
Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182529

Vítima: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182529

Vítima: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000048970-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 087.843.584-08 4 - Nome completo da vítima: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO.

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

5 - Nome completo: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO 6 - CPF: 087.843.584-08
7 - Profissão: Lotiniheiro 8 - Endereço: RUA PADRE JOSÉ DE ANCHIETA 9 - Número: 10 - Complemento: S/N
11 - Bairro: D VENEZA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58084-050
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 988056654

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: _____
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 48970 4 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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (vairascer)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
35 - CPF 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 - PB, 15 maio de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00207.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00207.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:37 horas do dia 14 de maio de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Joemerson Rafael do Nascimento**, conhecido(a) por Messinho, CPF nº 087.843.584-08, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marizete Rafael do Nascimento e Inácio Josinaldo Batista do Nascimento, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 27/06/1989 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre José de Anchieta, Nº S/N, complemento CASA, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Próximo da Igreja Católica de São Francisco, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Senador Rui Carneiro, nº S/N, Via Pública, Próximo do Posto de Combustível "freeway", João Pessoa/PB, bairro Miramar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/12/19 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo NXR 160 BROS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2017/2018, UF: PB, placa OFX-5551, chassi 9C2KD1000JR001468, renavam 0114222128-5, características gerais: Nº. C.r.l.v.g.: 013813982237; nº. P.r.t.: 20180000062111-4; nº. Motor: Kd10e0j001482; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária:a.f. Adm. de Conc. Nacional Honda L.t.da.; proprietário Anterior: Novo Rumo Motores e Peças L.t.da.; em Nome de Katia Cristina M. T. do Nascimento.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NA HORA, DATA E LOCAL JÁ DESCRITOS TODOS ANTERIORMENTE ACIMA, APARECEU REPENTINAMENTE NA SUA FRENTE UM VEÍCULO E CONDUTOR QUE NÃO FORAM IDENTIFICADOS AMBOS E QUE OS MESMOS SE EVADIRAM DO LOCAL DOS FATOS SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE, SENDO QUE APÓS A COLISÃO, O DECLARANTE PERDEU O CONTROLE E EQUILÍBRIO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, LOCALIZADO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA, CAPITAL DO ESTADO DA PARAÍBA, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDOS MÉDICOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

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

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Alexandre José Nunes de Souto Lima
Agente de Investigação - Matrícula 157.356.1

Joemerson

Procedimento Policial: 00207.01.2020.1.05.101

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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

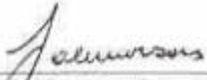


Secretaria
Segurança Pública

Lucena/PB, _____


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação


JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

Noticiante

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Alexandre José Nunes de Souto Lima
Agente de Investigação - Matrícula 157.356-0



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: 087.843.584-08 4 - Nome completo da vítima: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO.

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

5 - Nome completo: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO 6 - CPF: 087.843.584-08
7 - Profissão: Lotiniheiro 8 - Endereço: RUA PADRE JOSÉ DE ANCHIETA 9 - Número: 10 - Complemento: S/N
11 - Bairro: D VENEZA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58084-050
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 988056654

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 48970 4 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 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) ☐ 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 (viver nascido)? ☐ 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 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido
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 - PB, 15 maio de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**



**SEGUE
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1210434



Identificação do paciente

ID 1466705	Nome JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO		Sexo Masculino
Data de nascimento 27/06/1989	Idade 30 anos 5 meses 18 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIZETE RAFAEL DO NASCIMENTO	Pai INACIO JOSINALDO BATISTA DO NASCIMENTO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LIDIELSON PEREIRA DOS SANTOS - ACOMPANHANTE		
DDD Celular 83	Celular 988104244	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3487629	Nº Cns	
Local de procedência MIRAMAR	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade ALAGOA GRANDE	CBO/R	

Endereço

CEP 58084420	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ANTONIO ANTUNES DE LIMA
Número SN	Complemento	Bairro JARDIM VENEZA	

Admissão

Data e Hora 15/12/2019 01:46:59	Número da pulseira 1000007191045	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente TRABALHO	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X BICICLETA

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA 120/80 mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Paciente situa acido. moto. nega alergias avaliado e encaminhado U/I CDI</i>						
Diagnóstico						CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA						Tempo C/min O2seg

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: 28/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000048970-4

Nr. da Autenticação 6C2360EDC33D10A7

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simplificar pagamento da sua fatura mensal de energia elétrica Nº 043.650.918



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.815.823-4

DADOS DO CLIENTE

JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO
RUA PADRE JOSE DE ANCHIETA S/N AP 007
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1322260-9

REFERÊNCIA

MAI/2020

APRESENTAÇÃO

06/05/2020

CONSUMO

305

VENCIMENTO

13/05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 270,90

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 09532.302172 1 82540000027090

Pagador: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 087.843.584-08

RUA PADRE JOSE DE ANCHIETA S/N AP 007 - JD VENEZA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009532302	001322260202005	13/05/2020	R\$ 270,90	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 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





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO	BAE 1210434	Data/Hora Entrada 15/12/2019 01:46:59	Data Baixa
Data de nascimento 27/06/1989	Idade 30a 5m 18d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988104244
Mãe MARIZETE RAFAEL DO NASCIMENTO		CNS	Prontuário
Endereço ANTONIO ANTUNES DE LIMA, SN	Bairro JARDIM VENEZA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL BRAGA CAVALCANTE	Nº Cons. Regional 9248/PB
Data/Hora Classificação 15/12/2019 01:46:59		Data/Hora Prescrição 15/12/2019 03:07:37	

ANAMNESE

==ORTOPEDIA== PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM MIE, SEM FERIMENTOS. NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES. HD: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO CD: INTERNAMENTO + AO BLOCO PARA TRAÇÃO ESQUELÉTICA.

DIETA

À LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

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

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

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0)

CUIDADOS

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

Conduta

Internar Paciente

Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO	BAE 1210434	Data/Hora Entrada 15/12/2019 01:46:59	Data Baixa
Data de nascimento 27/06/1989	Idade 30a 5m 18d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988104244
Mãe MARIZETE RAFAEL DO NASCIMENTO		CNS	Prontuário
Endereço ANTONIO ANTUNES DE LIMA, SN	Bairro JARDIM VENEZA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB
Data/Hora Classificação 15/12/2019 01:46:59		Data/Hora Prescrição 15/12/2019 01:52:29	

ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLETA. CONSCIENTE E ORIENTADO. TRAUMA EM FACE + COXA DIREITA TORAX E ABDOMEN SEM ALTERAÇÕES
CD: ALTA CIRURGIA GERAL + PARECER ORTOPEDIA + PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

LOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Eduardo Motta Braga
Urologia / Cir. Geral
CRM PB 7253 / CRM PC 11111

EDUARDO MOTTA BRAGA
(: 7253/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 15/12/2019 01:48:07



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO	BAE 1210434	Data/Hora Entrada 15/12/2019 01:46:59	Data Baixa
Data de nascimento 27/06/1989	Idade 30a 5m 18d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988104244
Mãe MARIZETE RAFAEL DO NASCIMENTO		CNS	Prontuário
Endereço ANTONIO ANTUNES DE LIMA, SN	Bairro JARDIM VENEZA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS	Nº Cons. Regional 9519/PB
Data/Hora Classificação 15/12/2019 01:46:59		Data/Hora Prescrição 15/12/2019 03:19:42	

ANAMNESE

BMF PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA APROXIMADAMENTE 03 HORAS APRESENTANDO TRAUMA EM FACE. NEGA VOMITO OU PERDA DE CONSCIENCIA, NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE ORIENTADO CONTACTUANTE, EM MACA AO EXAME FISICO AUSENCIA DE DEGRAU OSSEO PALPVEL EM FACE, BOA ABERTURA BUCAL COM CONDILOS PALPAVEIS E OCLUSAO ESTAVEL, FCC EM REGIAO MENTAL. NEGA ALTERACAO DA ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS. CD: AGUARDA VAGA EM SALA DE SUTURA

Conduta

Em observação

Enfermeiro


ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS
(CRM: 9519/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 15/12/2019 01:48:07



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

HTOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HTOP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Joanerson Rafael do Nascimento

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1210134

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc ☒ 1Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

COD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. RG E MIVICID

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 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 - 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 - QTY

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTY

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTY

CX. 4.5 / TMC / B-Braun

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 Placa larga Dep de 16 furas 01 agulha de
 04 Parafuso cortical N° 36 plexo A100
 01 Parafuso cortical N° 38
 04 Parafuso cortical N° 40
 01 Parafuso cortical N° 44

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

1 - CNS

1 - CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSULHO)

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 - CNS

1 - CPF

Dr. Indalecio Pirelli Fernandes
 Cirurgião do Membro Superior - Ortopedia e Traumatologia
 CRM PB 882 / IEOT 1074

Nome: JOEMERSON R. NASCIMENTO BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/12/19
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Po ossossinhe do fêmur
 Cirurgião: Dr Paulli 1º Assistente: Dr Alexandre Nishimura
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Po oss fêmur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 18/12/19

10730

Alexandre Nishimura

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE Joemenson Rafael do Nascimento

IDADE 30 A **SEXO** M **DIAGNÓSTICO** 19 **LEITO** 06

CIRURGIÃO Tio Cirúrgico Trautman Diáfisária de Fêmur (D)

COADJUTOR Dr. Mateus + Dr. P. Parcellle

ANESTESIA Raque + Sedação + Bloqueio

ANESTESISTA Dr. Sorianho

INSTRUMENTADOR Cleonira

DATA 18/10/19 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO** 13:30 **TEMPO CIRÚRGICO - FIM** 15:00 **Cirurgia** 14:00

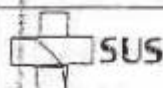
ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS) ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	1	SRL 500	OK	FIO CAT OUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	SF 500	OK	FIO CAT GLT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA				FIO DE AÇO N°	
ETANÁ				FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL				FIO DE NYLON N°	2.0
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	OK	FIO DE NYLON N°	
FENTANIL	1	PVP DEGERMANTE	OK	FIO POLILACTINA N°	1.0
FLUMAZENIL		PVP TINTURA	OK	FIO POLILACTINA N°	2.0
ISOFLURANO		PVP TÓXICO		FIO POLILACTINA N°	
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO	1	SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C/ VASO	1	AGULHA 13X4.5		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		FIO POLILECAPHONE N°	
MIDAZOLAM	1	AGULHA 25X08		FIO SEDA N°	
MORFINA	1	AGULHA 40X12		FITA CARDÍACA	
NOBILUM		AGULHA PERIDURAL N°16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		UMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓFOL		AGULHA RAQUIS N°20G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUIS N°26G	1	FIO DE KIRSCHNER N°	
RÓCURÔNIO		AGULHA RAQUIS N°27G		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEEDMAN N°	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPON	1	FIO STEEDMAN N°	
TIOPIENTAL		ATADURA GESSADA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂMULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	1	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA	1	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL N°		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CETAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17			
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL N°18		EMPRESA	
DIFENHIDRAMINA SÓDICA	1	CERA PARA OSO		TMC	
EFEDRINA	1	COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICIAIS	N-36-04
FLUROSÊNIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	PARAFUSOS CORTICIAIS	38 = 04
GLICOSE 20%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	PARAFUSOS ESPONJOSOS	20 = 04
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	1	PARAFUSOS ESPONJOSOS	44 = 04
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAS	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	1	PARAFUSOS MALEOLAS	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	PLACA	Longa Dep 16 F-01
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		PLACA	Cx. 4.5
PROSTIONTE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP	1	() ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK	() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES	OK	() CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS	OK	() CARDÍOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO	OK	() DESFIBRILADOR	
		IELCO N°14		() FOCO AUXILIAR	
		IELCO N°16		() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	
				Cleonira	B37230

Agulha de plexo A 100 - B - 3 na un

FONE ASCR. 021.1



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

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc ☒

Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N° (BAIRRO))

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IEGE 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 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 - 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

Do de Kith de 4-01

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - CNES

45 - CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

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

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

52 - CNES

53 - CPF

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

Assinatura e Carimbo do Conselho
Médico Especialista
CRMPB 11.491
CRMPB 21.970

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: **JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO** BE/PRONTUÁRIO: **1210434**
 IDADE: **86 anos** SEXO: **FEM** COR: DATA: **15/12/2019**
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
 CIRURGIA: **TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA**
 CIRURGIÃO: **DR DANIEL** 1º ASS: **MR1 JORGE**
 2º ASS: 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: **SEDAÇÃO** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO

FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS

TRAÇÃO TRANSTIBIAL A DIREITA

CÓDIGO

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM:

DATA: **15/12/2019**

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA**ASSEPSIA E ANTISSEPSIA****APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS**

Incisão:

PERCUTANEA

Achados:

FRATURA DIAFISARIA DE FÊMUR DIREITO

Conduta:

PASSAGEM DE FIO DE KC 3 EM TRANSTIBIAL EM PERNA ESQUERDA DIREITA**LMC SF 0,9%****CURATIVOS ESTEREIS**

Fechamento:

TRAÇÃO COM 8 KG DE PESO**CONTROLE**

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

15/12/2019

HEBREW YESHIVA

[illegible]

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Josmerson Rafael do Nascimento
Loc. Nasc. Alagoinha Grande Est. Pb Data 27.06.1989
Filiação Mário Gomes do Batista Nascimento
esposa: Nilzete Rafael do Nascimento
Doc. Nº CCN Nº 30.004 Pb 459, Liv: 19 1ª cart;
Alagoinha Grande

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 25.09.06 DRT João Pessoa Pb

Maria Tereza C. Silva



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 97 540 Série 000 31 Pb



Josmerson Rafael do Nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR

SECRETARIA DE POLÍCIA
INSTITUTO DE POLÍCIA
DEPARTAMENTO DE...

JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO
Inacio Josinaldo Batista do N
cimento
Marizete Rafael do Nascimento

Alagoa Grande, PB 27.06.1989

cert. nasc: 20004: fls: 454: lv: A-19
cert: Alagoa Grande PB

ASSINATURA DO DIRETOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição

087.843.584-03

Nome
JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

Nascimento
27/06/1989

DETRAN - PB

Nº 013813982237

30662885097

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0114222128-5 PRT 20180000062111-4 RNTC 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
KATIA CRISTINA M T DO NASCIMENTO
R P JOSE DE ANCHIETA SN APT 07
JARDIM VENEZA
58084050 JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ 05699613439 PLACA OFX5551/PB

NOME ANTERIOR
NOVO RUMO MOTORES E PECAS LTDA

PLACA ANT/UF JOVO PB CHASSI 9C2KD1000JR001468

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/NXR 160 BROS ANO FAB 2017 ANO MOD 2018

CAP/POT/CIL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N.Motor : KD10E0J001482

JOAO PESSOA-PB DATA 27/02/2018
9999999 7003781



- 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 - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA *[Assinatura]*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200182529 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 15/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO. P1,6,12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0142390/20

Vítima: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

CPF: 087.843.584-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/12/2019

Titular do CPF: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

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

JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO : 087.843.584-08

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: 19/05/2020
Nome: JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO
CPF: 087.843.584-08

JOEMERSON RAFAEL DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO