

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458858 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZEU DA SILVA CAMILO **Data do acidente:** 01/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

P-2-7-8-10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA, APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 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



- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

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 CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DE INÍCIA
- 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 CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COM 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- 1 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- 1 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)
- 1 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 1 RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 1 COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- 1 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 1 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- 1 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COM CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- 1 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)
 - 1 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - 1 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUÉM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|---|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MORTE = R\$ 11.500,00 <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.314/74. <input type="checkbox"/> DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA <input type="checkbox"/> COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O: LISTADOS NESTE FORMULÁRIO <input type="checkbox"/> PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104 |
|---|--|

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA  ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458858 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZEU DA SILVA CAMILO **Data do acidente:** 01/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

P-2-7-8-10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFÍCIT DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262246/19

Vítima: ELIZEU DA SILVA CAMILO

CPF: 091.325.554-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/12/2018

Titular do CPF: ELIZEU DA SILVA CAMILO

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ELIZEU DA SILVA CAMILO : 091.325.554-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/08/2019
Nome: ELIZEU DA SILVA CAMILO
CPF: 091.325.554-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ELIZEU DA SILVA CAMILO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458858

Vítima: ELIZEU DA SILVA CAMILO

Data do Acidente: 01/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIZEU DA SILVA CAMILO

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



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:

CPF da vítima:

095 325 554-82

Nome completo da vítima:

Elizeu da Silva Camilo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Elizeu da Silva Camilo

CPF:

095 325 554-82

Profissão:

Receuso

Endereço:

Rua Estrela Dolino Belmont

Número:

99

Complemento:

Bairro:

Mucumá Praia

Cidade:

João Pessoa

E-mail:

Estado:

PB

CEP:

58066-257

Tel. (DDD):

18338708-8728

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 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)

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 42583

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por mortu áqueles 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.

Representante legal da vítima ou beneficiário da ação

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

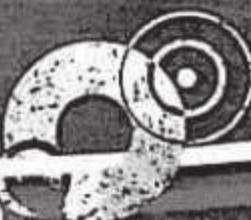
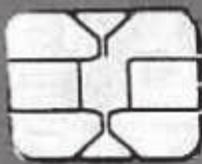
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

CAIXA

POUPANÇA



6277 8015 4874 1408

6277

VALIDO ATÉ
05/21

ELIZEU DA SILVA CAMILO
0037 013 00044583-9

elc

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08214.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08214.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:51 horas do dia 23 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compôrteceu **Elizeu da Silva Camilo**, CPF nº 091.325.554-82, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Açougueiro, filho(a) de Maria Lucia da Silva e Luiz Gomes Camillo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/05/1990 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Estudante Dalmo Belmont, Nº 99, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Ponto Final de 118, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Pb 008, Granja Nbs, João Pessoa/PB, bairro Muçumagro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/12/18 23:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 01/12/2018, POR VOLTA DAS 23:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA TRAXX DE COR VERMELHA, ANO 2013/14, PLACA QFO-4899/PB, CHASSI 951BXKBA9EB001153, REGISTRADA EM NOME DE ANA CLAUDIA SANTOS DE S. CAMILO, NA RODOVIA PB 008, PRÓXIMO AO TERMINAL DO ÔNIBUS 118, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO DESVIAR DE UMA CRIANÇA QUE PASSAVA PELA PISTA, VINDO A CAIR: QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE CHEGOU POR VOLTA DAS 00:02 DO DIA 02/12/2018, SENDO ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.1, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO ELIVALDO SALES DE TOLEDO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de julho de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

ELIZEU DA SILVA CAMILO

Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01 AGÜ. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 08214.01.2019.1.00.401

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:

CPF da vítima:

095 325 554-82

Nome completo da vítima:

Elizeu da Silva Camilo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Elizeu da Silva Camilo

CPF:

095 325 554-82

Profissão: **Recurso**

Endereço:

Rua Estrela Dolino Belmont

Número:

99

Complemento:

Bairro:

Mucumá Praia

Cidade:

João Pessoa

E-mail:

Estado:

PB

CEP:

58066-257

Tel. (DDD): 1833 8708-8728

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 42583

?

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por mortu áqueles 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.

