



28/08/2020

Número: **0803198-28.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **19/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TEREZA MARCELINO DA CUNHA (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33728072	28/08/2020 14:15	2746187_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200023038

Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TEREZA MARCELINO DA CUNHA

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

Carta nº 15375402





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

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200023038 Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Data do Acidente: 27/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TEREZA MARCELINO DA CUNHA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
--	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00023/00024 - carta_03 - INVALIDEZ

00070012



Carta nº 15375934





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

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200023038

Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TEREZA MARCELINO DA CUNHA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **TEREZA MARCELINO DA CUNHA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000002108-3**

Conta: **00000506283-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01933/01934 - carta_15R - INVALIDEZ





9 e.g.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00005.01.2020.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00005.01.2020.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 14:07 horas do dia 07 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Josinéria Cunha dos Santos**, CPF nº 676.054.434-04, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero feminino, profissão Assistente Social, filho(a) de Terezinha Marcelino Cunha e Adelson Antonio dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/04/1967 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Roberto Carlos Pessoa, Nº 68, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Armazém Paraíba, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99824-4491.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Br 230 Próximo Atacadão, João Pessoa/PB, bairro José Américo; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 27/09/19 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE a comunicante/declarante, relata que a sua filha JULIANARIA ROBERTA DOS SANTOS PEREIRA, portador do CPF 701.634.194-18, Rg 402323 SSDS/PB, CNH 06384269051, categoria "B", condizia o veículo/caminhoneta, marca e modelo: RENAULT/DUSTER, ano e modelo: 2013 de cor branca, placa: OGA3345/PB, chassi: 93YHSR2L6DJ678957, registrado em nome de Clóvis de Almeida da Silva, CPF :054.157.794-85; QUE segundo a comunicante declarante a sua filha conduzia o veículo acima citado quando um veículo que seguia a frente parou de repente sem se quer sinalizar, fazendo com que a sua filha viesse a colidir na traseira desse carro, não sabendo especificar a marca e modelo nem condutor, apenas relata que a sua mãe TEREZA MARCELINO DA CUNHA, portador do CPF 395.301.324-68, que vinha de carona, após a freiada brusca veio a se machucar; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 28/11/2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por ambulância; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S42,2

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

Procedimento Policial: 00005.01.2020.1.00.420



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



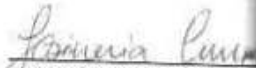
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Segu


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB,


JOSINERIA CUNHA D.
Noticiante

Procedimento Policial: 00005.01





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: 395.301.324-68 4 - Nome completo da vítima: TEREZA MANEIRINO DA CUNHA

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

5 - Nome completo: TEREZA MANEIRINO DA CUNHA 6 - CPF: 395.301.324-68
7 - Profissão: RUA 8 - Endereço: RUA ROBERTO CARLOS PESSOA 9 - Número: 168 10 - Complemento: BEISEL
11 - Bairro: BEISEL 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58075-110
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98708-8728

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
SEM RENDA

R\$1.000,00 A R\$1.000,00
R\$1.001,00 A R\$2.500,00

R\$2.501,00 A R\$5.000,00
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: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 nascer ou viveu?

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 aqueles 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

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,

JOÃO PESSOA, 13 de Janeiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:15:56

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814155651300000032272146

Número do documento: 20082814155651300000032272146

Num. 33728072 - Pág. 8



9 e.g.





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: 395.301.324-68 4 - Nome completo da vítima: TEREZA MAMEIRINO DA CUNHA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: TEREZA MAMEIRINO DA CUNHA 6 - CPF: 395.301.324-68
7 - Profissão: MEUSE 8 - Endereço: RUA ROBERTO CARLOS PESSOA 9 - Número: 168 10 - Complemento: BEISEL
11 - Bairro: BEISEL 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58075-110
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98708-8728

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: ☒ RECURSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: BRADESCO

AGÊNCIA: [] [] CONTA: [] [] AGÊNCIA: 2108 [] [] CONTA: 506283 [] []
(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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 nasoturo (vel nasoturo)? 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 a aqueles 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

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, JOÃO PESSOA, 13 de Janeiro de 2020

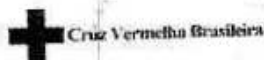
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1111533



Identificação do paciente			
ID 1330380	Nome TEREZA MARCELINO DA CUNHA	Sexo Feminino	Prontuário
Data de nascimento 08/08/1930	Idade 88 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião
Mãe EUDOCIA IDALINO DA CONCEICAO	Pai MARCELINO PEREIRA DA CUNHA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JOSINERIA CUNHA DOS SANTOS - FILHO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988244491	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1029557	Nº Cns 20611516653005	
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB	
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58088570	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSE NOVAIS
Número 219	Complemento	Bairro OTIZEIRO	
Admissão			
Data e Hora 27/09/2018 21:36:48	Número da pulseira 1000006683022	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA			Tempo 10seg

Imprimir

27/09/2018 21:3





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE TEREZA MARCELINO DA CUNHA

DADOS DE NASCIMENTO 08/08/30

NOME DA MÃE EUDÓCIA IDALINA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.111.533

Nº PRONTUÁRIO 11.322

DATA DO ATENDIMENTO 27/09/19

HORA DO ATENDIMENTO 21:36

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO D

CID 10 S 42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente idosa deu entrada neste hospital vítima de acidente de automóvel (colisão carro x carro), encaminhada do Ortopedia, apresentando dor em braço D + limitação dos movimentos, para tratamento cirúrgico conforme pactuação, Glasgow 15. Avaliada pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do ombro D
RX do ombro D - AP e Oblíquo
RX do tórax - AP

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade superior do úmero D à TC e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Tibirica Medeiros e Dr. Everton Silveira da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 17/10/19

DATA DA EMISSÃO: 28/11/19

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000506283-7

Nr. Autenticação

BRADESCO3001202005000000000023702108000000506283168750 PAGO



FRANCISCO LEONARDO SOARES DE MELO
RUA ROBERTO CARLOS PESSOA, 188 - GEL
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58075-110 (AO-3)

Energisa

Lugar: MONOFÁSICO
Classe: RESMTC BI/RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Roteiro: 13-2-780-888 Referência: 04/2019
Medidor: 6008273/33 Emissão: 28/10/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 25 - Cristóvão Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-880
CNPJ: 06.906.189/0001-49 Ins: ENE 16.746.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: 038.423.423
Cód. para Emissão Automática: 0010191919

Out/2019

29/10/2019

28/11/2019

338.423.423-72

100% ENE

Sabotagem grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Data	Leitura	Data	Leitura		
27/09/18	4582	28/10/18	4700		118
Consumo em kWh					
0001	Consumo em kWh	118,18	118,18	27	21,81
0001	Adc. E. Vermelha	0,78	0,78	27	0,78
0001	Adc. B. Amarela	2,53	2,53	27	0,80
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0007	CONTRIB. DE VILUM PÚBLICA	4,28	0,00	0	0,00
0004	JUROS DE MORADIA/2018	0,82	0,00	0	0,00
0005	MULTA DE 2018	2,62	0,00	0	0,00
0001	REST. BANDO AMAR. RESIDENCIAL 28/2019	-0,03	0,00	0	0,00
TOTAL					
CCT Código de Classificação do Consumo		133,18	133,18	32,81	123,36
Tarifa de Tabela		0,545406			1,02

05/11/2019

R\$ 130,19

RESERVADO AO FISCO

b10c. acc5.3ac4.12ef.2a59.a53d.4a7e.2bda.

Composição do Consumo			
Discriminação	Valor (R\$)	%	
Serviço de Dist. de Energia Elétrica	31,63	24,45	
Consumo de Energia	41,32	32,10	
Serviço de Transformação	4,79	3,93	
Encargos Setoriais	4,95	3,85	
Encargos Gerais e Encargos	49,25	38,15	
Outros Serviços	0,00	0,00	
Total	130,22	100,00	

Valor de ENEO (Ref. 9/2019) R\$ 42,47

BANCO DO BRASIL

PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244008 07221.741171 5 80840000013019

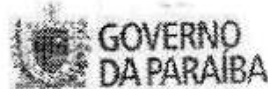
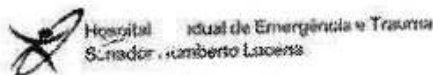
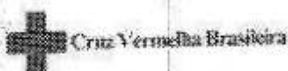
PAGADOR FRANCISCO LEONARDO SOARES DE MELO - CPF/CNPJ 158.423.534-72
RUA ROBERTO CARLOS PESSOA, 188 - GEL - JOÃO PESSOA/PB CEP: 58075-110

Nosso Nr	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
3150244007221741	000526195201910	05/11/2019	R\$ 130,19	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A. CNPJ: 06.906.189/0001-49
Br 230, Km 25 - Cristóvão Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-880

Agência / Código do beneficiário: 3034-3/2447-3





AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente TEREZA MARCELINO DA CUNHA	BAE 1111533	Data/Hora Entrada 27/09/2018 21:36:48	Data Baixa
Data de nascimento 08/08/1930	Idade 88a 1m 20d	Sexo Feminino	CNS 206115160530005
Mãe EUDOCIA IDALINO DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 988244491
Endereço JOSÉ NOVAIS, 219	Bairro CITIZEIRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X VEICULO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVELO	Profissional JOSE RODRIGUES ZORRILLA NETO	Nº Cons. Regional 9390/PB
Data/Hora Classificação 27/09/2018 21:36:48		Data/Hora Prescrição 27/09/2018 21:56:52	Prontuário

Anamnese

AUMA EM OMBRO DIREITO

RX: FRATURA DE UMEROS PROXIMAL

CD: INTERNAMENTO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

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

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

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

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

Diluir

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

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

Diluir

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

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS



FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA

CREATININA

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

Conduta

Manter Paciente

Dr. José Rodrigues Zorrilla Neto
Clínica do Sono
CRM: 9380

TEREZA MARCELINO DA CUNHA

JOSE RODRIGUES ZORRILLA NETO
(CRM: 9380/PB)



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

1111533

Nome do paciente

Thiago Marcelino da Cunha

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
13.10.18	12h	# ANESTESIOLOGIA 4
		Poi Tratamento Cirurgico de Fratura distal de
		proprioal Direito.
		Paciente 38an, submetida a cirurgia ortopédica,
		admitida na UPA às 11:55, em estado de consciência em
		UTI sob sedação leve PA: 140 x 100 mmHg / FC: 105 bpm / SatO ₂ : 96%
		AP: MV 6 em bons, estresse vital em bons
		ACV: sem alterações
		Diapiricos isocotais, midriases e fotoreceptores
		Ed: Solicito Radiografia de tórax AP
		Exames laboratoriais + Gaseometria arterial
		Hemograma realizado.
		Furosemida 40mg
		Glucosado de Ca ²⁺ 2amp.
		Sonda biliar e de drenagem

Thiago
28/10/2018
14:15:56

F(NG)ENF018-1





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 09/10/2018 16:55:09

Paciente TEREZA MARCELINO DA CUNHA		Boletim de Atendimento 1111533	Data/Hora Entrada 27/09/2018 21:36:48	Data/Hora Saída
Data de nascimento 08/08/1930	Idade 88	Sexo Feminino	CNS 206115166530005	Prontuário 111322
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 27/09/2018 21:36:48	Data Internação 27/09/2018 22:59:14	Permanência na Unidade: 5d 17h 53min		Permanência no Leito: 11d 19h 19min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 09/10/2018 16:54:56)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

CIRURGIA SUSPensa PELA ANESTESIA E PELA ORTOPEDIA POR AVANÇO DE HORÁRIO

CD: VPM

Seção: POSTO II - ENF 22 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Dra. Laiana Barreto
Médica
CNS: 206115166530005



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Paciente TEREZA MARCELINO DA CUNHA	Boletim de Atendimento 1111533	Data/Hora Entrada 27/09/2018 21:36:48
Data de nascimento 08/08/1930	Idade 88	Sexo Feminino
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS 206115166530005

EVOLUÇÃO MEDICA (ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - 30/09/2018 07:24:50)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

2º DIH: FRATURA ÚMERO PROXIMAL D.;
PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL; RISCO OK (GRAU II)
CD: AGUARDA EXAMES LABORATORIAIS;
OPME: PLACA BLOQUEADA TIPO PHILLUS
SOLICITADA EM 29.09.18.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 69130/CRM-PJE 17506
SBOT 169/4





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNS: 2458276 - Tel.: 8332165700

Paciente TEREZA MARCELINO DA CUNHA	Boletim de Atendimento 1111533	Data/Hora Entrada 27/09/2018 21:36:48
Data de nascimento 08/08/1930	Idade 88	Sexo Feminino
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS 206115166530005

EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 28/09/2018 08:02:42)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA DO UMERU PROXIMAL

AGUARDANDO EXAME LAB E RISCO CIRURGICO

Seção: AREA LARANJA - UDC A Leito: 0005

Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Dr. Luciano
Ortopedia



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:15:56

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814155651300000032272146>

Número do documento: 20082814155651300000032272146

 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 H. E. E. T. S. H. L. 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE H. E. E. T. S. H. L. 4 - CNES		
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE Tereza / Tereza Mangelino da Cunha 6 - N° DO PRONTUÁRIO 91111533 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO Masc ☐ 1 Fem ☒ 3 10 - TELEFONE DE CONTATO 11 - N° DO TELEFONE 12 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL 13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 15 - CDD - ISO MUNICÍPIO 16 - UF 17 - 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 INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - 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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO T.M.C - (1) Placa Bloqueada 9x3 Furos. Caixa Philips - Panaflex Cortical N°: 26 (01) N° 36 (01) 3.5 " Bloqueado N° 26 (02) N° 38 (03) N° 34 (01) Fio de Kirschner. (1.5/2.0/3.0) - 01 de cada (Como Guia)	
--	--

PROFISSIONAL SOLICITANTE		AUTORIZAÇÃO	
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 39 - DOCUMENTO 40 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 41 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO 43 - CDD ÓRGÃO EMISSOR 44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 45 - DOCUMENTO 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 47 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: **TEREZA MARCELINO DA CUNHA** BE/PRONTUÁRIO: **1111533**
IDADE: _____ SEXO: **FEM** COR: _____ DATA: **13/10/2018**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE Umero PROXIMAL DIREITO**

CIRURGIÃO: **DR TIBIRIÇA** 1º ASS: **DR EVERTON**
2º ASS: _____ 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO PLEXO BfHORÁRIO** INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE Umero PROXIMAL DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PROXIMAL DE Umero DIREITO	
COM PLACA PHILUS 9X3	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA _____ TERAPIA INTENSIVA
_____ RESIDÊNCIA _____ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____ DATA: **13/10/2018**

Dr. Tibirica Med. Cir. 13 OUT. 2018



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: **Tomeza Marcelino da Cunha**
 IDADE: **88** SEXO: **M** PRONTUÁRIO: **533** ENFERMARIA: **222** LEITO: **02**
 CIRURGIÃO: **Ttá Cu. de Fnatuna de Umeno Proximal (D)**
 CIRURGIÃO: **Tibinica + Eventon + Bruvo (R) Interno.**
 ANESTESIA: **Bloqueio + Geral.**
 ANESTESISTA: **Tiennes**
 INSTRUMENTADOR: **Eventon**
 DATA: **13/10/18** TEMPO CIRÚRGICO: **09:00** ANESTESIA INÍCIO: **10:40** CIRURGIA INÍCIO: **10:40**

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS				MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL				ELCO Nº 8			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA				ELCO Nº 20			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA				ELCO Nº 22			FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA				ELCO Nº 24			FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL				KIT SIST DREN TORACICA Nº			FIO DE NYLON Nº	2.0 r
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15			FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL		PVPi DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23			FIO POLIGLACTINA Nº	1 r
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPi TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO			FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVORUPIVACAÍNA C. VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVORUPIVACAÍNA S. VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR			FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C. VASO		AGULHA 13x4.5		LUVA ESTERIL Nº10			FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S. VASO		AGULHA 25x07		LUVA ESTERIL Nº13			FIO POLIOLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25x08		LUVA ESTERIL Nº10			FIO SEDA Nº	
NDRENA		AGULHA 40x12		LUVA ESTERIL Nº15			FITA CARDÍACA	
NIMBUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRURGICA			MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCLORON		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS			CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFLADOR DE SORO			CIMENTO CIRURGICO	
PROPURFOL		AGULHA RAQUI Nº20G		SCALP Nº19			CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUI Nº20G		SCALP Nº21			FIO DE KIRSCHNER Nº	15 (ol) 3.2 (ol)
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML			FIO DE KIRSCHNER Nº	2.0 (ol) (Guide)
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML			FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML			FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA DESSADA		SERINGA 30ML			GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAMENTOS				BOLSA P. COLÓSTOMIA			SONDA ASP TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA				CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº			SONDA ASP TRAQUEAL Nº10	
ÁGUA DESTILADA				CATETER DE OXIGENIO			SONDA ASP TRAQUEAL Nº12	
ATROPINA				CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº			SONDA ASP TRAQUEAL Nº14	
BENTRA				CATETER EPIDURAL Nº16			SONDA ASP TRAQUEAL Nº16	
CEFAZOLINA				CATETER EPIDURAL Nº17			SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DENAMPTASONA				CATETER EPIDURAL Nº18			SONDA NASOG. CURTA	
DIPIRONA SODICA				CERA PARA OSSO			SONDA NASOG. LONGA	
EFRDRINA				COLET. URINA FECHADO			SONDA URETRAL Nº	
FLIOSENIDA				COMPRESSAS CIRURGICAS			TORNEIRINHA	
GLICOSE 50%				COMPRESSAS CIRURGICAS			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
GLICONATO DE CÁLCIO				DRENO DE PENROSE			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
HIDROCORTISONA				DRENO DE SUCCÃO			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LIDOCAÍNA GELIDA				ELETRODOS			TUBO SILICONE (LATEX)	
ONDASENTRONA				EQUIPO MACROGOTAS				
PLASIL				EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE				EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMINA				ESPONJA DE PVPi				
TENOXICAN				ESPARADRAPO				
				GAZES				
				GAZES ALGODOADAS				
				GEL ELETROLITICO				
				IELCO Nº14				
				IELCO Nº15				

Assinatura: *Gilene Correia Alves*
 Nome: **Gilene Correia Alves**
 Função: **Téc. Enfermagem**
 Inscrição: **139.180**

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 13 10 18

PRONTUÁRIO: 11 14533

PACIENTE: <u>Leuga Marcelino da Cunha</u>		SEXO: <u>F</u>	COR: <u></u>	FRONTIÇÁRIO: <u>14 19533</u>	IDADE: <u>88a</u>
PRESSÃO ARTERIAL: <u>100 x 80</u>	PULSO: <u>90</u>	RESPIRAÇÃO: <u></u>	TEMPERATURA: <u></u>	PESO: <u></u>	GRUPO SANGÜÍNEO: <u></u>
ESTADO GERAL: <u>BOM</u> (X) <u>REGULAR</u> () <u>MAU</u> () <u>PÉSSIMO</u> ()		RISCO CIRÚRGICO: <u>BOM</u> (X) <u>REGULAR</u> () <u>MAU</u> () <u>PÉSSIMO</u> ()			
EXAMES COMPLEMENTARES: <u>VDM</u>					
AP. RESPIRATÓRIO: <u>supraco</u>		AP. CIRCULATÓRIO: <u>estável</u>			
AP. DIGESTIVO: <u>sem</u>		ESTADO MENTAL: <u>consciente</u>		DROGAS EM USO: <u>VDM</u>	
PRÉ-ANESTÉSICO: <u>MDZ 2mg</u>		ESTADO FÍSICO (ASA): <u>II</u>			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>fratura em úmero proximal direito</u>					
CIRURGIA REALIZADA: <u>fractura corrigida de úmero proximal direito</u>					
CIRURGIÃO: <u>Dr. Fábio</u>		AUXILIARES: <u></u>			
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>09:50</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA: <u></u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u></u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u></u>		QUANT. DE CH.: <u></u>		VALORES RS: <u></u>	
ANESTESISTA: <u>Dr. Lívio</u>		CPF: <u></u>		CRM-PB: <u></u>	

Thomas Kehrwald
 Médico
 CRM 1179

514
Tiemmes Kehrwald
MEDICO
CRM 7179

AGENTES-HORA	08:50	09:50	10:50
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

Handwritten notes on a grid background:

- Top left: $\frac{1}{2}$ and 500
- Bottom left: 500 and 500
- Center: 500 and 500
- Right side: 500 and 500

Hand-drawn graph showing the relationship between the number of individuals (N) and the number of species (S). The x-axis is labeled "Nº INDIV." and ranges from 0 to 200. The y-axis is labeled "Nº ESP." and ranges from 0 to 220. Two curves are plotted: a solid line labeled "URPA" and a dashed line labeled "URPA". Both curves show a rapid increase in the number of species as the number of individuals increases, eventually leveling off. The "URPA" curve is consistently higher than the dashed "URPA" curve.

[illegible]

☒ ANESTHESIA, GENERAL	☐ RAGUIDANA	☐ EPIDURAL	☒ BLOC, PLEXO	☐ BLOC NERVES	☐ OUTPAT
---	------------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	---------------------------------

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico

1	hidagdam 2 ima	11	Shedane Ol Fagid
---	----------------	----	------------------

² Lactoxina sem voce 1% 12 70mg Securus sang

4. Fluoxetine 20 mg

6 ~~Amoxicillin 2g~~ ~~Amoxicillin 2g~~ 15 ~~Amoxicillin 0.75mg~~

15	Dexametasona 10mg	1/10
----	-------------------	------

7 Ondansetrona 4 mg

[illegible][illegible]

monilizada, enrole em 156 y filco 186, punte com orelha, 425

di mulo adiguato con neuvale e mulo del, Imptato 2+3 - "Bucino"

1912-13 10-12-13 14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043

401 m^2 ± 10 , unsaturated clay, marlstone, shale, sandstone, limestone, etc.

Aspreng, G. A.

100-443887-1000

1. Kehl

100-443888-100



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:15:56 Num. 337

Número do documento: 20082814155651300000032272146





RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA EM CADEIRA DE PRAIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO DELTO PEITORAL
AVULSÃO, DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DE UMERÓ PROXIMAL DIREITO
Condução:
REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA SOB MANOBRAS DE REDUÇÃO
CURETAGEM DO FOCO DE FRATURA
FIXAÇÃO COM PLACA PHILUS 9X6 + 7 PARAFUSOS BLOQUEADOS + 1 CORTICAL
SOB AUXÍLIO DE RADIOESCOPIA
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
CUIDADOS COM A HEMOSTASIA
Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTERÉIS
RX DE CONTROLE
Observação:
HEMI - J

Médico/CRM:

João Pessoa,

13/10/2018

*Des. Tibério Ribeiro
CRM 10.123/2018*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETTRAN - PB Nº 014798873531
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 0053840903-1 00/00000000 2018

NOME: CLOVIS DE ALMEIDA DA SILVA

CPF / CNPJ: 05415779485 PLACA: OGA3345/PB

PLACA ANT / UF: NOVO PB CHASSI: 93YHSR216DJ678957

ESPECIE TIPO: MIS/CAMIONETA/NAO APIC COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: RENAULT/DUSTER 3.0 D 4X2 ANO FAB: 2013 ANO MOD: 2013

CAP / POT / cil: 05P/0.49T/142CV CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: BRANCA

COTA UNICA: 00/00/0000 VENC. COTA UNICA: 1º

FAIXA / PVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2º

PREMIO TOTAL (R\$): 15/05/2019

OBSERVAÇÕES: N.º F.º DO FINANCIAMENTO OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL: MAMANGAPE - PB DATA: 15/05/2019

42218 19925

SEGURO OBRIGATORIO DE
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE

PB Nº 01479887

ESTE É O SEU
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES

WWW.SEGURO
SAC

VIA: 1 0541577948

RENAVAM: 00538409037

ANO FAB: 2013

PREMIO (R\$):

CUSTO DO RILHETE (R\$):

COTA UNICA:

SEGURO





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

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
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INI
- () TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPL
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVELS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVELS) (SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOM (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDIT CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TA

DOCUMENTOS COMPLEM

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

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

INFORMAÇÕES IMPORT

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$
- INVALIDEZ PERMANENTE = R\$
- DESPESAS M
- VARIA CONFI

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PRESENTES NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO APRESENTAR OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

Suelio Moreira Torres



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200023038 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA **Data do acidente:** 27/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um 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-0019660/20

Número do Sinistro: 3200023038

Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

CPF: 395.301.324-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 22/01/2020
Nome: TEREZA MARCELINO DA CUNHA
CPF: 395.301.324-68

TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019660/20

Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

CPF: 395.301.324-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

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

TEREZA MARCELINO DA CUNHA : 395.301.324-68

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: 15/01/2020
Nome: TEREZA MARCELINO DA CUNHA
CPF: 395.301.324-68

TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

