

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



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIR 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 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 DE 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 RECEITÁRIO 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\$ 11.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA *João da Silva*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

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 DEFICIT 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

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 01/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIZEU DA SILVA CAMILO

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

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

ELIZEU DA SILVA CAMILO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

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 Nº 445/2012

Nome completo: Elizeu da Silva Camilo CPF: 095.325.554-82

Profissão: Recuso Endereço: Rua Estrela Dodino Belmont Número: 99 Complemento: Casa

Bairro: Meibuma gre Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58066-257

E-mail: _____ Tel. (DDD): 83 98708-8728

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: 0037 ☐ CONTA: 42583 ☐ 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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: João Pessoa, 31/07/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Elizeu da Silva Camilo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

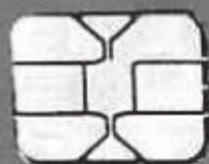
Assinatura do Procurador (se houver)

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

CAIXA

POUPANÇA



6277 8015 4874 1408

6277

VALIDO ATE
05/21

ELIZEU DA SILVA CAMILO
0037 013 00044583-9

elo



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, compareceu **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 do 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, PROXIMO 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 EMERGENCIA 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 MEDICO 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.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


ELIZEU DA SILVA CAMILO
Noticiante

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

Processamento 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 Nº 445/2012

Nome completo: Elizeu da Silva Camilo CPF: 095.325.554-82

Profissão: Recuso Endereço: Rua Estrela Dodino Belmont Número: 99 Complemento: Casa

Bairro: Meibuma gre Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58066-257

E-mail: _____ Tel. (DDD): 83 98708-8728

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: 0037 ☐ CONTA: 42583 ☐ 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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: João Pessoa, 31/07/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Elizeu da Silva Camilo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

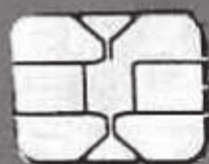
Assinatura do Procurador (se houver)

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

CAIXA

POUPANÇA



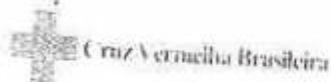
6277 8015 4874 1408

6277

VALIDO ATE
05/21

ELIZEU DA SILVA CAMILO
0037 013 00044583-9

elo



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 83	Fone Móvel 996111194	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3501016	Nº Cnis 160916440340001		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADES SAUDE			UF PB
Endereço	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

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		
Gerador de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

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

Cuidos clínicos

Diagnóstico

Atendido por
ILMA VIEIRA DA SILVA



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 BANTOS DE SOUZA CAMILO
RUA ESTUO DALMO BELMONT 85 - MUCUMABRO
JOAO PESSOA / PB CEP: 5303217 (AG 5)

Ligação: MONOFÁSICO
Cv/Soc: RBS MTC 61 / RESIDENCIAL - BAMA RENDA
Roteiro: 13 - 5 - 840 - 3840 Referência: Jun/2019
Medidor: 0000830522 Emissão: 19/06/2019

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R 200, km 25 - Distrito Relâmpago - João Pessoa / PB - CEP 53071-880
CNPJ: 06.958.183/0001-40 Ins. Est. 16.715.823-9

Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica Nº 008367 2019
Cód. pen. Déb. Automático: 0001813608

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	19/06/2019	22/07/2019	052.294.814-93 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1813608-5**

Canal de contato

- Tabela Geral de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436, de 28 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacina-brasil

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
22/06/19	2119	19/06/19	2207						
Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade Tarifada	Valor Base (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
0001	Consumo até 30kWh-SR	20.000 0,279638	5,59	5,59	25	2,00	5,59	0,00	0,41
0001	Consumo > 31 a 100kWh-SR	30.000 2,479220	27,79	27,79	25	5,59	27,79	0,00	1,36
0001	Adc. B Amarela		0,35	0,25	25	0,00	0,25	0,00	0,21
0010	Subsídio		54,35	34,28	25	9,59	34,28	6,31	1,72
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0001	CONTRIB SERV LUM PUBLICA		1,45	2,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	JUROS DE MORA 05/2019		1,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0002	MULTA 05/2019		1,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2019		0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	Devolução Subsídio		-28,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Códigos de Classificação do Item TOTAL 49,85 70,35 17,70 70,35 0,70 2,53

Tarifa: Tabela: AT 2019/19 0,122330 AN 100000 0,133000
Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

39

28/06/2019

R\$ 49,85

Histórico de Consumo (kWh)

72	82	91	00	05	07	02	134	101	105	115	102
Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19

RESERVA DO FISCO

4dd6.dfe4.b8ee.2d5e.a895.4249.94e0.f636

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIO MENSAL	5,19	0,00	NORMAL 220
DIO TRIMESTRAL	10,36		
DIO ANUAL	20,77		
RIC MENSAL	3,30	0,00	CONTRATADA 200
RIC TRIMESTRAL	6,60		
RIC ANUAL	13,20		
DMC	2,04	0,00	LIMITE INFERIOR 200
DICI	12,22		

Composição de Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Luz da Energia Elétrica	5,59	11,23
Consumo até 30kWh-SR	5,59	11,23
Consumo > 31 a 100kWh-SR	27,79	55,74
Adc. B Amarela	0,25	0,50
Devolução Subsídio	-28,10	-56,20
Subsídio	34,28	68,56
Total	49,85	100,00

ATENÇÃO

- Substituição fortificada como Bama Renda, tendo um desconto de R\$ 23,75

Faturas em atraso

energisa
PARAIBA

Roteiro: 13 - 5 - 840 - 3840
Matrícula: 1613608-2019-26-0

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

28/06/2019

R\$ 49,85

83650000000-2 49850149000-3 18136082019-3 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)

Capitals 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 Santos de Souza Camilo
RG nº 26 45 021, data de expedição 28/10/2015
Órgão SS D S / 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 Dalmo Belmont, nº 99
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Elizete da Silva Camilo, cujo o condutor era
Elizete da Silva Camilo.
Veículo: Moto TRAXX Modelo: 150 Q-2 Ano: 2013 - 2014
Placa: QF04899 Chassi: 95JBXKBA9EB001153
Data do Acidente: 01/12/2018

Local e Data: João Pessoa - PB, 16/07/2019

Ana Cláudia Santos de Souza Camilo
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. ORTOTRAUMA 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:

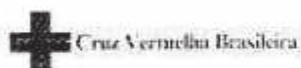
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIR.

ALTA HOSPITALAR: 19/12/18

DATA DA EMISSÃO: 14/03/19

Elivaldo Sales de Toledo
CRM: 1873/PB
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

Nome: <u>Luiz da Silva Lima</u>			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>11/12/17</u>		Alta: <u>19/12/17</u>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura de fêmur - braço direito</u>				
Diagnóstico Definitivo:				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames: <u>Rx</u>				
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>RAI (Dr. Fábio / 2 pessoas)</u>				
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: <u>alta em bom estado - sem complicações</u>				
Orientações Pós Alta				
Dieta:				
Repouso:				
Relativo em casa por, _____ dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.				
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.				
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa:				
Retorno:				
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.				
Ao ambulatório <u>Dr. Fábio / 2 pessoas</u> em 30 dias para revisão.				
João Pessoa: <u>de</u> <u>ide</u> <u>16</u>				
Ass. Médico/CRM				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Servador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNEB: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1126455



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 Cns 160916440340001
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURTY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

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	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	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por 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
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 90000000
			Prontuário
Endereço MARIA ANA NUNES, SN	Bairro MUCUMAGRO	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

IENTE 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 > 110 ; 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

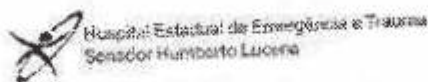
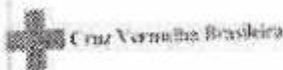
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

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 5000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MGTSM)



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel. 6332165700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 03/12/2018 07:08:33

Nome ELIZEU DA SILVA CAMILO		Boletim 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	Prontuário 112613
Tipo de Internação		Convênio 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 (JOAO 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.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 07
Profissional responsável pela Informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

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

ECG

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
(CRM: 11134/PB)

Daniel Conserva Arruda
MEDICO
CRM 11134

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Elizander S. Carneiro BE-Prontuário: 1126065
 Idade: 28 Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 17/12/18
 Clínica/Setor: Orto EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Intervenção cirúrgica de fratura de platô tibial (D)
 Cirurgião: Dr. Fábio Vinícius 1º Assistente: Dr. Rodrigo Almeida
 2º Assistente: Dr. Marcos Vinícius 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Fabrício
 Tipo de Anestesia: Rapida Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de platô tibial (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Intervenção cirúrgica de Fratura de platô tibial.</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não, Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: [Assinatura]

João Pessoa, 17/12/18

RECIBO
 17/12/18
 14h 15m

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/12/2018

PRONTUÁRIO: 1426485

PACIENTE: Elizete da Silva Camile SEXO: M COR: B IDADE: 28 anos

PROCESSO ARTERIAL: PULSO 52 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36,0°C PESO: 54,0kg (GRUPA SANGÜÍNEA)

ESTADO GERAL: BOM REGULAR: X MAL: PESSIMO: RISCO CIRÚRGICO: BOM REGULAR: X MAL: PESSIMO:

EXAMES COMPLEMENTARES: Ure pré-operatório - visto - nada alterado

AP. RESPIRATÓRIO: mv + em ambas hmt AP. CIRCULATÓRIO: ritmo regular

AP. DIGESTIVO: em jejum ESTADO MENTAL: orientado DROGA EM USO:

PRE-ANESTÉSICO: clonidina + fentanil cv ESTADO PSÍQUICO: I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de perna direita

INTERVENÇÃO REALIZADA: fixação cirúrgica de fratura de perna com 4 pinos

ANESTESIA: Dr. Fábio AUXILIARES: Dr. Jucenivaldo

INÍCIO DA ANESTESIA: 11:00h TERMINO DA ANESTESIA: 14:00h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 3h

TIPO DE PROCEDIMENTO: QUANT. DE CL: VALORES ES:

ANESTESIA: Dr. Fabiano + Dr. Kathalia (ca) CRM: FD

	11:00h	12:00h	13:00h	14:00h
FE	500ml SE	500ml SE	500ml SE	
CA				
DI				
DO				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				
PI				
PE				
PA				
PL				
PM				
PN				
PO				
PS				
PR				
PU				

PatientID: 000000082020
Name: ELIZEU DA SILVA CAMILO

Sex: Masculino
BirthDate: 24.05.1990
Age: 29a.

StudyDate: 12.06.2019





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	3.501.016 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	27/05/2014
NOME	ELIZEU DA SILVA CAMILO		
FILIAÇÃO	LUIZ GOMES CAMILO MARIA LÚCIA DA SILVA		
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO	24/05/1990
DOC ORIGEM	CASAM N.5832 FLS.32V LIV.B-27 CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA PB		
	091.325.554-82		
LEI N° 7.116 DE 28/09/83			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012896662474

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

PLACA: PRT, 20160000484472-1

1 0106881751-5 00/000000000 2016

ANA CLAUDIA SANTOS DE S CAMILO

05228461493

QFO4899/PB

NOVO

PB 951BXXBA9EB001153

TO TRAXX/JL50Q-2

2013

2014

2 P/49 /CI

PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

IPVA ISENTO

00/00/0000

1º

VENC COTAS

PARCELAMENTO COTAS

2º

3º

SEGURO

P A G O 04/11/2016

EM RESERVA DE DOMINIO

IAO PESSOA-PB

19267



Agamenon Vieira da Silva

04/11/2016

19241