÁRIO  
Profissional responsável pela Informação: TOMAS CATAO MONTE BASSO

Número Conselho: 7742





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 6121221 - Tel:

Impresso por: MATHEUS  
MARINHO ENOMOTO  
Em: 07/10/2017 11:26:07

Paciente <b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>		Boletim de Atendimento <b>1031555</b>	Data/Hora Entrada <b>02/10/2017 18:55:53</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento: <b>01/01/1980</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>1898005811152029</b>	Prontuário <b>104608</b>
Tempo de Internação <b>4d 14h 22min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	

### Evolução do Paciente (MATHEUS MARINHO ENOMOTO - 07/10/2017 11:24:24)

#### **Evolução do Paciente**

#### **Descrição da Evolução**

#SOLICITACAO DE PARECER DA NCR - PARECER EM ABERTO, NAO È POSSIVEL GERAR OUTRO PARECER PARA NCR EM ABA NORMAL DO SISTEMA

PACIENTE CONTUSAO CEREBRAL EM LOBO TEMPORAL DIREITO. EVOLUI COM CEFALÉIA INTENSA APESAR DE MEDICAÇOES. GS: 15; PUPILAS FOTORREAGENTES

- SOLCITO AVALIACAO DA NCR

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 09  
Profissional responsável pela informação: MATHEUS MARINHO ENOMOTO

Número Conselho: 10204



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

 Impresso por: THAISE  
 ELLEN DE MOURA AGRA  
 Em: 06/10/2017 09:14:37

Paciente <b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>	Boletim de Atendimento <b>1031555</b>	Data/Hora Entrada <b>02/10/2017 18:55:53</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>01/01/1980</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898005811152029</b>
Tempo de Internação <b>3d 12h 11min</b>	Convênio <b>SUS</b>		Prontuário <b>104608</b>
			Plantão <b>DIURNO</b>

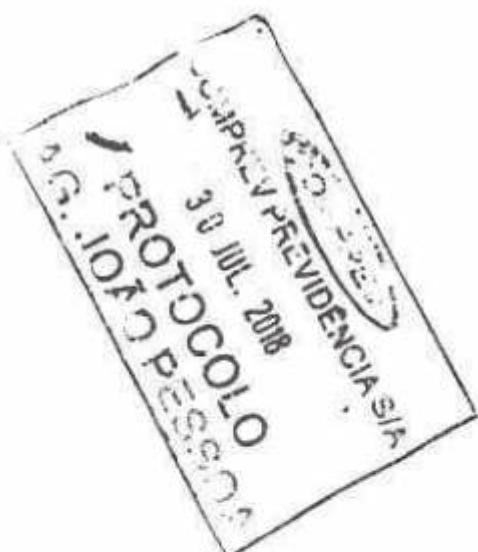
**Evolução do Paciente (THAISE ELLEN DE MOURA AGRA - 06/10/2017 09:14:20)**
**Evolução do Paciente**
**Descrição da Evolução:**

NEUROCIRURGIA===  
 POLITRAUMATISMO  
 TCE + FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA  
 ECG 15/14 SEM DEFICIT MOTOR  
 NEGA CERVICALGIA/LOMBALGIA  
 TC CRANIO: CONTUSOES TEMPORAIS D EM ABSORÇÃO

**CONDUTA: LIBERADO PARA PROCEDIMENTO DA ORTOPEDIA.**  
**REAVALIAÇÃO POSTERIOR PARA ALTA**

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B    Leito: LEITO EXTRA 09  
 Profissional responsável pela informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

Dra. Thaise Ellen Teixeira  
 Neurocirurgia  
 CRM: 247  
 Número Conselho: 5247





AV. ORESTES LISBOA, S/N -  
CNES: 454554 - Tel: 8332165700

Impresso por: EDSON  
DELGADO TINOCO  
Em: 05/10/2017 09:01:29

Paciente <b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>	Boleto de Atendimento <b>1031555</b>	Data/Hora Entrada <b>02/10/2017 18:55:53</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>01/01/1980</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898005811152029</b>
Tempo de Internação <b>2d 11h 58min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>

**Evolução do Paciente (EDSON DELGADO TINOCO - 05/10/2017 09:01:11)**

**Evolução do Paciente**

Descrição da evolução:

**ORTOPEDIA**

#FRATURA DA CLAVÍCULA E ESCÁPULA ESQUERDA  
TCE + CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA

EVOL:

EVOLUI ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS

CD: AGUARDA ALTA DA NEURO PARA OSTEOSÍTESE ELETIVA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B - Leito: LEITO EXTRA 09  
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

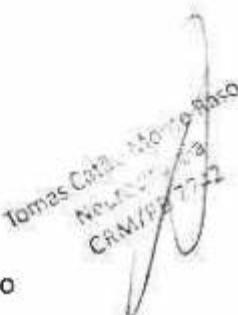
Número Conselho: 7142

Dr. Edson D. Tinoco  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DA MÃO E ANGIORRCPIDURIA  
CRM-PB 7243

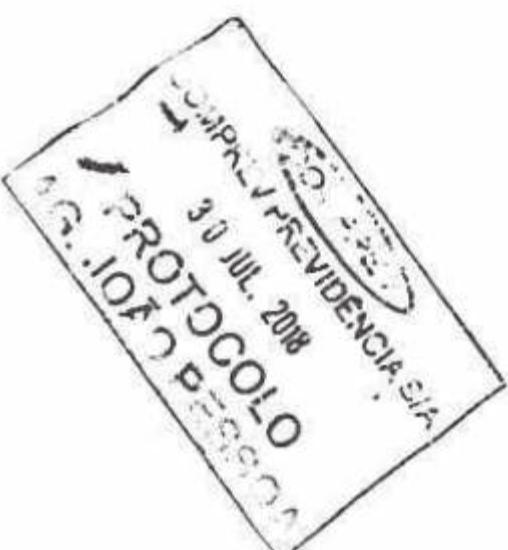


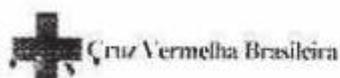

**AV. ORESTES LISBOA, S/N -  
CNPJ: 454554 - Tel: 8332165700**
**Impresso por: TOMAS  
CATAO MONTE RASO  
Em: 04/10/2017 11:19:11**

Paciente <b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>	Boletim de Atendimento <b>1031555</b>	Data/Hora Entrada <b>02/10/2017 18:55:53</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>01/01/1980</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Prontuário <b>104608</b>
Tempo de Internação <b>1d 14h 16min</b>	Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>

**Evolução do Paciente (TOMAS CATAO MONTE RASO - 04/10/2017 11:19:01)**
**Evolução do Paciente**
**Descrição da Evolução:**
**#TCE + CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA**
**EVOL:**
**EVOLUI ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS**
**VIGIL**
**ECG 14**
**CD: OBSERVAÇÃO NEUROLOGICA**


Tomas Cato Monte Raso  
 Neurol  
 CRM/PB 17-12

**Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 09  
Profissional responsável pela informação: TOMAS CATAO MONTE RASO**
**Número Conselho: 7742**


AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: JESSYKA  
EMILIA F. RABELO  
Em: 02/10/2017 21:28:55

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
<b>RONILDO PAULINO VIEIRA</b>		1031555	02/10/2017 18:55:53	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
01/01/1980	37	Masculino		104608
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
25min		SUS		NOTURNO

**Evolução do Paciente (JESSYKA EMILIA F. RABELO - 02/10/2017 21:28:13)****EVOLUÇÃO DO PACIENTE****Descrição da evolução:**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTA-SE BASTANTE AGITADO E DESORIENTADO. #EFO: PRESENÇA DE SINAL DE GUAXINIM, OTORRAGIA, LESÕES EM FACE E ABRASOES DIFUSAS. EQUIMOSSES + EDEMA EM OMBRO ESQUERDO. LIMITAÇÃO DA ADM. EXAME NEUROLOGICO PREJUDICADA DEVIDO DESORIENTAÇÃO.

PULSOS E PERFUSÃO DISTAL OK.

#RADIOGRAFIAS: PRESENÇA DE FRATURA MULTIFRAGMENTADA DE CLAVICULA ESQUERDA.

#CONDUTA: 1. IMOBILIZAÇÃO

2. ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM NCR.

3. TRATAMENTO CIRÚRGICO APÓS LIBERAÇÃO DA NCR.

Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: 0004

Profissional responsável pela informação: JESSYKA EMILIA F. RABELO

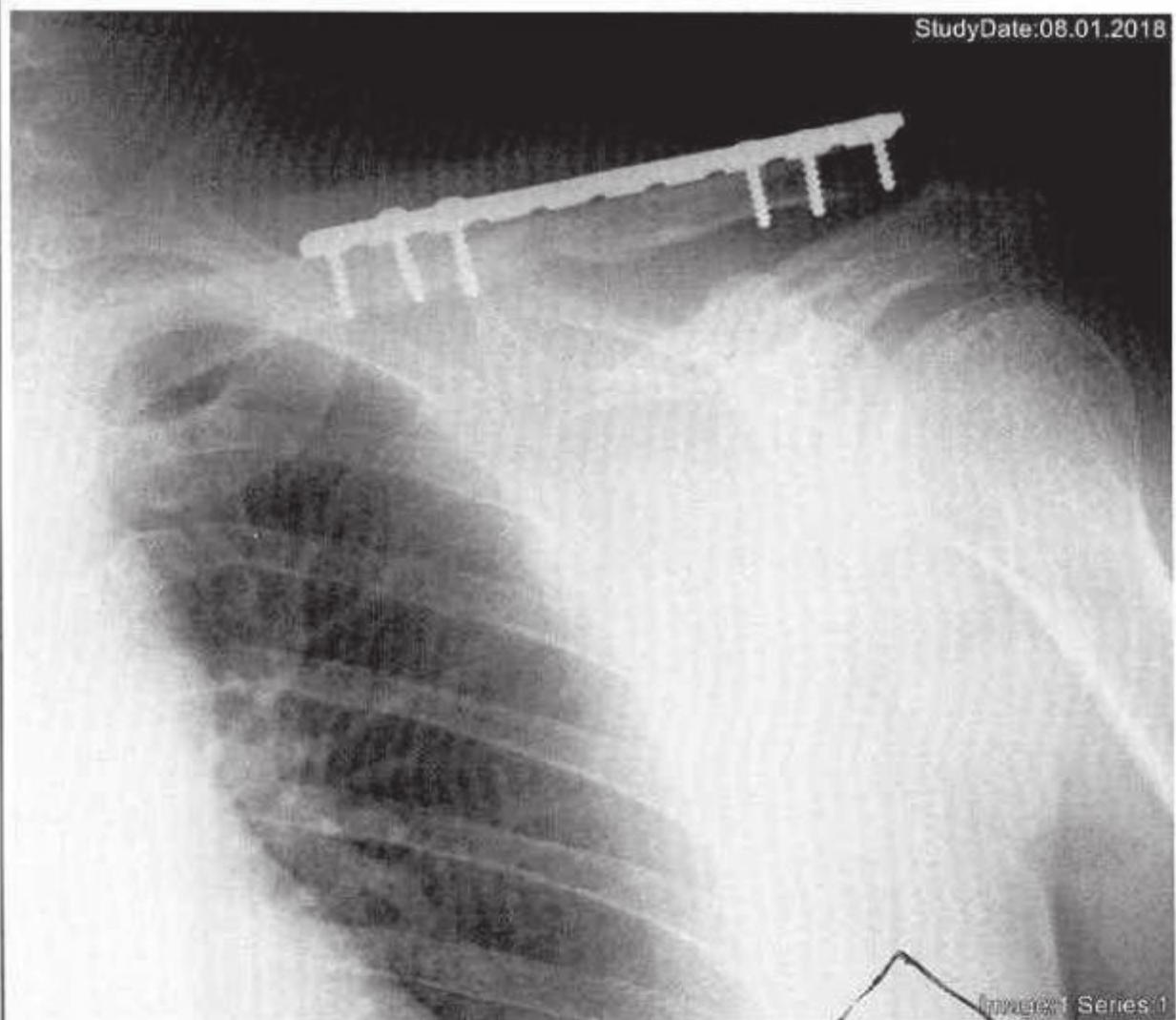
Número Conselho: 10045

Dra. JESSYKA  
EMILIA F. RABELO  
CRM 10045PB



PatientID: 000000041647  
PatientName: RONILDO PAULINO VIEIRA

Sex: Masculino  
BirthDate: 01.01.1980  
Age: 38a.



StudyDate:08.01.2018

Image 1 Series 1



PatientID: 00000042616  
Name: ROMILDO PAULINO VIEIRA

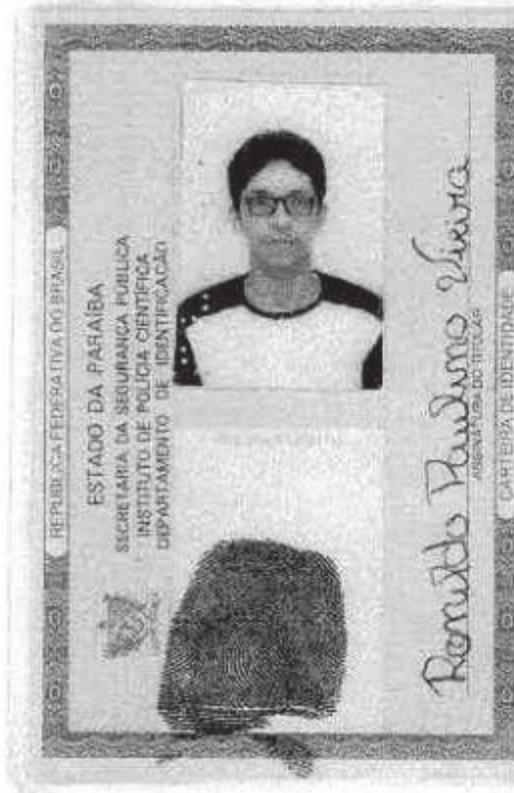
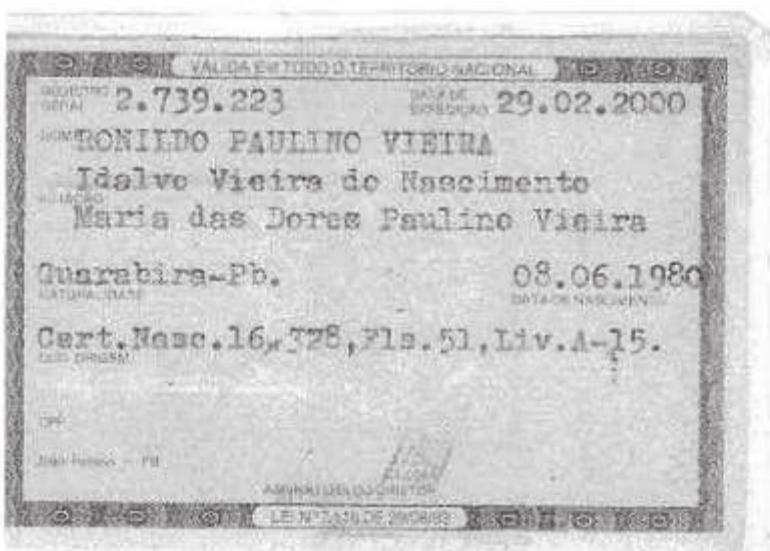
Sex: Masculino  
BirthDate: 08.06.1980  
Age: 37a.

StudyDate:27.11.2017

三

A lateral cervical spine radiograph showing a T-shaped plate and screws. The plate is positioned across the cervical spine, with screws securing it to the vertebrae. The image is labeled 'E' in the top left corner. The study date is 27.11.2017.

TOP





ORDEM DOS ADVOGADOS DO RIO DE JANEIRO

CONSELHO SECCIONAL DO RIO DE JANEIRO  
IDENT. 00129578

JOSÉ EDUARDO DA SILVEIRA

Advogado

JOSEFA GERVASIO DA SILVEIRA

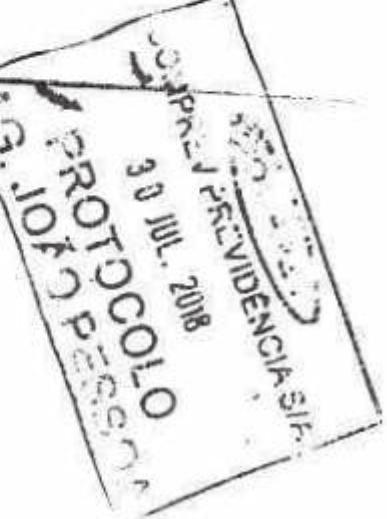
Advogada

JOÃO PESSOA - RJ

129578 - FERPI

Órgão: OAB - RJ

Ident. 00129578



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - PB		Nº 013027820728	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COD. RENAVAM	20170008104229	
RE	1 010802761240	00/00000000	2017

0 0 4 3 4 9 8 5 6 6	NOME	
	RONILDO PAULINO VIEIRA	
CPF / CNPJ		
01214858465		
PLACA ANT / UF		PLACA
NOVO      PB		OGD22R3 / PB
CHASSI		
9C2KD0810GR204		

ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLTC		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. - ANO MOD.	
HONDA/NXR160 BROS ESDD		2016 2016	
CAP / POT. CIL		CATEGORIA	
2 P/162 /CI		PARTIC	
COTA UNICA		VENG. COTA UNICA	
		00/00/0000	
FAIXA IPVA		PARCELAMENTO - COTAS	
*****		0	
PREMIO TARIFARIO (RS)		IOP (RS)	
		PREMIO TOTAL (RS)	
		DATA	

\*\*\*\*\* SEGURÓ P A G O 29/03/2014  
OBSERVAÇÕES

A-F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

www.HBRI.org Books Division

JOAO PESSOA-PB DATA

31/03/20

41823 199

Office of the Comptroller - OMB 11004-01

Digitized by srujanika@gmail.com

284

卷之三

卷之三

*Amelie*

Chloroform - Distilled

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349757      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONILDO PAULINO VIEIRA      **Data do acidente:** 02/10/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 20/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM FACE.  
TRAUMATISMO CRANIANO À DIREITA.  
FRATURA COMINUTIVA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CLAVÍCULA -PLACA E PARAFUSOS, DEMAIS CONSERVADOR) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA EM CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349757      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONILDO PAULINO VIEIRA      **Data do acidente:** 02/10/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 20/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM FACE.  
TRAUMATISMO CRANIANO À DIREITA.  
FRATURA COMINUTIVA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CLAVÍCULA -PLACA E PARAFUSOS, DEMAIS CONSERVADOR) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA EM CLAVÍCULA ESQUERDA.

**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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349757      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONILDO PAULINO VIEIRA      **Data do acidente:** 02/10/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM HEMORRAGIA TEMPORO PARIETAL DIREITA, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TEMPORAL DIREITA, CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA. FRATURAS DA FACE / CRANIO- ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO, MASTÓIDE ESQUERDA, TEMPORAL ESQUERDO FRATURA- LUXAÇÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.  
DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE LESÕES CRANIO-FACIAIS.

**Resultados terapêuticos:** TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM HEMORRAGIA CEREBRAL TRATADO COM CONDUTA CONSERVADORA. FRATURA-LUXAÇÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ESTÁ DE ALTA MÉDICA. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. DÉFICIT TRANSITÓRIO DE MEMÓRIA, DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO, PARESTESIA DA HEMIFACE ESQUERDA E DÉFICIT MASTIGATÓRIO COM LEVE DESVIO DE COMISSURA LABIAL PARA A DIREITA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LESÕES CRANIO FACIAIS.  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>37,5 %</b>	<b>R\$ 5.062,50</b>

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349757      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONILDO PAULINO VIEIRA      **Data do acidente:** 02/10/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM HEMORRAGIA TEMPORO PARIETAL DIREITA, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TEMPORAL DIREITA, CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA. FRATURAS DA FACE / CRANIO- ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO, MASTÓIDE ESQUERDA, TEMPORAL ESQUERDO FRATURA- LUXAÇÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.  
DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE LESÕES CRANIO-FACIAIS.

**Resultados terapêuticos:** TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM HEMORRAGIA CEREBRAL TRATADO COM CONDUTA CONSERVADORA. FRATURA-LUXAÇÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ESTÁ DE ALTA MÉDICA. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. DÉFICIT TRANSITÓRIO DE MEMÓRIA, DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO, PARESTESIA DA HEMIFACE ESQUERDA E DÉFICIT MASTIGATÓRIO COM LEVE DESVIO DE COMISSURA LABIAL PARA A DIREITA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LESÕES CRANIO FACIAIS.  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>37,5 %</b>	<b>R\$ 5.062,50</b>

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

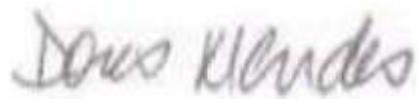
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in cursive ink that appears to read 'Dores Mendes'.