
Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190364735

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HENRIQUE FERNANDES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190364735

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HENRIQUE FERNANDES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190364735

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HENRIQUE FERNANDES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: HENRIQUE FERNANDES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 000000526531-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0190959119 CPF da vítima: 09067275450 Nome completo da vítima: Henrique Fernandes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Henrique Fernandes CPF: 090 672 754 50

Profissão: agricultor Endereço: Rua Manoel Galvão de Sá Número: 512 Complemento:

Bairro: Centro Cidade: Curitiba Estado: PR CEP: 58167 000

E-mail: inacio.burns.adv@gmail.com Tel. (DDD): 83 33341289

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 005265318 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:

Local e Data: Campina Grande - PB 05/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: 05 JUN. 2019

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 07/2019

DATA DO FATO: 03/03/2019 HORA DO FATO: 17:30

LOCAL DO FATO: SERIDÓ-PB

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:

Às 15:00 hs do dia 29/05/2019.


MOTIVO/TIPIFICAÇÃO: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

DO (A) COMUNICANTE: HENRIQUE FERNANDES, brasileiro, solteiro, agricultor, RG nº 393587538 SSP-SP, nascido em 10/07/1989, filho de JOVELINO FERNANDES FILHO e MARLI CORDEIRO FERNANDES, Residente na Rua Manoel Galdino, 404, Cubati-PB, cel: 988858920.

NARRAÇÃO DO FATO: Narra o comunicante que na data de 03/03/2019, por volta das 17:30 hs, estava trafegando na PB 177, próximo a cidade de Seridó-PB, em seu carro, quando foi atingido por outro automóvel. Que não recorda dos fatos após o acidente, mas lembra de ter sido socorrido por uma equipe do SAMU para o hospital de trauma de Campina Grande. Que carro se trata de um FORD KA FLEX, PLACA MNZ5695/PB, ANO-MOD 2008/09, CHASSI Nº 9BFZK03A89B026262, RENAVAM Nº 00967682282, LICENCIADO EM NOME DE REGINALDO BARBOSA DUARE. Era o que havia a registrar.

Cubati-PB, 29 de MAIO de 2019.

COMUNICANTE: Henrique Fernandes


CARLOS EDUARDO MALTA NASCIMENTO

MAT:168311-0

AG. INVESTIGAÇÃO

CIVIL
PARAÍBA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0190959119 CPF da vítima: 09067275450 Nome completo da vítima: Henrique Fernandes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Henrique Fernandes CPF: 090 672 754 50

Profissão: agricultor Endereço: Rua Manoel Galvão de Sá Número: 512 Complemento:

Bairro: Centro Cidade: Curitiba Estado: PR CEP: 58167 000

E-mail: inacio.burns.adv@gmail.com Tel. (DDD): 83 33341289

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 005265318 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:

Local e Data: Campina Grande - PB 05/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

+ Henrique Fernandes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: 05 JUN. 2019

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU SOLEDADE - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 3/3/2019	HORA: 17:30	ID N°: 1759365 USA 31
NOME: HENRIQUES FERNANDES		
QUEIXA: COLISÃO CARRO COM CARRO		
LOCAL: PB 177		
COMPLEMENTO: SENTIDO SÃO VICENTE		
CIDADE: SOLEDADE		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Soledade, 28 de maio de 2019.



Gláucia Michaelle F. Costa
Coordenadora SAMU

Gláucia Michaelle F. Costa
COREN 284.878

Coordenação
SAMU Soledade 192

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: 27/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HENRIQUE FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000526531-8

Nr. da Autenticação 44E52BBDE8639986



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
DISSIMULE ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