Representante legal da vítima ou beneficiário da ação

Local e Data:

Nome:

CPF:

(* Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

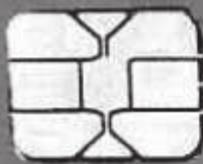
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

CAIXA

POUPANÇA



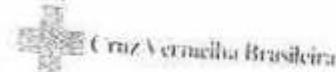
6277 8015 4874 1408

6277

VALIDO ATÉ
05/21

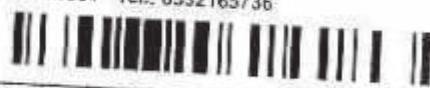
ELIZEU DA SILVA CAMILO
0037 013 00044583-9

elc



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

Boletim de Atendimento: 1126465

**Identificação do paciente**

ID 1351387	Nome ELIZEU DA SILVA CAMILO			Sexo Masculino
Data de nascimento 24/05/1990	Idade 28 anos 6 meses 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 112613
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA	Pai LUIZ GOMES CAMILO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)			
DDD Móvel 63	Fone Móvel 996111194	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3501016	Nº Cris 160916440340001		
Lugar de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)		Tipo UNIDADESAUDE	UF PB	
Endereço	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

CEP 58066138	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARIA ANA NUNES
Número SN	Complemento		Bairro MUÇUMAGRO

Admissão

Data e Hora 02/12/2018 00:02:04	Número da pulseira 1000007116277	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica	
Classificação de risco		Ongem do paciente	
Duríler de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Caso penal Não	Piano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Último de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Diagnóstico

Atendido por
ILMA VIEIRA DA SILVA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.
01 AGO. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CID

Tempo
01min 12seg

Imprimir

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIZEU DA SILVA CAMILO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000044583-9

Nr. da Autenticação BB024322068C1BF1

ANA CLAUDIA SANTOS DE SOUZA CAMILO
RUA ESTUO GALVÃO BELMONTE, 95 - MUCUMAGRO
JOÃO PESSOA / PB CEP: 5802117 (AG-5)



Licença MONOFÁSICO
Cia/Soc: RESENHA S1 / RESIDENCIAL - BAHIA RENDA
Roteiro: 13-5-840-3240
Número: 00006930592

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
S/200, Km 25 - Distrito Radial - João Pessoa / PB - CEP: 58071-880
CNPJ: 02.885.185-0001-40 - Infra-Ec: 16.215.823-9
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica N°028.367.891
Cod. para Déb. Automática: 90918136088

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAM
Jun / 2019	19/06/2019	22/07/2019	052.284.814-83 Inst. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1813608-5

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEB é criada pela Lei nº 12.438, de 26 de abril de 2012.
Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
22/05/19	21/19	19/06/19	22/07	25
Demonstrativo				
Quantidade Total: 1.000,00 kWh (1.000,00 kWh) Valor Base Custo Ativo (kWh): R\$ 0,1948 Data Custo: 04/06/2019				
001 Descrição		Tributo/Taxa (kWh): 0,0000 CMS:	Preço Custo (kWh): 0,1948% (R\$ 0,1948)	
001 Consumo abr-19/mar-19	20.000 0,279530	R\$ 0,00 0,59 25	0,00 0,00 0,00 0,41	
001 Consumo -31 a 100/mar-19	30.000 0,479220	0,12 0,79 25	0,00 0,00 0,00 1,36	
001 Adc. B Amarela		R\$ 0,00 0,26 25	0,00 0,00 0,00 0,01	
001 Subsídio		54,35 34,26 25	0,59 34,26 0,31 1,72	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0001 CONTRIB SERV LUM PÚBLICA		1,45 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0004 JUROS DE MORADA 05/2019		0,12 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0005 MULTA 05/2019		1,14 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0005 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 05/2019		0,51 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0006 Devolução Subsídio		-29,70 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	

CCO: Código de Classificação do Item TOTAL: 49,85 10,31 17,70 70,86 0,76 3,63
Tributos e Taxas: Até 30/06/19 ANTES DO VENCIMENTO
Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

28/06/2019 R\$ 49,85
Histórico de Consumo (kWh)

22	1	82	1	31	1	60	1	85	1	97	1	62	1	124	1	101	1	105	1	115	1	102
Jun/19	Jan/19	Ago/18	Set/18	Dez/18	Nov/18	Dec/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Apr/19	Mai/19											

RESERVA DO PISCO

4dd9.dfe4.b8ee.2d5e.a895.4249.94e0.f636

Compartilhar via Conta WhatsApp

Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Desvio/Variação (%)	Valor (R\$)	%
DI MENSAL: 5,19	5,02	HOSPITAL	-2%	R\$ 0,00	77,43
DI TRIMESTRAL: 15,05				R\$ 0,72	46,67
SCANAL: 20,30				R\$ 0,48	2,78
FI MENSAL: 8,80	0,00	CONTRATADA	-100%	R\$ 0,00	0,00
FI TRIMESTRAL: 8,80		LIMITE INFERIOR	-20%	R\$ 0,11	4,23
PICANAL: 10,70		LIMITE SUPERIOR	+20%	R\$ 0,73	40,61
DMC: 7,94	6,03		-31,1%	R\$ 0,00	0,00
DGR: 12,22				Total	49,85 100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Esta unidade é considerada como BAHIA RENDA, tendo um desconto de -123,74

energisa PARÁIBA VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
Roberto: 13-5-840-3840 28/06/2019 R\$ 49,85
Matrícula: 1813608-2019-06-0
83650000000-2 49850149000-3 18136062019-3 06000005019-9



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site: www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Ana Cláudia Souto de Souza Camilo,
RG nº 26 45 021, data de expedição 28/10/2015
Órgão SS DS/PB, portador do CPF nº 052284619-93,
com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Estudant Palme Belment, nº 99,
complemento Casas, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Elizeu da Silva Camilo, cujo o condutor era
Elizeu da Silva Camilo.

Veículo: Moto TAXX Modelo: JL50 A-2 Ano: 2013 - 2019
Placa: QF09899 Chassi: 955BXKBA9CB005553
Data do Acidente: 01/07/2019

DISTRICTAL

Local e Data:

João Pessoa-PB, 16/07/2019

Assinatura do Declarante

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





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ELIZEU DA SILVA CAMILO

DATA DE NASCIMENTO 24/05/90

NOME DA MÃE MARIA LUCIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 112613

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1126465

DATA DO ATENDIMENTO 02/12/18

HORA DO ATENDIMENTO 00:02

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIR. (JOELHO)

CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, ENCAMINHADO DO H. ORTOMAUMA COM SUSPEITA DE FRATURA DE JOELHO DIREITO. AVALIADO PELA ORTOPEDIA E INTERNADO

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX JOELHO DIREITO, TC DE JOELHO DIR.

EXAMES HEMATOLOGICOS

ECG com risco cirúrgico.

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC DE JOELHO DIR. -FRATURA DE PLARÔ TIBIAL DIR

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIR.

ALTA HOSPITALAR: 19/12/18

DATA DA EMISSÃO: 14/03/19

*Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM: 1873/PB*
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO
CRM: 1873/PB



Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome:		Cleto Olá Silve Lacerda		Nº de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:		Enf.:	Leito:
Data de admissão:		Alta:		Tempo de Permanência:	
		19/11/13		19/11/13	
Diagnóstico de Internação:					
<i>Câncer de Pâncreas</i>					
Diagnóstico Definitivo:					
dn					
Diagnóstico Secundário:					
dn					
Principais exames:					
<i>Rx</i>					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
<i>RAZ (Dr. Fábio) / 2 horas</i>					
Biópsias:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim() não()					
Resultado bacteriologista:					
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:					
<i>alta em bom estado e com ferida</i>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Reposo:					
Relativo em casa por _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório <i>20/11/13</i> em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <i>16/11/13</i>					
Ass. Médico/CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. DRESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1126465

**Identificação do paciente**

ID 1351387	Nome ELIZEU DA SILVA CAMILO			Sexo Masculino
Data de nascimento 24/05/1990	Idade 28 anos 6 meses 8 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA	Pai LUIZ GOMES CAMILO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 90000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento: 3501016	Nº Crns 160916440340001		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)			Type UNIDADESAUDE	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58066138	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Lagradouro MARIA ANA NUNES
Número SN	Complemento	Bairro MUÇUMAGRO	

Admissão

Data e Hora 02/12/2018 00:02:04	Número da pulseira 1000007116277	Convenio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos:

Diagnóstico	CID
Atendido por ELMA VIEIRA DA SILVA	Tempo 01min 12seg

Imprimir


AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ELIZEU DA SILVA CAMILO	BAE 1126465	Data/Hora Entrada 02/12/2018 00:02:04	Data Baixa
Data de nascimento 24/05/1990	Idade 28a 6m 8d	Sexo Masculino	CNS 160916440340001 Telefone de Contato (83) 90000000
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA			
Endereço MARIA ANA NUNES, SN	Bairro MUÇUMAGRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 00:02:04	Data/Hora Prescrição 02/12/2018 00:31:42		

Anamnese
ORTOPEDIA

paciente encaminhado do trauminha com fx de plato tibial direito
 sem outras queixas

CD
 SOLICITO EXAMES
 INTERNAMENTO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 115 : AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

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

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Documento registrado no sistema de atendimento ao paciente em 02/12/2018 às 00:31:42.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, 59 - PEDRO GONDIM
CEP 58165-700 - PBGOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: JOÃO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 03/12/2018 07:08:33

Nome ELIZEU DA SILVA CAMILO		Boleto de Atendimento 1126465	Data/Hora Entrada 02/12/2018 00:02:04	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/05/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 160916440340001	Pronthário 112613
Número de Internação		Convenio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 02/12/2018 00:02:04	Data Internação 02/12/2018 00:48:13	Permanência na Unidade: 1d 7h 6min	Permanência no Leito: 1d 6h 20min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 03/12/2018 07:08:24)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES PRE O. OK, AGUARDA AGENDAMENTO CIRÚRGICO.

Setor: ÁREA LARANJA - UDC B - Leito: LEITO EXTRA 07
Profissional responsável pela informação: JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

IONOGRAMA

EXAME DE IMAGEM

ESTROCARDIOGRAMA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO

CID10

Código	Descrição
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Internar Paciente

ELIZEU DA SILVA CAMILO


Daniel Conserva Arruda
MEDICO
CRM 11134DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Elizander S. Carvalho BE-Prenatal: 1126UGS
 Idade: 28 Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 17/12/18
 Clínica/Setor: Oft EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Entema cíngulo de fundo de retina f.h. I.D.
 Cirurgião: Dra. Fabio Inacio 1º Assistente: Dra. Ana Paula
 2º Assistente: MZT + Dr. Hugo 3º Assistente:
 Instrumentador: Ricardo Anestesista: Dra. Fernanda
 Tipo de Anestesia: Lorazepam Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Entema M plato f.h. I.D.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Entema cíngulo cl. Faro de plato f.h.</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: JL 

João Pessoa, 17/12/18

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DR. M. S. P.

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente sentado na cadeira cirúrgica com a cabeça para trás.
Preparo da pele com iodopovidona 10% + álcool 70% + azeite de oliva.
Colocar o paciente em decúbito dorsal.

Incisão:

Incisão de cíngulo parcial (Anterior-lateral)
Corte vertical
Ressecção e dissecção por planos

Préodos:

Entro no pleito fibrol

Conduta:

Extirpo de tecido fibroso
Fixar o retalho com 6(5) x 6 fios 1 + 1 parafuso
para fixar 4,5 mm x 6(5) x 6 fios 1 + 1 parafuso
entre 1º e 2º parafuso + 2 parafusos
para fixar 7,0 + 1 parafuso 10,0 Scopri
verso de hemostasia
Limpeza com SE

Fechamento:

Sutura contínua
De 00 catgut

Observação:

Retirada grande com 2h de operação

03/10/2018
CRM-PB 10314
CRAS-PB 10314

João Pessoa,

17/11/18

Médico/CRM:

FINGLASCIR.009-1

PatientID: 000000082020
Name: ELIZEU DA SILVA CAMILO

Sex: Masculino
BirthDate: 24.05.1990
Age: 29a.

StudyDate: 12.06.2019



Image:1 Series:1





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PR

Nº 012896662474

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - PRT. 20160000484472-1

1 0106881751-5 00/00000000 2016

ANA CLAUDIA SANTOS DE S CAMILO

05228461493

PLACA - QFO4899/PB

NOVO CHASSI
PB 951BXXKBA9EB001153

TO TRAXX/JL500-2

2013 2014

2 P/49 /CI	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE VERMELHA
------------	---------------------	------------------------------

DATA PAGA	VENC. DATA UNICA	VENC. DATAS
IPVA ISENTO	00/00/0000	1*

DATA PAGA	PAGAMENTO DATAS	2*
*****	0	3*

ICMS, CONFITE, PS	ICF (PS)	PRÉMIO TOTAL (PS)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	SEGURO	P A G O 04/11/2016

EM RESERVA DE DOMÍNIO	OBSEVAÇÕES
-----------------------	------------

IAO PESSOA-BB	0
---------------	---

19267



Agamenon Vieira da Silva

DATA

04/11/2016

19241