
Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027045

Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NATANAEL TEODOSIO PESSOA

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

104.329.774-06

Natanael Teodoro Pessoa

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Natanael Teodoro Pessoa

104.329.774-06

Recebe

Rua Angélica

156

65772127

Indústria

Tao Pessoa

PB

58085-630

(55) 98308 8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: Caixa Econômica

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

1033

CONTA:

20481

2

(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.

22 - 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Indicação
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

104.329.774-06

Natanael Teodoro Pena

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Natanael Teodoro Pena

104.329.774-06

Recebe

Rua Angélica

156

65772127

Indústria

Tao Pena

PB

58085-630

(55) 98308 8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: Caixa Econômica

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1033

CONTA:

20481

2

(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.

22 - 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Indicação
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)




Identificação do paciente

ID 483586	Nome NATANAEL TEODOSIO PESSOA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27 anos 11 meses 9 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA	Pai JOAZ ALVES PESSOA			
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) MARIA DE LOURDES DE ANDRADE - ESPOSO(A)			
DDD Celular 83	Celular 986292248	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3798412	Nº Cns 166045443550003		
Local de procedência BAIRRO DAS INDUSTRIAS	Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58083630	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Argélia
Número 136	Complemento	Bairro Indústrias	

Admissão

Data e Hora 25/06/2019 21:27:01	Número da pulseira 1000007137043	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

25/06/19 Paciente deumentada neste xtoe trazido pelo
Samaritã de acidente de moto. no momento cons-
ciente, alcoolizado, agitado, em comorbidade ao CD5

Diagnóstico

Atendido por
YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA

CID

Erica Dal Bianco
Enfermeira

COPEN-PB 124613

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: 24/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000020481-2

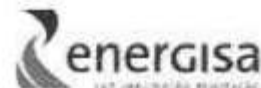
Nr. da Autenticação D59B43DA5E000FC4

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/licença de energia elétrica. Nº 031.564.733



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.615.023-9

DADOS DO CLIENTE

ZULEIDE TEODOSIO DA SILVA
RUA ARGELIA 136 Q 511 L 127
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1481153-3

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

24/09/2019

CONSUMO

81

VENCIMENTO

01/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 71,41

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 06761.684171 3 80290000007141

Pagador: ZULEIDE TEODOSIO DA SILVA CNPJ/CPF: 467.969.914-00

RUA ARGELIA 136 Q 511 L 127 - MUMBABA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440006761684	001481153201909	01/10/2019	R\$ 71,41	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1172929 e PRONTUÁRIO nº 116569

PACIENTE: NATANAEL TEODÓSIO PESSOA

DATA DE NASCIMENTO: 16.07.91

Data e Hora do Atendimento: 25.06.19

Horário: 21:56h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de traumatismo na cabeça e na face, ferimento corto-contuso na região temporal direita, otorragia direita, trauma no ombro esquerdo. Atendido pelo Dr. Leonardo Viana CRM 5960, Dr. Leonardo Soares de Lima CRM 2170, Dr. Tomas Catão Monte Raso CRM 7742, Dr. Daniel Conserva Arruda CRM 11.134, Dra. Ana Karina M. Tormes CRM 5724, Dr. Jansen Henriques CRM 11.385.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: POLITRAUMATISMO + FRATURA DO TETO DA ORBITA +
FRONTAL DIREITO + FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10 S 42 0, S 02 1**

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da coluna cervical, Tomografia computadorizada da face, Rx da clavícula esquerda AP e Perfil, Rx de Tórax PA e Perfil, sutura do ferimento da face e tratamento cirúrgico em 28.06.19 com redução e fixação de fratura da clavícula esquerda.

ALTA HOSPITALAR: Em 29.06.19 às 9:51h.

Data da Emissão: 19.09.19


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVBHEETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente
NATANAEL TEODOSIO PESSOABAE
1172929
Sexo
MasculinoData/Hora Entrada
25/06/2019 21:27:01
CNS
166045443550003

Data Baixa

Data de nascimento
16/07/1991
Idade
27a 11m 10dTelefone de Contato
(83) 986292248
ProntuárioMãe
ZULEIDE TEODOSIO PESSOAEndereço
Argélia, 136Bairro
IndústriasMunicípio
JOAO PESSOA
Profissional
JANSEN HENRIQUES CEZARINOUF
PB
Nº Cons. Regional
11385/PBAcidente
MOTO X MOTOMotivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETAData/Hora Classificação
25/06/2019 21:27:01Data/Hora Prescrição
26/06/2019 18:54:52

NAMNESE

4 NCR ## PACIENTE DE 27 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TCE, ONTEM +/- 20H. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EVOLUI COM CEFALÉIA E TONTURA. ANT.: NEGA ALERGIAS. EF.: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGNTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lamina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. TC COLUNA CERVICAL: Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais. Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual. Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações. Articulações interapofisárias de aspecto habitual. Não há sinais de hérnias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano. Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada. Forames de conjugação livres. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lamina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. CD.: SINTOMÁTICOS SEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO. LIBERADO PARA INTERNAÇÃO PELA ORTOPEDIA, SOLICITAR REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA SE NECESSÁRIO.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

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

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

Diluir

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

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

Medico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PB 11385

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA		BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	CNS 166045443550903	Telefone de Contato (83) 986292248
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA				Prontuário
Endereço Argélia, 136		Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional LEONARDO SOARES DE LIMA	Nº Cons. Regional 2170/PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01			Data/Hora Prescrição 25/06/2019 21:56:19	

ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO (ALCOOLIZADO); TEVE TRAUMATISMO NA CABEÇA E FACE (FOC NA REGIÃO TEMPORAL D), OTORRAGIA D E PROVÁVEL FRATURA DE CLAVÍCULA E, ALÉM DE ALGUMAS ABRASÕES EM EXTREMIDADES. NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS. CONDUTA: 1. TC DE CRÂNIO; FACE; RX DE COLUNA CERVICAL; TÓRAX; CLAVÍCULA E; 2. PARECER DA NCR; B.M.F.; ORTO; 3. ANALGESIA.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S).

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

LEONARDO SOARES DE LIMA
(2170/PB)



Cruz Vermelha Brasileira



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 NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986292248
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		CNS 166045443550003	Prontuário
Endereço Argélia, 136	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 25/06/2019 23:43:55	

ANAMNESE

INCIR## PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO. TCE, SEM PERDA DA CONSCIENCIA E SEM VOMITOS. REG. CONFUSO E DESORIENTADO ECG 14, AGITADO SEM DEFICITS SEM CERVICALGIA TC DE CRANIO: FRATURA DO TETO DA ORBITA E FRONTAL A DIREITA, ESTA SEM DESALINHAMENTO PEQUENA CONTUSÃO FRONTAL A DIREITA TC COL CERVICAL SEM FRATURAS/LISTESE CD: OBS NUEROLÓGICA

Conduta

Em observação

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Tomas Catão Monte Raso
Neurocirurgia
CRM/PB 7742

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986292248
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		CNS 166043443550003	Prostetico
Endereço Argélia, 136	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 26/06/2019 00:00:38	

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR EM OMBRO ESQUERDO SME OUTRAS QUEIXAS EM MMII
OU ABISS ADM DE OMBRO ESQUERDO LIMITADA RX COM FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA SOLICITO IMOBILIZAÇÃO + RX

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO S

Conduta

Em observação


Daniel Conserva Arruda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11134

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

POSTO I A

Endereço: INTERNO, S/N., JOAO PESSOA - PB, 51111111

Tel:

CNES: 454546

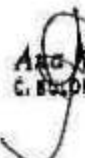
Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988292248
Nome ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		CIUS 166045443560663	Profissão
Endereço Argêla, 106	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Atividade MOTO X MOTO	Atividade ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissão/ ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES	Nº Cons. Regional 5724/PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 26/06/2019 03:04:58	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM FACE. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, CONTACTUANTE, EUFÔNICO. CORADO. AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE EXTENSA ESCORIAÇÃO EM HEMIFACE D + FERIMENTO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO TEMPORAL D, AUSÊNCIA DE DEGRAU ÓSSEO PALPÁVEL EM FACE, OCLUSÃO ESTÁVEL, BOA ABERTURA BUCAL. TC DE FACE SEM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURAS DE FACE. CD. REALIZADA DEBRIDAMENTO E SUTURA DE FERIMENTO + MEDICADO E ORIENTADO QUANTO ACUIDADOS. COBERTURA ANTITÉTANICA + ALTA DA BMF + SEGUE EM OBSERVAÇÃO PELA NCR.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção


Ana Karina M. Tormes
C. B. OMAXILOFACIAL/DTM-DOF
5724

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
(CRQ: 5724/PB)

Sistema requisitado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
NATANAEL TEODOSIO PESSOA	1172929	25/06/2019 21:27:01	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
16/07/1991	27a 11m 10d	166045443550003	(83) 986292248
Mão	Masculino		Prontuário
ZULEIDE TEODOSIO PESSOA			
Endereço	Bairro	Município	UF
Argêla, 136	Indústrias	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	6028/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
25/06/2019 21:27:01		26/06/2019 16:13:11	

ANAMNESE

NCR ## PACIENTE DE 27 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TCE, ONTEM +/- 20H. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EVOLUI COM CEFALÉIA E TONTURA. ANT.: NEGA ALERGIAS. EF.: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGNTES. MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lamina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. TC COLUNA CERVICAL: Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais. Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual. Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações. Articulações interapofisárias de aspecto habitual. Não há sinais de hérnias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano. Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada. Forames de conjugação livres. CD.: SOL. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE. SINTOMÁTICOS.

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

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

Diluir

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

CUIDADOS

SSVV + CCGG

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

COLAR CERVICAL

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

Conduta

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	CNS 166045443550003
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA			Telefone de Contato (83) 986292248
Endereço Argélia, 136	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	UF PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 26/06/2019 18:35:02	Nº Cons. Regional 6028/PB

HISTÓRICO

VCR ## PACIENTE DE 27 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TCE, ONTEM +/- 20H. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EVOLUI COM CEFALÉIA E TONTURA. ANT.: NEGA ALERGIAS. EF.: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lâmina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. TC COLUNA CERVICAL: Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais. Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual. Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações. Articulações interapofisárias de aspecto habitual. Não há sinais de hérnias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano. Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada. Forames de conjugação livres. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lâmina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. CD.: SINTOMÁTICOS SEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO. LIBERADO PARA INTERNAÇÃO PELA ORTOPEDIA. SOLICITAR REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA SE NECESSÁRIO.

Conduta

Em observação

NATANAEL TEODOSIO PESSOA


LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(CRM: 6028/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55



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

Número: _____

Prontuário: 7772929

Paciente: Matanahel Tualora Pessoa

Data: 28/06/19

Procedimento: Tr. Fratura de clavícula

Reposição: _____

SUS: (☒) Não SUS: (☐)

Médico: D^{ro} Rômulo + D^{ro} Jansen R + D^{ro} Tammir

DISPENSÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
<u>ex 3.5</u>	<u>Placa de reconstrução ob. pura</u>	<u>01</u>
<u>Ortholite</u>	<u>Parab. cort. n.º 14</u>	<u>02</u>
	<u>2 7 n.º 16</u>	<u>03</u>
	<u>2 3 n.º 18</u>	<u>01</u>
	<u>Obs. foi aberta ex 3.5 tuc. mai,</u>	
	<u>mas foi usada.</u>	

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
<u>adote</u>	<u>Agulha de Bloco 19-50</u>	<u>01</u>

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Yanderson Ali

ASSINATURA EM FARMÁCIA - COREN
M^a da Guia Aciole de C. Lima
COREN-PB 56904-ENF



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MASC ☒FEM ☐

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

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 - CDD 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 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDCE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDCE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDCE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

origem de Placa 14.50-01 } Placa. de manutenção
ex-3-5-orthobv. } 06. puma 01
Parab. cont. n.º 14.02
" " n.º 16 03
" " n.º 18 01

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CDD ORÇÃO 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

Dr. Jansen Henriques
CRM/PA 11385



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: NATANAEL TEODOSIO PESSOA BE/PRONTUÁRIO
IDADE: SEXO: MASC COR: DATA: 28/6/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: FRATURA CLAVÍCULA ESQ
CIRURGIÃO: DR RENNÁ 1º ASS: DR TAMMER
2º ASS: MR1 JANSEN 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CODIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO	

OCCORRÊNCIA DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA☐ UTI/UTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ OBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Méico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PA 11385

DATA: 28/6/2019



CRISTÓFORO COLÔMBUS
HOSPITAL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL

ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

INCISÃO DA PELE

DISSECAÇÃO POR PLANOS

CUIDADOS COM A HEMOSTASIA

Achados:

FRATURADA CLAVICULA ESQUERDA

Conduta:

REDUÇÃO CIRÚRGICA

FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO

LIMPEZA COM SF0,9%

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

ATIVOS ESTEREIS

Observação:

Mé. G. S/CRM:

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PA 11385

João Pessoa,

28/6/2019

177 2999
Fractura de clavícula E
Dr. Ringer + Dr. Jansen R + Dr. Tamm
sida + ploguio
Dr. Jansen

8.11.20

9.20. Fri 10:37

Clonidine

Расс- и лавочы 6. 10. 01

parab-cont. n° 14-02

№ 16-03
№ 18-01

JOSELE MATEUS DA SILVA
JAN 23 115 18 TE

FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: Matheus Teodoro Lisboa DATA: 28/6/19 PRONTUÁRIO: 1172929
 SEXO: M COR: --- IDADE: 27a

PRESSÃO ARTERIAL --- PULSO --- RESPIRAÇÃO --- TEMPERATURA --- PESO ---
 ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES --- AP. RESPIRATÓRIO Estável AP. DIGESTIVO Jejum AP. CIRCULATÓRIO Estável
 PRE-ANESTÉSICO Midazolam 2u ESTADO MENTAL Consciente DROGAS EM USO ---
 DOSE ATUAL --- DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura do osso da esca ESTADO FÍSICO B

CIRURGIA REALIZADA Fratura do osso da esca CIRURGIÃO Dr. Renato Lourenço de Fratura do osso da esca
 INÍCIO DA ANESTESIA 8:40 TÉRMINO DA ANESTESIA --- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ---

ANESTESISTA Dr. Frederico CPE QUANT. DE CH --- DURAÇÃO DA ANESTESIA ---
 VALORES R\$ --- CRM-PB ---

AGENTES 8.40 9.40 10.40
 HORAS --- MINUTOS --- SEGUNDOS ---

ANESTESIA	RESPIRATÓRIO	CIRCULATÓRIO	DIGESTIVO	EXCRETÓRIO	OUTROS
☒	☒	☒	☒	☒	☒

ANESTESIA GERAL ☐ ANESTESIA REGIONAL ☐ ANESTESIA LOCAL ☐ ANESTESIA GLOMERULAR ☐ ANESTESIA PLEXO ☒ ANESTESIA NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA	RESPIRATÓRIO	CIRCULATÓRIO	DIGESTIVO	EXCRETÓRIO	OUTROS
☒	☒	☒	☒	☒	☒

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico:
 1. Midazolam 4mg
 2. Fentanyl 10mcg
 3. Etomidato 25mg
 4. Propofol 15mg
 5. Lidocaína 2% 400mg
 6. Bupivacaína 0.5% 100mg
 7. Alfentanil 20mcg
 8. Oximetazolina 10mg
 9. Ondansetron 8mg
 10. Diprivan 2g

Realizado bloqueio plexo, braço, antebraço e mão com Lidocaína 2% e Bupivacaína 0.5%. Monitorado em sala de cirurgia, paciente estável. Nenhum evento adverso.

Assinado pelo Anestesiologista: Dr. João Henrique CRM-PB 11335



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932171256

Data Nasc: 16/07/1991 - 27 anos

Paciente: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Data Exame: 25/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

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

Análise:

Exame realizado em caráter de urgência para avaliação de paciente vítima de trauma.

Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais.

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interapofisárias de aspecto habitual.

Não há sinais de hérnias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Forames de conjugação livres.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

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

Este laudo foi liberado em 26/06/2019 10:24.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932171256

Data Nasc: 16/07/1991 - 27 anos

Paciente: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Data Exame: 25/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura do osso frontal direito e da lamina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados.

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

Este laudo foi liberado em 26/06/2019 10:18.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB



Constituinte Nacional



Secretaria de Saúde
Hospital Regional



GOVERNO
DA PARAÍBA

Exame de Alta

Nome: NATANAEL TEODOSIO PESSOA			Número Prontuário: 116569
Data de Nascimento: 16/07/1991	Sexo: Masculino	Data de Internação: 28/06/2019 09:51:04	Data de Alta: 29/06/2019 09:51:00
Motivo da alta ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=PCT SUCREST DO A TIO CIRURGICO (OSTEOSINTESE DE CLAVICULA) DIA 28/06 POR DR RENNA + DR TAMMER			
Resumo da internação: resumointernação=INTERNACÃO 28/06/19 CIRURGIA DE OSTEOCLAVICULA HOSPITALAR 29/06/19			
Resultado de exames: resultadoExames=RADIOGRAFIA REVELA DE OSTEOCLAVICULA			
Tratamento: tratamento=OSTEOSSINTESE DE CLAVICULA			
Diagnóstico: S42.0 - Fratura de clavícula			
Recomendações: recomendacoes=1. UNIDADE VETERINARIA - ANATOMIA - 2. UNIDADE VETERINARIA - ANATOMIA			

Data: 29/06/2019

Leopoldo Viana Batista Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5960 - PB
LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
CRM: 5960 - PB

Recetário

FIGURE 1. Fe^{2+} and Fe^{3+} in ES.

Figure 1

Ergonomics, 2016; Vol. 59, No. 7, 833–844

For the first time, *Salmonella* infections were

581-2329

ENCAMINHAMENTO AO HTOP
RETORNO COM 7 DIAS

FOR SUOI AFFARI + TUTTE LE INFORMAZIONI SULLE ATTIVITÀ DI CLAVIERA A PAG. 199
RENNER + DR. TAMMER

Dr. LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
5960/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

2

Partially NATURAL TETRACOSANES

11/15/2013 10:58:00

ENCAMINHAMENTO AO HTOP
RETORNO COM 7 DIAS

POST-OPERATIVO A TUTTO CIRCOLO E
RENNA + DR TAMMER

Leopoldo
Cruz
CRM 5500

Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de E
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Resposta: 10/10/2013 10:00:00
Data: 10/10/2013 10:00:00

USO ORAL

CEFALDROXILA 500 --- 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

PROFENID 100 --- 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

10/10/2013
CRM 30000

Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de E
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro

Receituário

Paciente: NATANATI TROODSIO PESSOA

Idade:

Data: 27/03/2019 08:57:14

Sexo: Masculino | CPF: 040.148.148-01 | BAP: 11/03/20

USO ORAL

CEFALDROXILA 500 — 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

PROFENID 100 — 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

Leopoldo Viana Batista Neto
Dr. LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
59601-900

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

R

Paciente: NATANATI TROODSIO PESSOA

Data: 27/03/2019 08:57:14

USO ORAL

CEFALDROXILA 500 — 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

PROFENID 100 — 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

Receituário

Paciente: NATANAEL DE OLIVEIRA

Idade: 27

Data: 26/06/2019

Local: HEETS

Valor: R\$ 10,00

Valor: R\$ 10,00

ATESTADO MEDICO

ATTESTO PARA OBTENÇÃO DE PASSAGEM PARA O EXTERIO, PACIENTE SUBMETIDO DEU ENTRADA
NESTE SERVIÇO NO DIA 26/06/19 E O
ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS

CID Z54/S42

Leopoldo Viana
Médico de Família e Comunidade
CRM 83300/950

Dr. LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
5960/PB

HEETS HL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

HEETS HL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

R

Paciente: NATANAEL DE OLIVEIRA

Data: 26/06/2019

ATESTADO MEDICO

ATTESTO PARA OBTENÇÃO DE PASSAGEM PARA O EXTERIO, PACIENTE SUBMETIDO DEU ENTRADA
NESTE SERVIÇO NO DIA 26/06/19 E O
ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS

CID Z54/S42

Dr.

HEETS HL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QSF6180

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: *****

Placa: QSF6180

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 125I FAN

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2018

Ano Modelo: 2018

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: PRETA

Vencimento Licenciamento: 30/12/2019

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: JOAO PESSOA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 18/12/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB N°

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA COLENTAM R.T.B. EXERCÍCIO
2018

NOME / ENDEREÇO

-CHAVES-

PLACA

QSF6180

PLACA ANT./P.

PLACA

ESPÉCIE / TIPO

PASSA / MOTOCICLET

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125I FAN

ANO FAB.

2018

ANO MOD.

2018

CAP/POT/ICE

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

PARTICULAR PRETA

I

P

V

A

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

30/12/2019

1º

PAGA I PVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º

3º

PRÊMIO LÍQUIDO (R\$)

ICOP

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

ALIENACAO FIDUCIARIA

LOCAL

DATA

JOAO PESSOA

18/12/2019



- IDENTIFICAÇÃO -

VÍTIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☐ 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, INFIRMAÇÃO DE INCAPACIDADE E TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA (SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (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

- ☐ 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 (ORIGINAL) 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\$ 100.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE DAS LESÕES = R\$ 100.000,00
 - DESPESAS MÉDICAS = R\$ 10.000,00
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTANDO A PARTIR DO DIA DA RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER ADICIONADAS OUTRAS DESPESAS LISTADAS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO ENTREGAR A DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027045 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) PGS 9,13,14
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

**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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027045 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) PGS 9,13,14
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

**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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027045

Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NATANAEL TEODOSIO PESSOA

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (a) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Indicação oficial da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (a) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Indicação oficial da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)




Identificação do paciente

ID 483586	Nome NATANAEL TEODOSIO PESSOA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27 anos 11 meses 9 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA	Pai JOAZ ALVES PESSOA			
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) MARIA DE LOURDES DE ANDRADE - ESPOSO(A)			
DDD Celular 83	Celular 986292248	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3798412	Nº Cns 166045443550003		
Local de procedência BAIRRO DAS INDUSTRIAS	Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58083630	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Argélia
Número 136	Complemento	Bairro Indústrias	

Admissão

Data e Hora 25/06/2019 21:27:01	Número da pulseira 1000007137043	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos 25/06/19 Paciente deprimida neste xtoe trazido pelo Sarama vítima de acidente de moto. No momento cons- ciente, alcoolizado, agitado, em comorbidade ao CD5						

Diagnóstico	CID
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA	Erica Dal Bianco Enfermeira COPEN-PB 124613

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: 24/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000020481-2

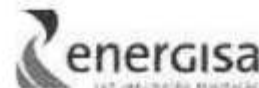
Nr. da Autenticação D59B43DA5E000FC4

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/licença de energia elétrica. Nº 031.554.733



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.615.623-9

DADOS DO CLIENTE

ZULEIDE TEODOSIO DA SILVA
RUA ARGELIA 136 Q 511 L 127
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1481153-3

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

24/09/2019

CONSUMO

81

VENCIMENTO

01/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 71,41

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 06761.684171 3 80290000007141

Pagador: ZULEIDE TEODOSIO DA SILVA CNPJ/CPF: 467.969.914-00

RUA ARGELIA 136 Q 511 L 127 - MUMBABA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440006761684	001481153201909	01/10/2019	R\$ 71,41	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1172929 e PRONTUÁRIO nº 116569

PACIENTE: NATANAEL TEODÓSIO PESSOA

DATA DE NASCIMENTO: 16.07.91

Data e Hora do Atendimento: 25.06.19

Horário: 21:56h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de traumatismo na cabeça e na face, ferimento corto-contuso na região temporal direita, otorragia direita, trauma no ombro esquerdo. Atendido pelo Dr. Leonardo Viana CRM 5960, Dr. Leonardo Soares de Lima CRM 2170, Dr. Tomas Catão Monte Raso CRM 7742, Dr. Daniel Conserva Arruda CRM 11.134, Dra. Ana Karina M. Tormes CRM 5724, Dr. Jansen Henriques CRM 11.385.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: POLITRAUMATISMO + FRATURA DO TETO DA ORBITA +
FRONTAL DIREITO + FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10 S 42 0, S 02 1**

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da coluna cervical, Tomografia computadorizada da face, Rx da clavícula esquerda AP e Perfil, Rx de Tórax PA e Perfil, sutura do ferimento da face e tratamento cirúrgico em 28.06.19 com redução e fixação de fratura da clavícula esquerda.

ALTA HOSPITALAR: Em 29.06.19 às 9:51h.

Data da Emissão: 19.09.19


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVBHEETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente
NATANAEL TEODOSIO PESSOAData de nascimento
16/07/1991Idade
27a 11m 10dMãe
ZULEIDE TEODOSIO PESSOAEndereço
Argélia, 136Acidente
MOTO X MOTOData/Hora Classificação
25/06/2019 21:27:01BAE
1172929
Sexo
MasculinoBairro
IndústriasMotivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETAData/Hora Entrada
25/06/2019 21:27:01
CNS
166045443550003Município
JOAO PESSOA
Profissional
JANSEN HENRIQUES CEZARINO
Data/Hora Prescrição
26/06/2019 18:54:52

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 986292248
ProntuárioUF
PB
Nº Cons. Regional
11385/PB

NAMNESE

♀ NCR ## PACIENTE DE 27 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TCE, ONTEM +/- 20H. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EVOLUI COM CEFALÉIA E TONTURA. ANT.: NEGA ALERGIAS. EF.: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGNTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lamina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. TC COLUNA CERVICAL: Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais. Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual. Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações. Articulações interapofisárias de aspecto habitual. Não há sinais de hérnias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano. Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada. Forames de conjugação livres. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lamina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. CD.: SINTOMÁTICOS SEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO. LIBERADO PARA INTERNAÇÃO PELA ORTOPEDIA, SOLICITAR REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA SE NECESSÁRIO.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

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

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

Diluir

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

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

Medico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PB 11385

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986292248
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		CNS 166045443550903	Prontuário
Endereço Argélia, 136	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO SOARES DE LIMA	Nº Cons. Regional 2170/PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 25/06/2019 21:56:19	

ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO (ALCOOLIZADO); TEVE TRAUMATISMO NA CABEÇA E FACE (FOC NA REGIÃO TEMPORAL D), OTORRAGIA D E PROVÁVEL FRATURA DE CLAVÍCULA E, ALEM DE ALGUMAS ABRASÕES EM EXTREMIDADES, NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS; CONDUTA: 1. TC DE CRÂNIO/ FACE; RX DE COLUNA CERVICAL TORAX/ CLAVÍCULA E; 2. PARECER DA NCR/ B.M.F./ ORTO; 3. ANALGESIA;

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S);

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

LEONARDO SOARES DE LIMA
(2170/PB)



Cruz Vermelha Brasileira



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
NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Data de nascimento
16/07/1991