68169787

REFERÊNCIA

ABR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

HENRIQUE FERNANDES
RUA MANOEL CALDINO DE SOUZA, S/N - CENTRO CURATI
PB 58167-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
039.001.205.0404.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
Y14N322430	04/11/2014	INTERNO	LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR: 1 ATUAL: 1 CONSUMO (M³): 1 LARI DE DIAS: 1 PROXIMA LEITURA: 24/05/2019							
HIST. CONS. / ANOS: 11111 QUANT. ÁGUA ATUAL: 20 POR: 05/2017 MS.							
MAR/2019	4	PARÂMETROS EXIG. ANALIS.		CONFORMES			
FEV/2019	4	TURBID. 2		0	0	0	
JAN/2019	5	CLORO		0	0	0	
DEZ/2018	5	CCI - TERNOS		0	0	0	
NOV/2018	5	CCI -		0	0	0	
OUT/2018	5	CCI - TERNOS		0	0	0	
MÉDIA (M³)		4	DADOS REFERENTES A FEV/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 25/04/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:18:48

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 (UNIDADE(S))	3 M3	37,91
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO		
ACRESCIMOS (M ³) - MES (R\$) ANT. 01/2019		0,75
JUROS DE MORA 01/2019		0,47

VALOR APROXIMADO DA TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS: R\$ 12.741/12

VENCIMENTO: 08/05/2019 Total a Pagar: R\$ 39,13



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

ABRIL VERDE: ACHEGADA ACIDENTE (TRABALHO)



Diagnóstico

FX exp do pulso D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Henrique Fernandes, 29 a	Alcômetro	2	Leito	1	Convênio	
Data	20/06/2019	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
	1) Dieta 2200 kcal, repouso da URP4		18:30-20:30	Admissão			
	2) SRI 1500 ml IV 21/06/19		05:30	Paciente vítima de trauma			
	3) Titulação 20mg IV 14 dia			ca fratura exposta de			
	4) Paracetamol 1000mg + 100ml de S-04% IV 14			pulso distal			
	5) 8/8h SRI			Apresenta dor e edema			
	6) Analgésico 20mg IV 14h			local			
	7) Paracetamol 1000mg + 100ml de S-04% IV 14			CD: Ao Centro Cirúrgico			
	8) 6/6h						
	9) Dieta 2200 kcal - 2ml IV 6/6h						
	10) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	11) Paracetamol 1000mg + 100ml de S-04% IV 14h						
	12) Dieta Livre após RPA						
	13) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	14) Dieta Livre após RPA						
	15) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	16) Dieta Livre após RPA						
	17) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	18) Dieta Livre após RPA						
	19) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	20) Dieta Livre após RPA						
	21) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	22) Dieta Livre após RPA						
	23) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	24) Dieta Livre após RPA						
	25) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	26) Dieta Livre após RPA						
	27) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	28) Dieta Livre após RPA						
	29) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	30) Dieta Livre após RPA						
	31) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	32) Dieta Livre após RPA						
	33) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	34) Dieta Livre após RPA						
	35) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	36) Dieta Livre após RPA						
	37) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	38) Dieta Livre após RPA						
	39) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	40) Dieta Livre após RPA						
	41) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	42) Dieta Livre após RPA						
	43) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	44) Dieta Livre após RPA						
	45) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	46) Dieta Livre após RPA						
	47) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	48) Dieta Livre após RPA						
	49) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	50) Dieta Livre após RPA						
	51) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	52) Dieta Livre após RPA						
	53) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	54) Dieta Livre após RPA						
	55) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	56) Dieta Livre após RPA						
	57) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	58) Dieta Livre após RPA						
	59) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	60) Dieta Livre após RPA						
	61) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	62) Dieta Livre após RPA						
	63) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	64) Dieta Livre após RPA						
	65) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	66) Dieta Livre após RPA						
	67) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	68) Dieta Livre após RPA						
	69) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	70) Dieta Livre após RPA						
	71) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	72) Dieta Livre após RPA						
	73) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	74) Dieta Livre após RPA						
	75) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	76) Dieta Livre após RPA						
	77) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	78) Dieta Livre após RPA						
	79) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	80) Dieta Livre após RPA						
	81) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	82) Dieta Livre após RPA						
	83) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	84) Dieta Livre após RPA						
	85) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	86) Dieta Livre após RPA						
	87) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	88) Dieta Livre após RPA						
	89) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	90) Dieta Livre após RPA						
	91) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	92) Dieta Livre após RPA						
	93) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	94) Dieta Livre após RPA						
	95) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	96) Dieta Livre após RPA						
	97) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	98) Dieta Livre após RPA						
	99) SRI 1500 ml + S-04% 100ml IV 14h						
	100) Dieta Livre após RPA						

Dr. Homero M. Gondim
MÉDICO
CRM-PB 11789ASSESSOR
PR-11789

PR-11789

05 JUN 2019

ANEXIA

CORRETORA DE SE

Cód. Luc. 8

UN-PA

Dr. Vith Menezes Guimarães

Ortopedia / Traumatologia

CRM-PB 153517/01

15-06-2019



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/03/2019

Horas: 06:31:21

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845450 Paciente: HENRIQUE FERNANDES Idade: 029 Sexo: M

Nome da Mãe: MARLI CORDEIRO FERNANDES Data de Nascimento: 10/07/1989 Admissão: 03/03/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA

DIA 05/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Apazamento
1	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	18h - 6h
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18h - 6h
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18h - 6h
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SN
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22h
8	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h 0D/7D Diluir em 50 ML SF	22h 6h 14h
9	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 0D/7D Diluir em 50 ML SF	18h - 24h - 6h - 12h
10	DIETA LIVRE	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	FISIOTERAPIA MOTORA	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/03/2019 HORA: 06:31:08

BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz
Médico - Traumatólogo
CRM: 60557

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/03/2019

Horas: 09:28:35

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845450 Paciente: HENRIQUE FERNANDES Idade: 029 Sexo: M

Nome da Mãe: MARLI CORDEIRO FERNANDES Data de Nascimento: 10/07/1989 Admissão: 03/03/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA

DIA 06/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Euler Fabricio Alves Cruz/

Item	Prescrição	Aprazamento
1	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h 1D/7D Diluir em 50 ML SF	22h - 6h - 14h
2	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 1D/7D Diluir em 50 ML SF	18h - 24h - 6h - 12h
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18h - 6h
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18h - 6h
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SN
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22h
9	DIETA LIVRE	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	JELCO SALINIZADO	
12	FISIOTERAPIA MOTORA	

EVOLUÇÃO

DATA:06/03/2019 HORA:09:28:28

BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8551

*cd: este temido apenas o uso de D. Agnelo +
rodas + vestag.*

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEdia - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8551

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Benigno Fernandes</u> ON <u>10107/1987</u>				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
—	<u>03</u>	<u>SUS</u>	<u>29a</u>	<u>1845348</u>	
CIRURGIA <u>mat. cirur. grat. exp.</u> <u>de patela adeta</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Valth</u>		
ANESTESIA <u>Raqui</u>			ANESTESIA <u>Dr. Felix</u>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM	
<u>João</u>		<u>03/03/19</u>	<u>22:20</u>	<u>23:00</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	<u>01</u>	Culet. pl Oxy.		Catgut cromado Serlix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix
	Diazepam amp.	<u>02</u>	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix
<u>01</u>	Dimorfo amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolafina amp.		Cotonolde		Catgut Simples Serlix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serlix
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix
	Fontanil ml		Dreno Penrose nº		Cera pl osso
	Inova ml		Dreno Pezzet nº	<u>01</u>	Ethibond <u>D=5.0</u> <u>(105)</u>
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
<u>01</u>	<u>Nelecaína</u> % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubalim amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix
	Prologimine amp.	<u>4.5</u>	Esparadipo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak
	Proloxido 'm		Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak
	Queilich ml	<u>2.5</u>	Gase Pacote c 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H.O. ml	<u>04</u>	Mononylon <u>3-0</u> <u>....</u>
	Thionembul ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix
Qtd.	MEDICAÇÕES	<u>01</u>	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix
<u>02</u>	Água Desulada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix
<u>01</u>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix
<u>02</u>	Dipirona amp.	<u>01</u>	Luvas 7.0		Vicryl Serlix
	Flaxidol amp.	<u>02</u>	Luvas 7.5		Vicryl Serlix
	Flebocorid amp		Luvas 8.0		Vicryl Serlix
	Geramicina amp		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	<u>4.0</u>	Oxigênio l/m 3.0 l/min		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml	<u>2.5</u>	PVPI Degemante ml		
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Kanakon amp.	<u>2.5</u>	Sabão Antiséptico	<u>01</u>	SG Normotérmico 500 ml <u>100 ml. Gelado</u>
	Laxa amp.		Saco coletor	<u>02</u>	SG Gelado Ir 500 ml
	Medrozinazol	<u>02</u>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico Ir 500 ml
<u>01</u>	<u>Metaxone</u>	<u>01</u>	Seringa desc. 20 ml		SG Ring Ir 500 ml
	Pro-aminina		Seringa desc. 05 ml	<u>06</u>	SG Ir 500 ml <u>pl. Paracetamol</u> <u>....</u>
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
<u>02</u>	<u>Seletina</u>		Sonda Nasogátrica	<u>01</u>	<u>Fio de S. Steinman D=3.0</u>
<u>02</u>	<u>F. Batil</u>		Sonda Uretral nº		
<u>01</u>	<u>Ramitodina</u>		Sterydren ml		
			Torneinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 12		
	Agulha desc. 28 x 28	<u>40 x 12</u>	Látex		
	Agulha desc. 3 x 4.5	<u>05</u>	<u>Uletas</u>		
<u>01</u>	Agulha pl raque nº 25	<u>05</u>	<u>Sacos pl. Luxe</u>		
<u>0.5</u>	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
<u>06</u>	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessaga				
	Azu' miltano amp.				
<u>02</u>	<u>Alb. Ort. p. d. w.</u>				

EQUIPAMENTOS

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (X) Oxímetro de Pulso | () Foco Auxiliar |
| () Serra | () Eletrocaulêrio |
| () Deslitrador | () Oxícapnógrafo |
| (X) Foco Frontal | (X) Cardiomonitor |
| () Fonte de Luz | (X) Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		7
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Assinatura do anestesista



Nome do Paciente <i>Henrique Fernando</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>03/05/19</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Valth</i>	Iº Auxiliar	IIº Auxiliar	
2º Auxiliar <i>Dr. Romero</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura exposta de patela D.</i>			
Tipo de Operação <i>fto Cirurgica</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>0 mm</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO


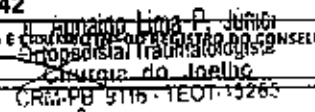
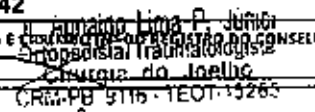
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- (1) Paciente em D.D.H.
- (2) Anestesia + antiespasmódico + Curios externos
- (3) Anestesia da pele
- (4) Lavagem extensiva com SFO, 91 + Desbridamento de tecido morto e tecido
- (5) Obstrução pela cixa no polo proximal e face lateral da patela
- (6) Ressecção tendão do tendão do quadriceps com Krakow e pontos transversais com Ethibond nº 5
- (7) Sutura do retractor lateral na patela
- (8) Sutura da pele
- (9) Curativos
- (10) Tala tipo gesso em extensão

Homero M. Gondim
MÉDICO
CRM PB 71789

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data da internação: 03/03/2019 Hora: 22:04:50

 SUS Sistema Único da Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
HENRIQUE FERNANDES				1845450	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
700008582369004		10/07/1989		Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
MARLI CORDEIRO FERNANDES				83 987265210	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)					
MANOEL GALDINO DE SOUTO, 0, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CÓDIGO MUNICÍPIO	
Cubatí				250500	
				15 - UF	
				PB	
				16 - CEP	
				58167000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Dor, febre e edema no joelho D					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
TTO Urgência					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Rx e exame físico					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Ex. exposto de patela D					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
		02		IXI CNES () CPF	
29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				30 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
980016296777642				980016296777642	
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				32 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR				03/03/2019	
33 - ASSINATURA E CARGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				34 - ASSINATURA E CARGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - CNPJ EMPRESA		41 - CNAE DA EMPRESA	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - () AUTÔNOMO		44 - () DESEMPREGADO	
() EMPREGADO		() EMPREGADO		() APOSENTADO	
				() NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO					
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				46 - COD. ORGÃO EMISSOR	
47 - DOCUMENTO				48 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNES () CPF					
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				50 - ASSINATURA E CARGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
/ /					
51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

SAMU

Ficha de Acolhimento

Nome:	<i>Marcelo Fernandes</i>		
End:	<i>Marcelo Fernandes do Baixo, 811</i>		
Data de Nascimento:	<i>10.07.89</i>	Documento de Identificação:	<i>123456789</i>
Queixa:	<i>Acidente</i>		
Data do Atend.:	<i>03.03.19</i>	Hora:	<i>19:24</i>
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fúria de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- Emergência*
- () Vermelho - atendimento imediato
 - () Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
- () Azul - atendimento ambulatorial

Herta Horta
446.513

Assinatura e carimbo do profissional



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

3MF 22:00

paciente encontra-se com estado de consciência, apresentando reações em face sem sinais de fadiga em face.

Ed. a partir da + reações em frente
O alta da 3MF
E do estado da ortopedia

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

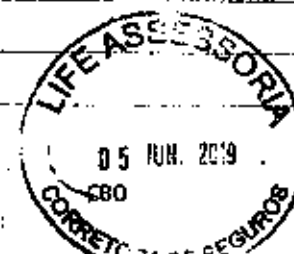
- () Centro cirúrgico _____
 () Internação (setor) _____
 () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
- () Alta hospitalar () A reavaliação
 () Decisão Médica
 () Óbito

João Fernando Soares
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1845349

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES [CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/03/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Maria Klidia Andre Lopes Dos Santos

PACIENTE: HENRIQUE FERNANDES

CEP:58167000

Nascimento:10/07/1989

Endereço:MANOEL GALDINO DE SOUTO

Sexo:M

Telefone: 987265210

Cidade: Cubati

Idade:029

Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: MARLI CORDEIRO FERNANDES

RG:

N°:0

Responsável:

CPF: 09067275450

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS:700008582369004

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Atend:03/03/2019

CONVÊNIO:SUS

Médico:

Hora: 19:29:56

Especialidade:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Ac. no. / Tra. Fech. + Cont. de S. +

Tra. Fech. + Cont. de S. +

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente sem lesões no membro

- 15, com a lesão no membro inferior direito

com a lesão no membro inferior direito

com a lesão no membro inferior direito

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Etorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

- () Ultrassonografia:
() Radiografias:
()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: BME / às : Dia 1/1

Especialista: Otorrinolaringologista / às : Dia 1/1

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

- | | |
|---|------------------|
| 1 | Digite o nome |
| 2 | |
| 3 | Nome do paciente |
| 4 | |
| 5 | Sigla com o nome |
| 6 | |

HORÁRIO REALIZADO

05 JUN. 2019

CORRETORA DE SEGUROS

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ronaldo Gadelha
CIRURGIA GERAL
CRM: 4739

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190364735 **Cidade:** Cubati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE FERNANDES **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Henrique Fernandes
 DATA DO ACIDENTE 03/03/2019 CPF DA VÍTIMA 09067275450
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Henrique Fernandes
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Henrique Fernandes
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Manoel Galdino de Santos
 Nº SIN COMPLEMENTO Centro BAIRRO Centro
 CIDADE Cubati UF PB CEP 58167-000
 E-MAIL TELEFONE (83) 33341289

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/06/2019
 IDENTIDADE 343587538
 ASSINATURA Henrique Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 05 JUN. 2019
 NOME
 ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190364735 **Cidade:** Cubati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE FERNANDES **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE ALTA.
P 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190959/19

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

CPF: 090.672.754-50

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 03/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HENRIQUE FERNANDES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

HENRIQUE FERNANDES : 090.672.754-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/06/2019
Nome: HENRIQUE FERNANDES
CPF: 090.672.754-50

HENRIQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190959/19

Número do Sinistro: 3190364735

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

CPF: 090.672.754-50

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 03/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HENRIQUE FERNANDES

DOCUMENTOS ENTREGUES

HENRIQUE FERNANDES : 090.672.754-50

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019
Nome: HENRIQUE FERNANDES
CPF: 090.672.754-50

HENRIQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA