
Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190288454

Vítima: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

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, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190288454

Vítima: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 00000094843-6

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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	138.748.524-58	Luiz da Silva Pereira da Costa

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

Nome completo:	CPF:
Luiz da Silva Pereira da Costa	338.748.524-58
Profissão:	Endereço:
Recuso	Rua Elísio Lopes de Mendonça
Bairro:	Cidade:
Centro	Paulista
E-mail:	Estado:
	PR
	CEP:
	68.355-000
	Tel. (DDD):
	(85) 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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0036 ☐ CONTA: 094.843 ☐ 6	AGÊNCIA: CONTA:
(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 admissão 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:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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: João Pessoa, 23/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

113-485171476-8

23/ABR/2019

HORA DE 11:10:21

LOT. 13.004572-1

TERM 000188

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0036

CONTROLE: 113401545

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

AGENCIA: 0036

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.094.843-6

DATA DA ABERTURA: 23/04/2019

LOTerias CAIXA

113-485171476-8

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

19 VIA 4437 rubu /



23 ABR. 2019

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00107.01.2019.1.05.101

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00107.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:39 horas do dia 11 de abril de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Lucas da Silva Pereira da Costa**, conhecido(a) por Oreia, CPF nº 138.748.524-58, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Lindomar da Silva Pereira e Rogaciano Nogueira da Costa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/02/2000 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elisio Lopes de Mendonça, Nº S/N, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Na Rua Por Trás da Delegacia Desta Cidade, na cidade de Lucena/PB, telefone(s) para contato (83) 99388-7844.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública Na Localidade de Ponta de Lucena, Lucena/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/10/18 03:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: LESÃO CORPORAL DOLOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 FAN ESI, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2013/2013, placa OGA-3204, chassi 9C2KC1670DR017494, renavam 0053356230-9, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 9825245242; nº. P.r.t.: 20130000134670-7; nº. Lacre: 0038836564; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: Lucena/pb; alienação Fiduciária: A. F. Administradora de Consórcio Nacional Honda L.t.d.a.; em Nome de Eleonaldo da Silva Pereira.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

TRAFEGAVA PELA VIA PÚBLICA DANDO CARONA PARA UM AMIGO CONHECIDO PELA ALCUNHA DE "CHICA", QUANDO PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, VINDO A SE ACIDENTAR E SE MACHUCAR, SENDO NECESSÁRIO A REMOÇÃO E SOCORRO DO MESMO PELA EQUIPE DOS BOMBEIROS DA CIDADE DE GUARABIRA/PB PARA AQUELA CIDADE E DEPOIS O MESMO FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E ASSINADO PELO MÉDICO EWERTON NORONHA TEIXEIRA, C.R.M.: 2516/PB, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTÁ DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI.

ADENDO(S):

Que na data 11/04/2019, à(s) 12:51 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: **O ACIDENTE FOI NA LOCALIDADE DE PONTA DE LUCENA NA COMARCA DE LUCENA/PB E FOI SOCORRIDO E REMOVIDO PELA VIATURA DO SAMU DA CIDADE DE LUCENA/PB PARA AQUELE REFERIDO HOSPITAL JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA..** Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GC
DA**
Secretaria
Segurança e

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais do Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, explico a presente referida é verdade. Dou fé.

Lucena/PB, 11 de

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-F

LUCAS DA SILVA PEREIRA DANTAS
Noticiante



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:	Nome completo da vítima:
	138.748.524-58	Luiz da Silva Pereira da Costa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Luiz da Silva Pereira da Costa	338.748.524-58	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recuso	Rua Elísio Lopes de Mendonça	230
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Salvador	BA
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58.355-000	(81) 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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0036 ☐ CONTA: 094.843 ☐ 6 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ (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 admissão 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
Vivos:	Falecidos:	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: João Pessoa, 23/04/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	
2ª Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	

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.

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

113-485171476-8

23/ABR/2019

HORA DE 11:10:21

LOT. 13.004572-1

TERM 000188

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0036

CONTROLE: 113401545

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

AGENCIA: 0036

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.094.843-6

DATA DA ABERTURA: 23/04/2019

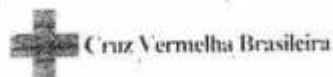
LOTerias CAIXA

113-485171476-8

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

19 VIA 4437 rubu /



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA	BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA			Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN	Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21		Data/Hora Prescrição 27/10/2018 05:06:08	

Anamnese

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+CONSCIENTE E ORIENTADO+
COM QUEIXAS DE DORES EM PUNHO ESQ+FRATURA EXPOSTA EM
PERNA DIREITA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0.0
(MGTSM)

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 002792
CARLOS MAGALHAES FRANCA
(: 3792/PB)

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: 07/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000094843-6

Nr. da Autenticação A10B1103F45D6442

MARIA DA PENHA PEREIRA
RUA ELISIO LOPES DE MENDONÇA, 219 - CENTRO
LUCENA / PB CEP: 59315000 (AG 1)



Ligação: MONOFÁSICO
Cte/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 10 - 11 - 645 - 962 Referência: Abr/2019
Medidor: 00000473415 Emissão: 15/04/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 51071-600
CNPJ: 08.095.103/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 022 429 015
Ced. por Dis. Automática: 30002267342

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	16/04/2019	16/05/2019	281.866.834-91 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/226734-2

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 23 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
Ja conhece os nossos perfis nas redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/03/19	20777	16/04/19	31016	1	239	32

Demonstrativo										
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Atq. Iomg (R\$)	Base Calc. Pct (R\$)	Cobro (R\$)	Pct (R\$)	Cobro (R\$)	
0801	Consumo em kWh	239,000	0,954400	204,20	204,20	27	95,13	204,20	2,21	10,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB SERV LUM PUBLICA	10,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 02/2019	2,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 02/2019	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2019	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

23 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

CC	Código de Classificação do Rev.	TOTAL	228,06	204,20	95,13	204,20	2,21	10,20
	Tarifa/Tributos		0,971770					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
23 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CC	Código de Classificação do Rem	TOTAL	228,06	204,20	95,13	204,20	2,21	10,20
Tarifa/Tributos		0,571770						

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
240	24/04/2019	R\$ 229,06

Histórico de Consumo (kWh)

342	346	292	241	215	219	220	207	204	208	183	209
Abr/18	Mar/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19

RESERVADO AO FISCO

7d57.9fd2.227a.df5d.d90d.36ce.a822.7fc3.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,57	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,74		
DIC ANUAL	27,48		CONTRATADA 202
FIC MENSAL	3,55	0,00	
FIC TRIMESTRAL	7,10		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	14,20		
DMC	3,97	0,00	
DIC9	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Exp. da Energisa/PB	48,45	21,17
Cargos de Energia	89,16	39,15
Serviço de Transmissão	7,54	3,29
Encargos Setoriais	11,47	5,01
Impostos Diretos e Encargos	92,40	40,34
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	229,06	100,00

Valor de EUSD (Ref. 2/2019): R\$ 66,32

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso sua fatura(s) se tenha(s) não sido(m) paga(m) em prazo, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/05/2019. Conforme

Faturas em atraso

Mar/19 193,09

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, ELEONALDO DA SILVA PEREIRA
RG nº 1534630, data de expedição 29/01/1990
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 854.646.784-68
com domicílio na cidade de LUZENA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
MARIA FERREIRA DA SILVA, nº S/N
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
Sauêas da Silva Pereira da Costa, cujo o condutor era
Sauêas da Silva Pereira da Costa.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 FANESI Ano: 2003
Placa: 06A 3204/PB Chassi: 9C2KC16700R0579921
Data do Acidente: 27/10/2018

Local e Data: João Pessoa, 23/04/2019

Eleonaldo da Silva Pereira

Assinatura do Declarante

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



Cartório Garibaldi
9º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tambauzinho - João Pessoa - Paraíba
F: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (ELEONALDO DA SILVA PEREIRA(121482)). Em test. da verdade. Dou fé.
João Pessoa-PB 23/04/2019 12:59:20.

PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituto
Vlr R\$12,70, Fepj R\$1,98, Farpem R\$0,29, ISS R\$0,50

Operador: SAMILY, Selo Digital: AIL54782-0H0B - Consulte
a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Paula Garibaldi





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

DADOS DE NASCIMENTO 18/02/00

NOME DA MÃE LINDOMAR DA SILVA PEREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.118.169

Nº PRONTUÁRIO 111.906

DATA DO ATENDIMENTO 27/10/18

HORA DO ATENDIMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E + FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA + FÍBULA D

CID 10 S 52.5 + S 82.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

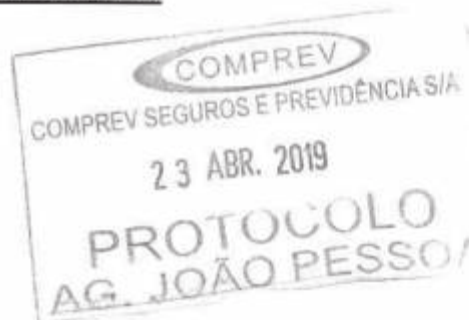
Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x poste), trazido pelo SAMU, apresentando queixas de dores com suspeita de fratura em punho E, deformidade dorsal + escoriações + ferimento corto-contuso anterior da região proximal com sangramento ativo e deformidade em valgo + fratura exposta em perna D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do punho E - AP e P

RX do joelho D - AP e P

RX da perna D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade distal do rádio E + fratura exposta da tibia e fibula D aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Teófilo Vanomark e Dr. Lauri Junior.

ALTA HOSPITALAR: 06/11/18

DATA DA EMISSÃO: 31/01/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO C.R.O. Nº 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

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

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, (OBSERVAÇÕES: LENTO , SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

HEPARINA SODICA 5.000UI/ML(FRASCO/AMPOLA 5ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: PRESCRITO PELO CIRURGIÃO VASCULAR)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SSVV + CCGG

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: REAVALIAÇÃO DA VASCULAR)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

Induta

Internar Paciente

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
(CRM: 8491/RN)

Nome: <u>Wesley da Silva</u>			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>28/11/18</u>		Alta: <u>06/11/18</u>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <u>FMT. P.anga + PUNHO</u>				
Diagnóstico Definitivo: <u>Idem</u>				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames: <u>Rx</u>				
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Fixação articular (A. Tr. L. / A. L. L.)</u>				
Biópsias: <u>inib. 130.000 Lamentado 7+ e 1FE</u>				
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 com curativos</u>				
<u>regulares</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>R. Silva</u> em <u>30</u> dias para revisão. <u>21/11/18</u>				
João Pessoa: <u>06 de 11 de 18</u>				
Ass. Médico/CRM				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				



Número: 1118163
 Prontuário: 1118163
 Paciente: Ilvies da Silva Pereira da Costa
 Data: 27/10/18
 Procedimento: Exatamento cirurgico de parturiente e fixação
 Reposição: externa M+D
 SUS: (X) Não SUS ()
 N 100: Dr. Respielo

Prontuário: 118169

Date: 27, 10, 18

Reposição: _____

200

DISPENSACÃO CME					
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA	
Anteninter	Pio de porcelana n° 2,5	01			
Lote: 101351 Código: F08 2 209 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LÍNEA FEMUR T 350 - ESTERIL	Lote: 101304 Código: AF35 8 680 FINO INTRAMEDULAR OSSEO-R X Y 4,5 x 200 x T	Lote: 101351 Código: F08 2 209 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LÍNEA FEMUR T 350 - ESTERIL			
Fabric.: 10/07/2018 Val.: 07/2023 Registro ANVISA N°: 80083650031 Material: ACO INOX/ALUMINIO	Fabric.: 05/07/2018 Val.: 07/2023 Registro ANVISA N°: 80083650026 Material: ACO INOX F13B	Fabric.: 10/07/2018 Val.: 07/2023 Registro ANVISA N°: 80083650031 Material: ACO INOX/ALUMINIO			
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.851.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3838-1910 - comercial@sartori.ind.br	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.851.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3838-1910 - comercial@sartori.ind.br	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.851.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3838-1910 - comercial@sartori.ind.br			
DISPENSACÃO - FARMÁCIA					
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA	
Sartori	fixador externo	0,2			
Bios Barretc					Maria Eleonor Miquele R. dos Santos

(Catalão) Aren Dantas Barreto
 MEDICA
 CRUIZ-5471

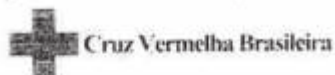
Dr. Vanicleide F.N. Arruda
Enfermeira
Cepac 366348

Maria Bieir Migueir, dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 250.852

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA	BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA			Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN	Bairro CENTRO	Município LUCENA	Prontuário
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional NAPOLEAO SUASSUNA LAVREANO JUNIOR	Nº Cons. Regional 7015/PB
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21		Data/Hora Prescrição 27/10/2018 10:15:21	

Anamnese

VASCULAR

CT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+CONSCIENTE E ORIENTADO+
COM QUEIXAS DE DORES EM PUNHO ESQ+FRATURA EXPOSTA EM
PERNA DIREITA

AO EXAME

- PULSOS PED E TP DIINUIDO (2/3)
- COM SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADOS
- AUSENCIA DE SD COMPARTIMENTAL NO MOMENTO
- PULSOS FEM E POP AMPLOS

CD: HEPARINA

MANTER ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM VASCULAR E ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

HEPARINA SODICA 5.000UI/ML(FRASCO/AMPOLA 5ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H

Conduta

Em observação

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Dr. Napoleão Suassuna Jr.
Cl. Vascular/Endovascular
CRM-PB 7015
NAPOLEAO SUASSUNA LAVREANO JUNIOR
(: 7015/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA		BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA			Prontuário	
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN		Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE SOUZA		Nº Cons. Regional 9963/PB
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21			Data/Hora Prescrição 27/10/2018 06:38:57	

Anamnese

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+CONSCIENTE E ORIENTADO+
COM QUEIXAS DE DORES EM PUNHO ESQ+FRATURA EXPOSTA EM
PERNA DIREITA

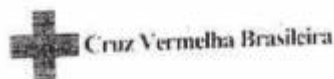
LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PELA ORTOPEDIA.

Conduta

Em observação

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA


 RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE SOUZA
 (: 9963/PB)

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA	BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA		CNS	Prontuário
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN	Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MANOEL RICARDO SENA NOGUEIRA	Nº Cons. Regional 5013/PB
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21		Data/Hora Prescrição 27/10/2018 06:33:08	

Anamnese

CIRURGIA VASCULAR

ACIDENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTO X POSTE

QUEIXA-SE DE DOR NA PERNA DIREITA E PUNHO ESQUERDO

AO EF

PUNHO ESQUERDO: DEFORMIDADE DORSAL, SEM FERIMENTOS, DOR A PALPAÇÃO DISTAL,

NEUROVASCULAR PRESERVADO

PERNA DIREITA: ESCORIAÇÕES, FCC ANTERIOR REGIÃO PROXIMAL COM SANGRAMENTO ATIVO, AUMENTO

DA DOR À EXTENSÃO DORSAL PÉ, PULSOS DISTAIS PALPÁVEIS, PORÉM DIMINUÍDOS A DIREITA

CD: REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA VASCULAR APÓS FIXAÇÃO DAS FRATURAS

Conduta

Em observação

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

53013
MANOEL RICARDO SENA NOGUEIRA
(CRM: 5013/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA	BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA			Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN	Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21		Data/Hora Prescrição 27/10/2018 06:24:35	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTO X POSTE

QUEIXA-SE DE DOR NA PERNA DIREITA E PUNHO ESQUERDO

AO EF

PUNHO ESQUERDO: DEFORMIDADE DORSAL, SEM FERIMENTOS, DOR À PALPAÇÃO DISTAL, NEUROVASCULAR PRESERVADO

PERNA DIREITA: ESCORIAÇÕES, FCC ANTERIOR REGIÃO PROXIMAL COM SANGRAMENTO ATIVO, DEFORMIDADE EM VALGO, EDEMA (+2/4+), AUMENTO DA DOR À EXTENSÃO DORSAL PÉ, NEUROVASCULAR PRESERVADO NO MOMENTO

RAIOX: FRATURA SEGMENTAR NA TIBIA DIREITA

FRATURA DISTAL DO RÁDIO PUNHO ESQUERDO

CD: ANTIBIOTICOPROFILAXIA PARA FRATURA EXPOSTA

TALA AXILOPALMAR ESQUERDA

AGUARDO AVALIAÇÃO DO CIR. VASCULAR E LIBERAÇÃO DA CIRURGIA GERAL PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

MEDICAÇÃO

CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 150 ML SF0,9%)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF0,9% LENTO)

Conduta

Em observação

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO
Masc. ☐ Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

H.E.E.T.S.H.L

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Lucas da Silva Pereira da Costa

118169

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

18/02/2000

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Curitiba

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

02 - fixador externo
01 - fio de Kirschner m. 2,5

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
AUMENTO DE LESÃO DE PARTES MOLES PUNTIFORME PARA FAZER UMA MELHOR LMC COM
SF 0,9% ABUNDANTE
Achados:
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA (MALÉOLO LATERAL) DIREITO
Condução: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICO + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%
REDUÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA COM AUXÍLIO DE ESCOPIA
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO BIPLANAR EM PERNA DIREITA
PASSAGEM DE FIO K 2,5MM EM FÍBULA DIREITA SOB AXÍLIO DE ESCOPIA
Fechamento:
SUTURA
CURATIVOS
RX DE CONTROLE
Observação:

SOLICITO PARECER DA PLÁSTICA E VASCULAR

Médico/CRM:


Laila
Médico
CRM

João Pessoa,

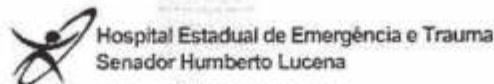
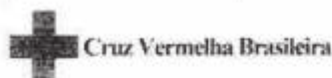
27/10/2018



Cirurgião

NOME DO PACIENTE: Queiroz da Silva Reilson da Costa
 IDADE: 18 SEXO: M RACIA: BRANCA ENFERMIA: LEGO
 CIRURGIÃO: Dr. Reilson da Silva Dr. Carlos + Flávia
 ANESTESIA: halothane
 ANESTESISTA: Dr. Reilson da Silva
 INSTRUMENTADOR:
 DATA: 27/10/18 TIPO DE CIRURGIA: ANESTESIA INICIAL CÍRCULO DE PULSO: 18240 09:40
 INDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA II (ASA I, ASA II, ASA III, ASA IV)
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: CLINICA (CONTAMINADA, INFECTADA, POTENCIALMENTE CONTAMINADA)
 MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.

ALFENTANIL			JELCO Nº1	1	FIO CAT. GUT. CROMADO Nº1	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	SORO B.L.	JELCO Nº2		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº2	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº3		FIO DE AÇO Nº1	
CETANINA		SORO FINE	JELCO Nº4		FIO DE NYLON Nº1	
DROPERIDOL			SIST. DREN. TORÁCICA Nº1		FIO DE NYLON Nº2.0	1
ETONIDATO		SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº1	
FENDEARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	X LÂMINA BISTURI Nº2		FIO DE NYLON Nº1	
FENTANIL	1	PVP DEGERMANTE	X LÂMINA BISTURI Nº3		FIO POLIGLACTINA Nº1	
FLUMAZENIL		PVP TINTURA	X LÂMINA BISTURI Nº4	1	FIO POLIGLACTINA Nº1	
ISOFLURANO		PVP TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº1	
LEVOBUPIVACAÍNA C. VASO		SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENNEERTO		FIO POLIPROPILENO Nº1	
LEVOBUPIVACAÍNA S. VASO		MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	40	FIO POLIPROPILENO Nº1	
LIDOCAÍNA C. VASO		AGULHA 13X4.5	LUVA ESTERIL Nº1.0	1	FIO POLIPROPILENO Nº1	
LIDOCAÍNA S. VASO		AGULHA 25X07	LUVA ESTERIL Nº2.5	1	FIO POLIGLECAPRONE Nº1	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08	LUVA ESTERIL Nº3.0	1	FIO SEDA Nº1	
NIOTINA	1	AGULHA 40X12	LUVA ESTERIL Nº3.5		FITA CARDIACA	
NIMBUM		AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRURGICA	1	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCLORONIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTITAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFLUADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
PROPOFOL		AGULHA RAQUÍ Nº230	1 SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUÍ Nº280	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº1	
ROCLORONIO		AGULHA RAQUÍ Nº270	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº2.5	1
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº1	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº1	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICACÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	1
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DUPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FLORSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS	1 SONDA URETRAL Nº1		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº1		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº2		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	1 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº1		PLACA	
ONDASETRONA		EQUIPO MACROGOTAS	1 TUBO SILICONE (LATEX)	1	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP	1 FIOS	QTD.	() ASPIRADOR	
TENOXTAN		ESPARADRAPO	1 FIO ALGODÃO S.A Nº1		() BISTURI ELETRICO	
<u>Clorpromazina</u>	1	GAZES	1 FIO ALGODÃO S.A Nº1		() CAPNOGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS	1 FIO ALGODÃO C.A Nº1		() CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLITICO	1 FIO ALGODÃO C.A Nº1		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14			() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16			() FOCO CENTRAL	
					() MICROSCOPIO	
					() OXIMETRO DE PULSO	
					() P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA	
					() PERFLUADOR ELETRICO	
					() SERPA	
					CIRURGIA Nº1 K. 005 Jan	
					TCC. de ENTORNO	
					COREN-PB 250.852	



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA	BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA			Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN	Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LAJANA KAREN DANTAS BARRETO	Nº Cons. Regional 8491/RN
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21		Data/Hora Prescrição 27/10/2018 10:24:02	

Anamnese**ORTOPEDIA**

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTO X POSTE

QUEIXA-SE DE DOR NA PERNA DIREITA E PUNHO ESQUERDO

AO EF

PUNHO ESQUERDO: DEFORMIDADE DORSAL, SEM FERIMENTOS, DOR À PALPAÇÃO DISTAL,

NEUROVASCULAR PRESERVADO

PERNA DIREITA: ESCORIAÇÕES, FCC ANTERIOR REGIÃO PROXIMAL COM SANGRAMENTO ATIVO,

DEFORMIDADE EM VALGO, EDEMA (+2/4+), AUMENTO DA DOR À EXTENSÃO DORSAL PÉ, NEUROVASCULAR PRESERVADO NO MOMENTO

RAIOX: FRATURA EXPOSTA SEGMENTAR NA TIBIA DIREITA

FRATURA FECHADA DISTAL DO RÁDIO PUNHO ESQUERDO

FEITO ANTIBIOTICOPROFILAXIA PARA FRATURA EXPOSTA

POI DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CONTROLE DE DANOS DE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA E MALÉOLO LATERAL DIREITO COM FIXADOR EXTERNO BIPLANAR, SEM INTERCORRÊNCIAS.

PRESERÇA DE MOSCA NA SALA, TENDO POUSADO EM LESÃO DE PERNA DIREITA, ANTES DA DEGERMAÇÃO.

CD: INTERNO PACIENTE + SOLICITO EXAMES + ACOMPANHAMENTO JUNTO COM A VASCULAR + GESSO AXILO PALMAR EM MSE

STAFF: DR TEÓFILO + DR LAURI

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)

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, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

CAPTORIL 25 MG COMPRIMIDO ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

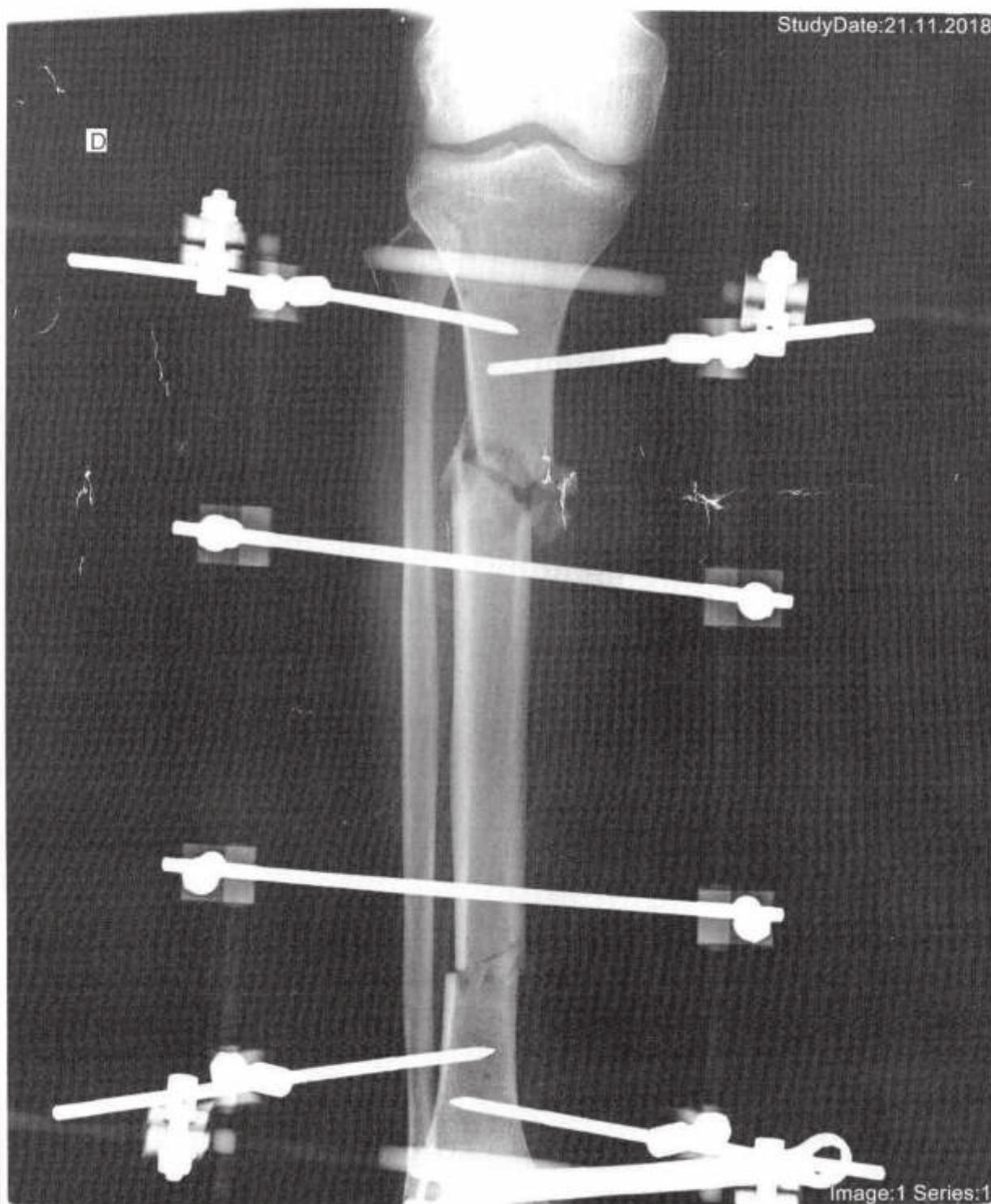
PatientID: 000000078712

Sex: Masculino

PatientName: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA BirthDate: 18.02.2000

Age: 18a.

StudyDate: 21.11.2018



HTOP

PatientID: 000000078712 Name: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA Sex: Masculino BirthDate: 18.02.2000 Age: 18a.	
	StudyDate: 21.11.2018 Image Series:
	HTOP

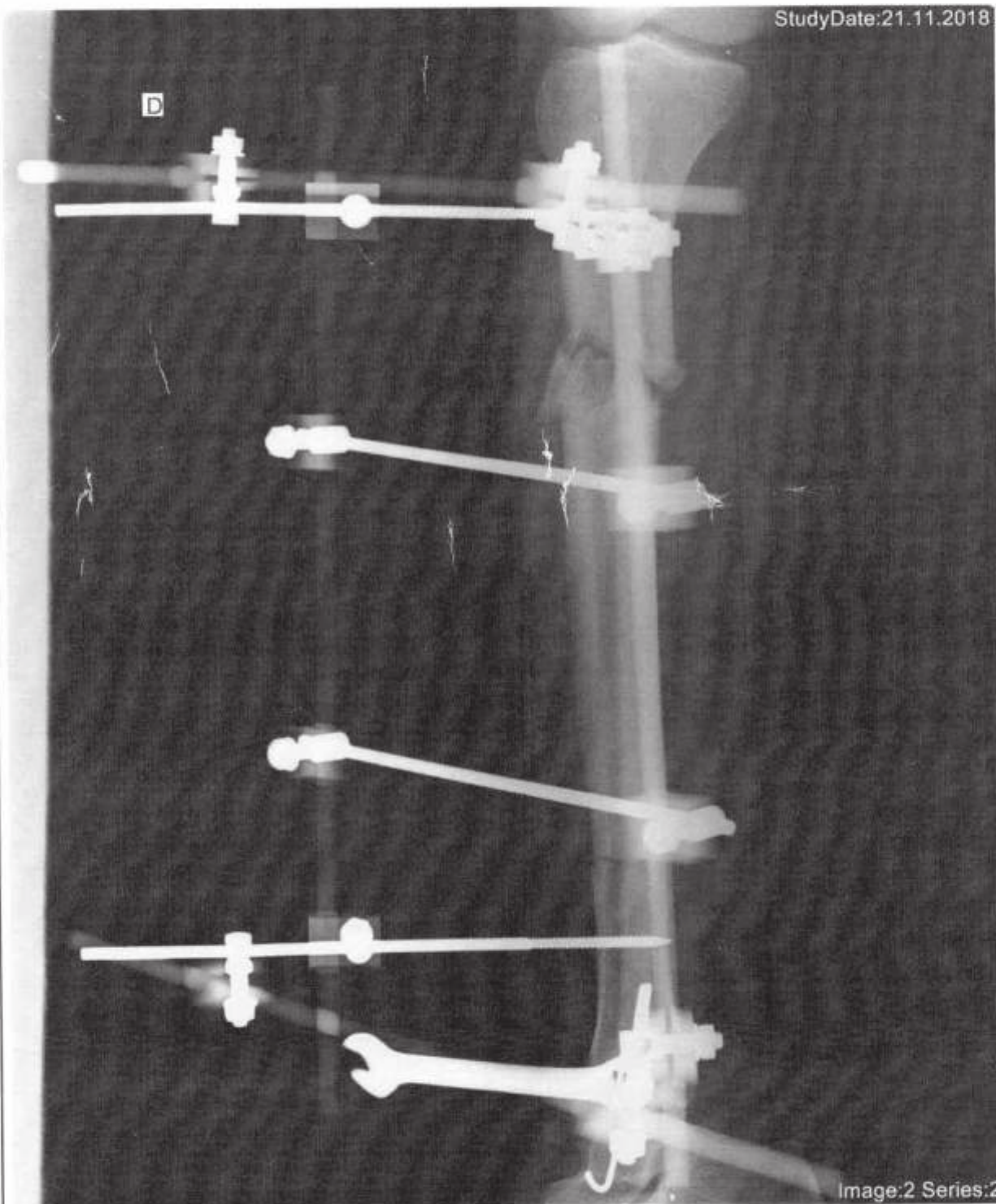
PatientID: 000000078712

Sex: Masculino

PatientName: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA BirthDate: 18.02.2000

Age: 18a.

StudyDate:21.11.2018



HTOP

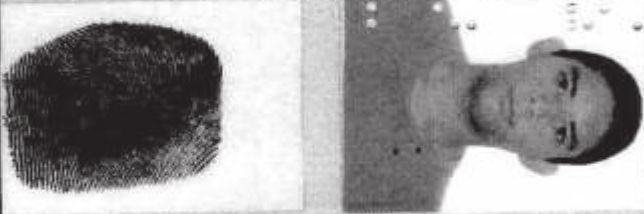
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-917

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Lucas da Silva Pereira da Costa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

23 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.437.127 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/07/2016

NOME LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

FILIAÇÃO ROGACIANO NOGUEIRA DA COSTA
LINDOMAR DA SILVA PEREIRA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 18/02/2000

DOC ORIGEM NASC.N. 6606 FLS. 155 LIV. A-7
CARTÓRIO LUCENA-PB

CPF 138.748.524-58

João Pessoa - PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OGA3204

2014

Imprimir Consulta

OGA3204

Último Licenciamento: 2014

Proprietário: *****

Placa: OGA3204

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2013

Ano Modelo: 2013

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 28/06/2019

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: LUCENA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 23/04/2019

PASSA / MOTOCICLET

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 FAN ESI

2013

2013

PARTICULAR VERMELHA

28/06/2019

ALIENACAO FIDUCIARIA

LUCENA

23/04/2019



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011753100369
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDB RENAVAM 0053356230-9 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2014

NOME
ELEONALDO DA SILVA PEREIRA

CPF / CNPJ 05464678468 PLACA OGA3204/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2EC16700R017494

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/MACABETI COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

CAP / POT / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

5.5 ADM DE MONTAGEM NACIONAL FUNDADA

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL LUCENA - PE DATA 09/09/2014

40649 13617

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011753100369 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 09/09/2014

VIA 1 CPF / CNPJ 05464678468 PLACA OGA3204/PB

RENAVAM MARCA / MODELO

ANO FAB. CAT. TAR. Nº CHASSI

2013 9C2EC16700R017494

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SET. INQ. FISC. SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTUBRO 10/09/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

13617 0912228 20140909



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190288454 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO NA TÍBIA);
TRATAMENTO CONSERVADOR (PUNHO) E ALTA MÉDICA. 12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190288454 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO NA TÍBIA);
TRATAMENTO CONSERVADOR (PUNHO) E ALTA MÉDICA. 12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE 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