Idade

27a 11m 10d

Mãe
ZULEIDE TEODOSIO PESSOA

Endereço
Argélia, 136

Acidente
MOTO X MOTO

Data/Hora Classificação
25/06/2019 21:27:01

BAE
1172929
Sexo
Masculino

Bairro
Indústrias

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
25/06/2019 21:27:01
CNS
166045443550003

Município
JOAO PESSOA
Profissional
TOMAS CATAO MONTE RASO
Data/Hora Prescrição
25/06/2019 23:43:55

Data Baixa
Telefone de Contato
(83) 986292248
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
7742/PB

ANAMNESE

INCIR## PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO. TCE, SEM PERDA DA CONSCIENCIA E SEM VOMITOS. REG. CONFUSO E DESORIENTADO ECG 14, AGITADO SEM DEFICITS SEM CERVICALGIA TC DE CRANIO: FRATURA DO TETO DA ORBITA E FRONTAL A DIREITA, ESTA SEM DESALINHAMENTO PEQUENA CONTUSÃO FRONTAL A DIREITA TC COL CERVICAL SEM FRATURAS/LISTESE CD: OBS NUEROLÓGICA

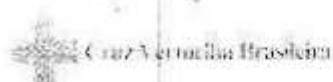
Conduta

Em observação

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Tomas Catão Monte Raso
Neurocirurgia
CRM/PB 7742
TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55



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 NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986292248
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		CNS 166043443550003	Procedimento
Endereço Argêlia, 136	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 26/06/2019 00:00:38	

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR EM OMBRO ESQUERDO SME OUTRAS QUEIXAS EM MMII
ON EXAMISS ADM DE OMBRO ESQUERDO LIMITADA RX COM FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA SOLICITO IMOBILIZAÇÃO + RX

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO S

Conduta

Em observação

Daniel Conserva Arruda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11134

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

Exatim registrado por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55

POSTO I A

Endereço: INTERNO, S/N., JOAO PESSOA - PB, 51111111

Tel:

CNES: 454546

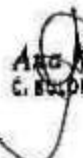
Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Saída
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988292248
Nome ZULEIDE TEODOSIO PESSOA		CHS 166045445560063	Profissão
Endereço Argêla, 100	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Atividade MOTO X MOTO	Atividade ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissão ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES	Nº Cons. Regional 5724/PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 26/06/2019 03:04:58	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM FACE. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, CONTACTUANTE, EUFÔNICO, CORADO. AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE EXTENSA ESCORIAÇÃO EM HEMIFACE D + FERIMENTO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO TEMPORAL D, AUSÊNCIA DE DEGRAU ÓSSEO PALPÁVEL EM FACE, OCLUSÃO ESTÁVEL, BOA ABERTURA BUCAL. TC DE FACE SEM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURAS DE FACE. CD. REALIZADA DERRIDAMENTO E SUTURA DE FERIMENTO + MEDICADO E ORIENTADO QUANTO ACUIDADOS. COBERTURA ANTITÉTANICA + ALTA DA BMF + SEGUIR EM OBSERVAÇÃO PELO NCR.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção


Ana Karina M. Tormes
C. B. OMAXILOFACIAL/DTM-DOF
5724

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
(CRG: 5724/PB)

Sistema desenvolvido por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
NATANAEL TEODOSIO PESSOA	1172929	25/06/2019 21:27:01	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
16/07/1991	Masculino	166045443550003	(83) 986292248
Mão			Prontuário
ZULEIDE TEODOSIO PESSOA			
Endereço	Bairro	Município	UF
Argêlla, 136	Indústrias	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	6028/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
25/06/2019 21:27:01		26/06/2019 16:13:11	

ANAMNESE

NCR ## PACIENTE DE 27 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TCE, ONTEM +/- 20H. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EVOLUI COM CEFALÉIA E TONTURA. ANT.: NEGA ALERGIAS. EF.: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGNTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lâmina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. TC COLUNA CERVICAL: Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais. Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual. Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações. Articulações interapofisárias de aspecto habitual. Não há sinais de hérnias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano. Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada. Forames de conjugação livres. CD.: SOL. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE. SINTOMÁTICOS.

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

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

Diluir

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

CUIDADOS

SSVV + CCGG

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

COLAR CERVICAL

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Conduta

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente NATANAEL TEODOSIO PESSOA	BAE 1172929	Data/Hora Entrada 25/06/2019 21:27:01	Data Baixa
Data de nascimento 16/07/1991	Idade 27a 11m 10d	Sexo Masculino	CNS 166045443550003
Mãe ZULEIDE TEODOSIO PESSOA			Telefone de Contato (83) 986292248
Endereço Argélia, 136	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	UF PB
Data/Hora Classificação 25/06/2019 21:27:01		Data/Hora Prescrição 26/06/2019 18:35:02	Nº Cons. Regional 6028/PB

HISTÓRICO

VCR ## PACIENTE DE 27 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TCE, ONTEM +/- 20H. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EVOLUI COM CEFALÉIA E TONTURA. ANT.: NEGA ALERGIAS. EF.: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lâmina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. TC COLUNA CERVICAL: Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais. Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual. Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações. Articulações interapofisárias de aspecto habitual. Não há sinais de hêmias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano. Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada. Forames de conjugação livres. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. Fratura do osso frontal direito e da lâmina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados. CD.: SINTOMÁTICOS SEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO. LIBERADO PARA INTERNAÇÃO PELA ORTOPEDIA. SOLICITAR REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA SE NECESSÁRIO.

Conduta

Em observação

NATANAEL TEODOSIO PESSOA


LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(CRM: 6028/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 25/06/2019 21:27:55



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

Número: _____

Prontuário: 7772929

Paciente: Matheus Frederico Pessoa

Data: 28/06/19

Procedimento: Tr. Fratura de clavícula

Reposição: _____

SUS: (☒) Não SUS: (☐)

Médico: Dr. Rômulo + Dr. Jansen R + Dr. Tammara

DISPENSÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
<u>Ortholite</u>	<u>Placa de reconstrução ob. pura</u>	<u>01</u>
	<u>Paraf. cort. n.º 14</u>	<u>02</u>
	<u>2 7 n.º 16</u>	<u>03</u>
	<u>2 3 n.º 18</u>	<u>01</u>
	<u>Obs. foi aberta 2x 3.5 tuc. mais,</u>	
	<u>mas foi usada.</u>	

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
<u>adoca</u>	<u>Agulha de Bloco 19-50</u>	<u>01</u>

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Yanderson A. de

ASSINATURA EM FARMÁCIA - COREN

M^a da Guia Aciole de C. Lima
COREN-PB 56904-ENF



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HCT SUL

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Natanael Teodoro Pessoa

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7772929

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

1 / 1

9 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

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 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

• Arguição de Placa 14-50-01 } Placa. de Manutenção
ex-3-5-orthobv. } 06. dias 01
Parab. cont. n° 14-02
" " n° 16-03
" " n° 18-01

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

Dr. Jansen Henriques
CRM/PA 11385

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: NATANAEL TEODOSIO PESSOA BE/PRONTUÁRIO
IDADE: SEXO: MASC COR: DATA: 28/6/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: FRATURA CLAVÍCULA ESQ
CIRURGIÃO: DR RENNÁ 1º ASS: DR TAMMER
2º ASS: MR1 JANSEN 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CODIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO	

IDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA
☐ RESIDÊNCIA

☐ UTI/UTI INTENSIVA☐ OBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Méico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PA 11385

DATA: 28/6/2019



CRISTINA
M. V. SILVA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

INCISÃO DA PELE

DISSECAÇÃO POR PLANOS

CUIDADOS COM A HEMOSTASIA

Achados:

FRATURADA CLAVICULA ESQUERDA

Conduta:

REDUÇÃO CIRÚRGICA

FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO

LIMPEZA COM SF0,5%

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

TRATIVOS ESTEREIS

Observação:

Mé. G. S/CRM:

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PA 11385

João Pessoa,

28/6/2019

27 17F 2929

177299
Fractura de clavícula E
Dr. Rinnig + Dr. Jansen R + Dr. Tamm
sidad + ploguio
Dr. G. J. Th. v. d. ...

28-06-19 8:40 9:20 am 10:30

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
1	ALCOOL 70%	LITRO	1,50	1,50
1	ALCOOL 90%	LITRO	2,00	2,00
1	ALCOOL 100%	LITRO	2,50	2,50
1	ALCOOL 120%	LITRO	3,00	3,00
1	ALCOOL 150%	LITRO	3,50	3,50
1	ALCOOL 200%	LITRO	4,00	4,00
1	ALCOOL 250%	LITRO	4,50	4,50
1	ALCOOL 300%	LITRO	5,00	5,00
1	ALCOOL 350%	LITRO	5,50	5,50
1	ALCOOL 400%	LITRO	6,00	6,00
1	ALCOOL 450%	LITRO	6,50	6,50
1	ALCOOL 500%	LITRO	7,00	7,00
1	ALCOOL 550%	LITRO	7,50	7,50
1	ALCOOL 600%	LITRO	8,00	8,00
1	ALCOOL 650%	LITRO	8,50	8,50
1	ALCOOL 700%	LITRO	9,00	9,00
1	ALCOOL 750%	LITRO	9,50	9,50
1	ALCOOL 800%	LITRO	10,00	10,00
1	ALCOOL 850%	LITRO	10,50	10,50
1	ALCOOL 900%	LITRO	11,00	11,00
1	ALCOOL 950%	LITRO	11,50	11,50
1	ALCOOL 1000%	LITRO	12,00	12,00
1	ALCOOL 1050%	LITRO	12,50	12,50
1	ALCOOL 1100%	LITRO	13,00	13,00
1	ALCOOL 1150%	LITRO	13,50	13,50
1	ALCOOL 1200%	LITRO	14,00	14,00
1	ALCOOL 1250%	LITRO	14,50	14,50
1	ALCOOL 1300%	LITRO	15,00	15,00
1	ALCOOL 1350%	LITRO	15,50	15,50
1	ALCOOL 1400%	LITRO	16,00	16,00
1	ALCOOL 1450%	LITRO	16,50	16,50
1	ALCOOL 1500%	LITRO	17,00	17,00
1	ALCOOL 1550%	LITRO	17,50	17,50
1	ALCOOL 1600%	LITRO	18,00	18,00
1	ALCOOL 1650%	LITRO	18,50	18,50
1	ALCOOL 1700%	LITRO	19,00	19,00
1	ALCOOL 1750%	LITRO	19,50	19,50
1	ALCOOL 1800%	LITRO	20,00	20,00
1	ALCOOL 1850%	LITRO	20,50	20,50
1	ALCOOL 1900%	LITRO	21,00	21,00
1	ALCOOL 1950%	LITRO	21,50	21,50
1	ALCOOL 2000%	LITRO	22,00	22,00
1	ALCOOL 2050%	LITRO	22,50	22,50
1	ALCOOL 2100%	LITRO	23,00	23,00
1	ALCOOL 2150%	LITRO	23,50	23,50
1	ALCOOL 2200%	LITRO	24,00	24,00
1	ALCOOL 2250%	LITRO	24,50	24,50
1	ALCOOL 2300%	LITRO	25,00	25,00
1	ALCOOL 2350%	LITRO	25,50	25,50
1	ALCOOL 2400%	LITRO	26,00	26,00
1	ALCOOL 2450%	LITRO	26,50	26,50
1	ALCOOL 2500%	LITRO	27,00	27,00
1	ALCOOL 2550%	LITRO	27,50	27,50
1	ALCOOL 2600%	LITRO	28,00	28,00
1	ALCOOL 2650%	LITRO	28,50	28,50
1	ALCOOL 2700%	LITRO	29,00	29,00
1	ALCOOL 2750%	LITRO	29,50	29,50
1	ALCOOL 2800%	LITRO	30,00	30,00
1	ALCOOL 2850%	LITRO	30,50	30,50
1	ALCOOL 2900%	LITRO	31,00	31,00
1	ALCOOL 2950%	LITRO	31,50	31,50
1	ALCOOL 3000%	LITRO	32,00	32,00
1	ALCOOL 3050%	LITRO	32,50	32,50
1	ALCOOL 3100%	LITRO	33,00	33,00
1	ALCOOL 3150%	LITRO	33,50	33,50
1	ALCOOL 3200%	LITRO	34,00	34,00
1	ALCOOL 3250%	LITRO	34,50	34,50
1	ALCOOL 3300%	LITRO	35,00	35,00
1	ALCOOL 3350%	LITRO	35,50	35,50
1	ALCOOL 3400%	LITRO	36,00	36,00
1	ALCOOL 3450%	LITRO	36,50	36,50
1	ALCOOL 3500%	LITRO	37,00	37,00
1	ALCOOL 3550%	LITRO	37,50	37,50
1	ALCOOL 3600%	LITRO	38,00	38,00
1	ALCOOL 3650%	LITRO	38,50	38,50
1	ALCOOL 3700%	LITRO	39,00	39,00
1	ALCOOL 3750%	LITRO	39,50	39,50
1	ALCOOL 3800%	LITRO	40,00	40,00
1	ALCOOL 3850%	LITRO	40,50	40,50
1	ALCOOL 3900%	LITRO	41,00	41,00
1	ALCOOL 3950%	LITRO	41,50	41,50
1	ALCOOL 4000%	LITRO	42,00	42,00
1	ALCOOL 4050%	LITRO	42,50	42,50
1	ALCOOL 4100%	LITRO	43,00	43,00
1	ALCOOL 4150%	LITRO	43,50	43,50
1	ALCOOL 4200%	LITRO	44,00	44,00
1	ALCOOL 4250%	LITRO	44,50	44,50
1	ALCOOL 4300%	LITRO	45,00	45,00
1	ALCOOL 4350%	LITRO	45,50	45,50
1	ALCOOL 4400%	LITRO	46,00	46,00
1	ALCOOL 4450%	LITRO	46,50	46,50
1	ALCOOL 4500%	LITRO	47,00	47,00
1	ALCOOL 4550%	LITRO	47,50	47,50
1	ALCOOL 4600%	LITRO	48,00	48,00
1	ALCOOL 4650%	LITRO	48,50	48,50
1	ALCOOL 4700%	LITRO	49,00	49,00
1	ALCOOL 4750%	LITRO	49,50	49,50
1	ALCOOL 4800%	LITRO	50,00	50,00
1	ALCOOL 4850%	LITRO	50,50	50,50
1	ALCOOL 4900%	LITRO	51,00	51,00
1	ALCOOL 4950%	LITRO	51,50	51,50
1	ALCOOL 5000%	LITRO	52,00	52,00
1	ALCOOL 5050%	LITRO	52,50	52,50
1	ALCOOL 5100%	LITRO	53,00	53,00
1	ALCOOL 5150%	LITRO	53,50	53,50
1	ALCOOL 5200%	LITRO	54,00	54,00
1	ALCOOL 5250%	LITRO	54,50	54,50
1	ALCOOL 5300%	LITRO	55,00	55,00
1	ALCOOL 5350%	LITRO	55,50	55,50
1	ALCOOL 5400%	LITRO	56,00	56,00
1	ALCOOL 5450%	LITRO	56,50	56,50
1	ALCOOL 5500%	LITRO	57,00	57,00
1	ALCOOL 5550%	LITRO	57,50	57,50
1	ALCOOL 5600%	LITRO	58,00	58,00
1	ALCOOL 5650%	LITRO	58,50	58,50
1	ALCOOL 5700%	LITRO	59,00	59,00
1	ALCOOL 5750%	LITRO	59,50	59,50
1	ALCOOL 5800%	LITRO	60,00	60,00
1	ALCOOL 5850%	LITRO	60,50	60,50
1	ALCOOL 5900%	LITRO	61,00	61,00
1	ALCOOL 5950%	LITRO	61,50	61,50
1	ALCOOL 6000%	LITRO	62,00	62,00
1	ALCOOL 6050%	LITRO	62,50	62,50
1	ALCOOL 6100%	LITRO	63,00	63,00
1	ALCOOL 6150%	LITRO	63,50	63,50
1	ALCOOL 6200%	LITRO	64,00	64,00
1	ALCOOL 6250%	LITRO	64,50	64,50
1	ALCOOL 6300%	LITRO	65,00	65,00
1	ALCOOL 6350%	LITRO	65,50	65,50
1	ALCOOL 6400%	LITRO	66,00	66,00
1	ALCOOL 6450%	LITRO	66,50	66,50
1	ALCOOL 6500%	LITRO	67,00	67,00
1	ALCOOL 6550%	LITRO	67,50	67,50
1	ALCOOL 6600%	LITRO	68,00	68,00
1	ALCOOL 6650%	LITRO	68,50	68,50
1	ALCOOL 6700%	LITRO	69,00	69,00
1	ALCOOL 6750%	LITRO	69,50	69,50
1	ALCOOL 6800%	LITRO	70,00	70,00
1	ALCOOL 6850%	LITRO	70,50	70,50
1	ALCOOL 6900%	LITRO	71,00	71,00
1	ALCOOL 6950%	LITRO	71,50	71,50
1	ALCOOL 7000%	LITRO	72,00	72,00
1	ALCOOL 7050%	LITRO	72,50	72,50
1	ALCOOL 7100%	LITRO	73,00	73,00
1	ALCOOL 7150%	LITRO	73,50	73,50
1	ALCOOL 7200%	LITRO	74,00	74,00
1	ALCOOL 7250%	LITRO	74,50	74,50
1	ALCOOL 7300%	LITRO	75,00	75,00
1	ALCOOL 7350%	LITRO	75,50	75,50
1	ALCOOL 7400%	LITRO	76,00	76,00
1	ALCOOL 7450%	LITRO	76,50	76,50
1	ALCOOL 7500%	LITRO	77,00	77,00
1	ALCOOL 7550%	LITRO	77,50	77,50
1	ALCOOL 7600%	LITRO	78,00	78,00
1	ALCOOL 7650%	LITRO	78,50	78,50
1	ALCOOL 7700%	LITRO	79,00	79,00
1	ALCOOL 7750%	LITRO	79,50	79,50
1	ALCOOL 7800%	LITRO	80,00	80,00
1	ALCOOL 7850%	LITRO	80,50	80,50
1	ALCOOL 7900%	LITRO	81,00	81,00
1	ALCOOL 7950%	LITRO	81,50	81,50
1	ALCOOL 8000%	LITRO	82,00	82,00
1	ALCOOL 8050%	LITRO	82,50	82,50
1	ALCOOL 8100%	LITRO	83,00	83,00
1	ALCOOL 8150%	LITRO	83,50	83,50
1	ALCOOL 8200%	LITRO	84,00	84,00
1	ALCOOL 8250%	LITRO	84,50	84,50
1	ALCOOL 8300%	LITRO	85,00	85,00
1	ALCOOL 8350%	LITRO	85,50	85,50
1	ALCOOL 8400%	LITRO	86,00	86,00
1	ALCOOL 8450%	LITRO	86,50	86,50
1	ALCOOL 8500%	LITRO	87,00	87,00
1	ALCOOL 8550%	LITRO	87,50	87,50
1	ALCOOL 8600%	LITRO	88,00	88,00
1	ALCOOL 8650%	LITRO	88,50	88,50
1	ALCOOL 8700%	LITRO	89,00	89,00
1	ALCOOL 8750%	LITRO	89,50	89,50
1	ALCOOL 8800%	LITRO	90,00	90,00
1	ALCOOL 8850%	LITRO	90,50	90,50
1	ALCOOL 8900%	LITRO	91,00	91,00
1	ALCOOL 8950%	LITRO	91,50	91,50
1	ALCOOL 9000%	LITRO	92,00	92,00
1	ALCOOL 9050%	LITRO	92,50	92,50
1	ALCOOL 9100%	LITRO	93,00	93,00
1	ALCOOL 9150%	LITRO	93,50	93,50
1	ALCOOL 9200%	LITRO	94,00	94,00
1	ALCOOL 9250%	LITRO	94,50	94,50
1	ALCOOL 9300%	LITRO	95,00	95,00
1	ALCOOL 9350%	LITRO	95,50	95,50
1	ALCOOL 9400%	LITRO	96,00	96,00
1	ALCOOL 9450%	LITRO	96,50	96,50
1	ALCOOL 9500%	LITRO	97,00	97,00
1	ALCOOL 9550%	LITRO	97,50	97,50
1	ALCOOL 9600%	LITRO	98,00	98,00
1	ALCOOL 9650%	LITRO	98,50	98,50
1	ALCOOL 9700%	LITRO	99,00	99,00
1	ALCOOL 9750%	LITRO	99,50	99,50
1	ALCOOL 9800%	LITRO	100,00	100,00
1	ALCOOL 9850%	LITRO	100,50	100,50
1	ALCOOL 9900%	LITRO	101,00	101,00
1	ALCOOL 9950%	LITRO	101,50	101,50
1	ALCOOL 10000%	LITRO	102,00	102,00



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932171256

Data Nasc: 16/07/1991 - 27 anos

Paciente: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Data Exame: 25/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

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

Análise:

Exame realizado em caráter de urgência para avaliação de paciente vítima de trauma.

Bom alinhamento dos corpos vertebrais e espaços discais.

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interapofisárias de aspecto habitual.

Não há sinais de hérnias discais pós-traumáticas significativas que reduzam a amplitude do canal raquiano.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Forames de conjugação livres.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

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

Este laudo foi liberado em 26/06/2019 10:24.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932171256

Data Nasc: 16/07/1991 - 27 anos

Paciente: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

Data Exame: 25/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura do osso frontal direito e da lamina papiracea deste lado, com hemossinus etmoidal e hematoma subgaleal associados.

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

Este laudo foi liberado em 26/06/2019 10:18.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB



Exemplar 50.439

Nome: NATANAEL TEODOSIO PESSOA		Número Prontoário: 116589	
Data de Nascimento: 16/07/1991	Sexo: Masculino	Data de Internação: 28/06/2019 19:51:04	Data de Alta: 29/06/2019 09:51:00
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=PCT SUGERIDO A TITO CIRURGICO (PCT) - CONDUTA DE CLAVICULA; DIA 28/06 POR DR RENNA + DR TAMMER.			
Resumo da internação: resumointernacao=EVOLUÇÃO INTERNAÇÃO 28/06/19 (CIRURGIA) - ALTA MÉDICA 29/06/19			
Resultado de Exames: resultadoExames=RADIOGRAFIA REVELA DE OSTEOSSÍNTESE DE CLAVÍCULA			
Tratamento: tratamento=OSTEOSSÍNTESE DE CLAVÍCULA			
Diagnóstico: S42.0 - Fratura da clavícula			
Recomendações: recomendacoes = FARMACOTERAPIA COM PARACETAMOL E ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDES PARA DOR ANAGRAMA DO PACIENTE EM CASO DE FÉBRE POR INFECÇÃO			

Date: 2-12-26 10

LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
CRM: 5960 - PB

Recetário

Pharmacokinetics: 734-737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 146

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

Figure 1. The effect of the concentration of the solution on the adsorption of the dye.

For the purpose of this study, the following hypotheses were formulated:

54 22529

ENCAMINHAMENTO AO HTOP
RETORNO COM 7 DIAS

FOR SORRENTO + TIT. CINEFOTO (MAG. STORICISTESE E L. CLAVIERE) + FOR 197
RENNA + DR TAMMER

Dr. LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
5960/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

R

Part 4: NATURAL THEROSCLEROSIS

[illegible]

ENCAMINHAMENTO AO HTOP
RETORNO COM 7 DIAS

POSTULANTE TIPO A TITO CIRURGICO E
RENNI + DR TAMMER

Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de E
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro

HEETSHL - Hospital Estadual de E

HEETSHL - Hospital Estadual de E
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro

USO ORAL

CEFALDROXILA 500 --- 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

PROFENID 100 --- 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12H POR 7 DIAS

1.000
2000
3000
4000
5000
6000
7000
8000
9000
10000

Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de E
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro

8

HEETSHI, - Hospital Estadual de E
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro

Receituário

Paciente: NATANAEL DE OLIVEIRA GONÇALVES

Idade: 27

Data: 26/06/2019

Local: HEETSHL

Profissional: Dr. Leopoldo Viana

Assinatura: [Assinatura]

ATESTADO MEDICO

ATESTADO PARA OBTENÇÃO DE PASSAGEM PARA O EXTERIO, PACIENTE SUBMETIDO DEU ENTRADA
NESTE SERVIÇO NO DIA 26/06/19 E OBTIVERÁ PERMANECER ATAS ADQUIRIR SUAS
ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS

CID Z54/S42

Leopoldo Viana
Médico - Fisiologia
CRM: 83300/9530

Dr. LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
5960/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

R

Paciente: NATANAEL DE OLIVEIRA GONÇALVES

Data: 26/06/2019

ATESTADO MEDICO

ATESTADO PARA OBTENÇÃO DE PASSAGEM PARA O EXTERIO, PACIENTE SUBMETIDO DEU ENTRADA
NESTE SERVIÇO NO DIA 26/06/19 E OBTIVERÁ PERMANECER ATAS ADQUIRIR SUAS
ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS

CID Z54/S42

Dr.

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QSF6180

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: *****

Placa: QSF6180

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 125I FAN

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2018

Ano Modelo: 2018

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: PRETA

Vencimento Licenciamento: 30/12/2019

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: JOAO PESSOA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 18/12/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB N°

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA COLENTAM R.T.S. EXERCÍCIO
2018

NOME / ENDEREÇO

-CHAVE-

PLACA

QSF6180

PLACA ANT./UF

PLACA

ESPÉCIE / TIPO

PASSA / MOTOCICLET

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125I FAN

ANO FAB

2018

ANO MOD

2018

CAP/POT/ICE

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

PARTICULAR PRETA

I
P
V
A

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

1º

30/12/2019

PAGA/PVLA

PARCELAMENTO/COTAS

2º

3º

PRÊMIO LICENCIAMENTO

COTAS

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

ALIENACAO FIDUCIARIA

LOCAL

JOAO PESSOA

DATA

18/12/2019



- IDENTIFICAÇÃO -

VÍTIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☐ 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, INFIRMAÇÃO DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO, TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA (SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (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

- ☐ 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 (ORIGINAL) 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\$ 100.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 100.000,00
 - DESPESAS MÉDICAS = R\$ 10.000,00
 - DESPESAS COM OBITÓRIO = R\$ 10.000,00
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTANDO A PARTIR DO DIA DA RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER ADICIONADAS OUTRAS DESPESAS LISTADAS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO APRESENTAR O FORMULÁRIO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS, GRATUITO, EM TODAS AS AGÊNCIAS DA SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027045 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) PGS 9,13,14
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

**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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027045 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) PGS 9,13,14
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

**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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022984/20

Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

CPF: 104.329.774-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NATANAEL TEODOSIO PESSOA : 104.329.774-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: NATANAEL TEODOSIO PESSOA
CPF: 104.329.774-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022984/20

Vítima: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

CPF: 104.329.774-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NATANAEL TEODOSIO PESSOA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NATANAEL TEODOSIO PESSOA : 104.329.774-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: NATANAEL TEODOSIO PESSOA
CPF: 104.329.774-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATANAEL TEODOSIO PESSOA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA