
Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058618

Vítima: GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058618

Vítima: GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA

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 quadril 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: **GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA**

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

Banco: **001**

Agência: **000001591-1**

Conta: **000010015953-2**

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

Exatidão da(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0047 880 120 3 - CPF da vítima: 051 157 234 41 4 - Nome completo da vítima: Glauber Luiz Pinheiro Costa

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

5 - Nome completo: Glauber Luiz Pinheiro Costa 6 - CPF: 051 157 234 41
7 - Profissão: Mecânico Informático 8 - Endereço: Rua Adelfonso Aires 9 - Número: 269 10 - Complemento: CAP III
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58428 855
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 35 3334 1279

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (MENOR DE IDADE, INCAPAZ, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (340)
☒ Banco do Brasil (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1594 1 CONTA: 15953 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 eu, titular do direito de indenização do Seguro DPVAT, não sou portador de doença ou lesão que cause incapacidade permanente para o trabalho, e que a incapacidade decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

- ☐ 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.

Por 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: 24 - Grau de parentesco com a 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 nenhum filho(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Declaro sob as penas da lei que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando eu, 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizada
35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido
36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido
37 - (1ª) Assinatura de quem assina a roga/o pedido
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura do testemunho
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura do testemunho

40 - Local e Data: Campina Grande, 14/02/2020

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (deduzante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000308/19

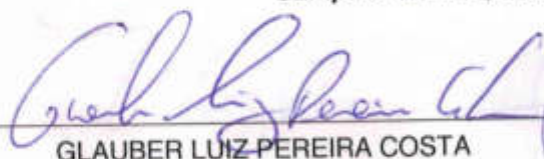
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SSP/PB

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000308/19 registrada em 18/12/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezoito dias do mês de dezembro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:50 horas, compareceu o Sr. GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA, com 34 anos de idade, filho de LUIZ FERREIRA COSTA e ABIGAIL PEREIRA DA SILVA COSTA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, União Estável, escolaridade Medio Incompleto, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 2.19.107, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 05115723441, residindo à rua IDELFONSO AIRES, 269, 111, bairro BELA VISTA, na cidade de Campina Grande - PB.

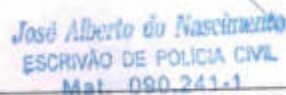
Declarou que:

Informa o comunicante, que no início da noite do dia 06.10.2019, estava trafegando pela Rua Almirante Barroso, Bairro do Cruzeiro, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/BIZ 125 EX, ano/modelo 2015/2015, de cor preta, chassi nº 9C2JC4830FR049464, de placa OFX-2963/PB, licenciada em nome de Valquiria Alves da Silva, quando na altura do numeral 766, próximo a panificadora Forno Nobre, foi atingido por outra motocicleta de marca, placa e outras características que ignora, inclusive o condutor, fazendo com que o comunicante perdesse o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sendo socorrido para o hospital Antonio Targino Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o outro motociclista evadiu-se do local sem ser identificado; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e o local é pouco iluminado, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica, não sendo realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares do BPTran; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 18 de Dezembro de 2019


GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA

Declarante


JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

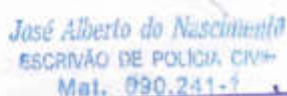
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

ADITAMENTO

Por lapso de digitação, onde se lê na presente ocorrência nº 000308/19, que o fato ocorreu no dia 06.10.2019; Leia-se que o fato ocorreu no dia 06.10.2018, conforme documentos apresentados nesta Delegacia. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande/PB, 30 de Janeiro de 2020


JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
Mat. 090.241-1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exatidão da(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0047 880 120 3 - CPF da vítima: 051 157 234 41 4 - Nome completo da vítima: Glauber Luiz Pinheiro Costa

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

5 - Nome completo: Glauber Luiz Pinheiro Costa 6 - CPF: 051 157 234 41
7 - Profissão: Mecânico Informático 8 - Endereço: Rua Adelfonso Aires 9 - Número: 269 10 - Complemento: CAP III
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58428 855
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 35 3334 1279

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (MENOR DE IDADE, INCAPAZ, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (340)
☒ Banco do Brasil (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1594 1 CONTA: 15953 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 eu, titular do direito de indenização do Seguro DPVAT, não sou portador de doença ou lesão que cause incapacidade permanente para o trabalho, e que a incapacidade decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

- ☐ 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.

Por motivo assinado, 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: 24 - Grau de parentesco com a 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 descendentes? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da lei, que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando eu, 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizada
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (1ª) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura do testemunho
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura do testemunho

40 - Local e Data: Campina Grande, 14/02/2020

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (deduzante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



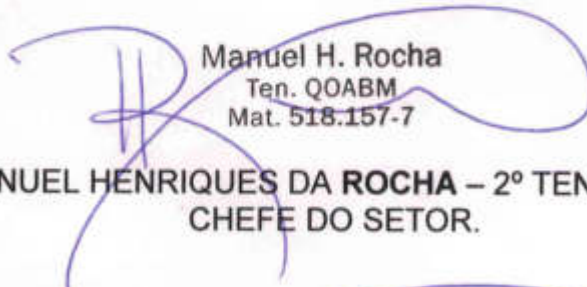
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
2º BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITAR
SETOR DE CERTIDÃO**

Campina Grande – PB, 03 de Dezembro de 2019.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 059/2019

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia **06/10/2018 (SÁBADO)**, conforme registro nº **BM 2018.1006.1854.00043**, solicitação feita pela Sr. **GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA**, RG: 2819107 SSPPB. Consta que foi socorrida por volta das 18h54min o **Sr. GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA – 34 anos (Policia! Militar da PMPB)**, RG: 2819107 – SSPPB, vítima de acidente de trânsito **“ACIDENTE DE MOTO”** ocorrido na **Avenida Almirante Barroso S/N, no Jardim Quarenta, próximo ao muro do João Ribeiro e Rainha do Cruzeiro em CAMPINA GRANDE – PB**. O sinistro foi atendido pela guarnição da viatura de prefixo **AR – 36**, tendo como chefe o **SGT BM HÉLIO, Matrícula: 518.967-5**. Conforme o relatório do registro da ocorrência verificou **QUE**, o acidentado **Sr. GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA – 34 anos, CONDUTOR DA MOTO**, o mesmo sofreu lesões na altura do Quadril e um dos Fêmur, foi conduzido e deixado aos cuidados médicos no Hospital Antônio Targino em Campina Grande/PB.

Para constar, eu 2º TEN, **MANUEL HENRIQUES DA ROCHA**, Matrícula 518.157-7 chefe do setor de Certidões, digitei a presente Certidão, que vai assinada por mim.


Manuel H. Rocha
Ten. QOABM
Mat. 518.157-7

**MANUEL HENRIQUES DA ROCHA – 2º TEN QOABM
CHEFE DO SETOR.**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01591-1

CONTA: 000010015953-2

Nr. da Autenticação D5F4B5E9DFB96DBF

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOME:

ALA:

LEITO:

CONVENIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

- 1) *Agave liter*
 2) *Rh. lous* and *EV*
 3) *Cephalium* - *Ag* *EV*
 8182
 4) *Volturnus* 25 - *Ag*
 121122
 5) *Dipirone* - *2 cl* *EV*
 6762
 6) *C. Censis* 78871/1

Handwritten numbers on a grid background:

- ~~24~~
- ~~22~~
- ~~06~~
- ~~25~~
- ~~24~~
- ~~06~~
- 17

EVOLUÇÃO MÉDICA

QUESTIONS INTERVIEW FROM GOVERNMENT
OFFICIAL FOR EXA page 52

Dr. Luciano Guedes Jr.
Médico Oncologista
CRM 3451.0502

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Camila J. M. F.

ALA:

LEITO: 72

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

Grav. de Acetabulose em DATA: 08/10/18

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

1) Diprover 1mg					
2) Paracetamol 500mg			22		
3) Celecoxib 200mg					
4) Celecoxib 200mg			22	06	
5) Celecoxib 200mg					
6) Celecoxib 200mg			22		
7) Celecoxib 200mg					
8) Celecoxib 200mg			22	06	
9) Celecoxib 200mg					
10) Celecoxib 200mg			22	06	
11) Celecoxib 200mg					
12) Celecoxib 200mg			22	06	
13) Celecoxib 200mg					
14) Celecoxib 200mg			22	06	
15) Celecoxib 200mg					
16) Celecoxib 200mg			22	06	
17) Celecoxib 200mg					
18) Celecoxib 200mg			22	06	
19) Celecoxib 200mg					
20) Celecoxib 200mg			22	06	

Dr. Luciano Mendes
Médico Ortopedista
CRM 34512-0/1 312

EVOLUÇÃO MÉDICA

AVANÇANDO CIBURRIA VIBRO
E MEDICADO

Dr. Luciano Mendes
Médico Ortopedista
CRM 34512-0/1 312

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOME:

ALA:

LEITO:

CONVENIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

- MEDICAMENTOS
- ① Dixie Cure
 - ② P2 1000 ml EV
 - ③ Afolopos - Alg EV
8/18
 - ④ Melon 75 - 100g
6/18 12/12
 - ⑤ Difeno - Ice EV
6/18
 - ⑥ Antox 100 mg + AD
EV 12/12
 - ⑦ Alerois + 8/18

Dr. Luciano Guedes R.
CRM 1451 Otorrinolaringologista

EVOLUÇÃO MÉDICA

AUMENTANDO LA PRESSIONE:

RM 3457/EOY 812

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Gleuber Luiz Pereira Costa

REA: livurgica

LEITO: 92

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO

GRAT. DE ACETAZINOLONE

DATA: 09-10-18

MEDICAMENTOS		HORÁRIO	
1) Dieto Livre			
2) p.i. 5000 ml EV	CC 18	08	
3) Acolpina-0,5g EV	CC 16	24	08
4) Voltaren 75-0,5g	22	10	
5) Difinoma-2cc EV	CC 16	22	04
6) Aritak 100mg + AD	CC 16	04	
7) C: Ceroio 100mg			

[Signature]

Dr. Gustavo Borges
Médico Otorrinolaringologista
CRM 3051-TCO 532

EVOLUÇÃO MÉDICA

OPERADO POR DR DE ZALIA H

Dr. Luciano Gentes Bovi
Médico Endocrinólogo
CRM 344-TEST 512

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

- 1) Dico line
 2) for loss and EV
 3) Cephalexin - 4g EV
 4) Voltaren 75 - 4g
 5) Difenhydramine - 2c EV
 6) Aspirin 100mg + AD
 7) C. Amox 500mg/11

~~Dr. Luciano Quevedo Rojas~~
~~Médico - Pedopedista~~
~~CRM 3451 / EST 5322~~

EVOLUÇÃO MÉDICA

F.D.P.O. EVOLUINDO BEM
VISTO E QUANTIFICADO

~~Dr. Luciano Guedes Borges
Medicine, Otolaryngology
CR02 3451 (1991) 3452~~

11/10/18

Curriculum + PISA
1708277777

Dr. Luciano Guedes Borges
Médico Cirurgião
CRM 24.141 - RJ

NOME:

Glauber J. do Silva.

IDADE:

ALA:

Cirurgia

LEITO:

72

MÉDICO:

Dr. Luciano Guedes

DATA: 06 / 10 / 2008.

MANHÃ

Paciente adm. Víctima de acidente de moto, 41 anos de idade. acordado consciente, orientado afebril e normotenso. HEP médico, feito reserva sanguínea e coletados exames laboratoriais. segue aguardando provável cirurgia. na próxima semana.

Delizante.

TARDE

NOITE

paciente evoluiu com estado geral estável
Medicamentos prescritos: Medicação
feita e curados e exames.

2 86712

PACIENTE: GRAUZE P. DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____

DATA DA OPERAÇÃO: 09/10/18 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

OPERADOR: Dr. Luciano Guedes

1ª AUXILIAR: _____ 2ª AUXILIAR: _____

3ª AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____

ANESTESISTA: Dr. Felipe TIPO DE ANESTESIA: Brônca ① 39017125

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Gravidez de 32 semanas

TIPO DE OPERAÇÃO: Obstetria + Cesárea

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: ② 38016010

RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: _____

EXAME RADIOLOGICO NO ATO: _____

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: TÁFICA E TÉCNICA: LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MAT. EMPREGADO: A SÉCTO - VÍCERAS

- ① Anestesia + Antiespasmódicos
 - ② Colocação do campo
 - ③ Incisão anterior no quadril
 - ④ Isolamento do feto e vasos nervos
 - ⑤ Abertura do feto
 - ⑥ Redução cirúrgica e fixação
 - ⑦ Colocação de pontos
 - ⑧ Sutura por pontos
 - ⑨ Curativos
- [Assinatura]*

PACIENTE: Glauco Luiz de Pereira Costa 33 anos
CONVÊNIO: SUS SUS ☐ PRONTUÁRIO: 583983/2312367 DATA: 09/10/18
CIRURGIA: Tratamento cirúrgico de acetábulo. ①
CIRURGIÃO: Dr. Luciano Guedes AUXILIAR: —
AUXILIAR: — ANESTESISTA: Dra. Socorro Abantes

CIRCULANTE: tonika SALA: 08 HORÁRIO: INÍCIO: 15:00 FINAL: 16:30

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	04
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
265799	<u>BEXTRA clonidina</u>	01
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	02
122769	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	
154608	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	01
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	02
5673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	01
69908	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
70238	<u>QUELON Nisperidol</u>	81
28819	RANITIDINA	
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	01

CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8885	DIEMPAX 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
125149	DIMORF 10mg	
69855	DORMONID	01
69839	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
8889	HIDANTAL	
9962	KETALAR	
89820	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	

COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
126233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	2ml
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0.5% C/V	
70750	NEOCAINA 0.5% S/V	
1996	NEOCAINA PESADA	
3212	NILPERIDOL	01
142364	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	01
264580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	
24676	SEVORANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
40x12	AGULHA DESCARTÁVEL N°	01
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA RAQUI N° 27	01
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	02 bte
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	04
	ATADURA CREPON N° 15	04
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	01
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25X28	05 ptes
	DRENO PENROSE N° 03	01
	DRENO SUÇÃO N° 4.8	01
	DRENO TÓRAX N°	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	100cm
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	12 ptes
	GAZES	
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	01
	GUENDEL N°	
3468	INTRA-CATH	
	JELCO N° 18	01
	LÂMINA BISTURI N° 24	02
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	02
40126	LUVAS 7.5	04
3522	LUVAS 8.0	03
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	
	SCALPS N°	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	02
3689	SERINGA DE 10cc	04
3697	SERINGA DE 20cc	04
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY N° 14	01
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
46/03	CROMADO C/A N° 1.0	03
	CROMADO S/A N°	
	ETHIBOND N°	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL N°	
46/03	MONONYLON N° 2.0	04
	PROLENE N°	
	VICRYL N°	

COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL 70%	100 ml
304000	CLOREXIDINA	
2631	ÉTER	
3603	DEGERMANTE	200 ml
3611	PVPÍ TÓPICO	
4111	VASELINA	

COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	TC
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO	TC
	NITROGÊNIO	
	OXÍDO NITROSO	
	OXIGÊNIO 2l/m	TC
	OXÍMETRO DE PULSON	TC
	VÁCUO	

CÓD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9184	S. FISIOLÓGICO 500ml	04
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	02
134489	VOLUMEN 8%	01

COD.	OUTROS	QUANT.
	<u>materiais da top implante</u>	
	<u>placa de reconstrução</u>	
	<u>com 14 furos ①</u>	
	<u>OS parafusos</u>	
	<u>ortotópicos</u>	

NOME: Glauber Luiz de Pereira Costa APTO: L 72
CONVÊNIO: SUS IDADE: 33a SEXO: ☒ M ☐ F
NÚMERO DA CARTEIRA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 INÍCIO: 15:00
GUIA DE INTERNAÇÃO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 TERMINO: 16:30
SENHA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 HORÁRIO ESPECIAL: ☐ SIM ☐ NÃO
DATA DE NASCIMENTO: 21/10/85

CIRURGIA
☐ ELETIVA ☐ URGÊNCIA
☐ AMBULATORIAL
ESTADO FÍSICO (ASA)

I	II	III	IV	V
---	----	-----	----	---

DATA: 09/10/18

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de acetábulo D.

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

DR. Luciano Guedes

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Equipe Anestesiológica

DR. Osório Alcantar

Instrumentador(a)

Procedimentos Realizados:

Códigos

Tratamento cirúrgico de acetábulo D

Horário →

AGENTES

OXIGÊNIO
N₂O / AR

LÍQUIDOS
ENOSOS

SOL. FISIOLÓGICAS
SOL. DE RINGER
CONC. REMOÇAS

MONITÓRIO
EQUIPAMENTOS

ECG
SpO₂
EtCO₂
DIURESE

ORNIQUETE Tempo →

LOCAL:

Pulso ●

PA V

TA T

EM ▲

VC ▲

Inicio anest. X

Inicio cirur. ○

Termino cirur. ⊗

RESP

ESP

ASS

CONT.

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

INDUÇÃO

☐ Inalatória

☐ Venosa

MANUTENÇÃO

INTUBAÇÃO TUBO Nº

☐ Oral

☐ Nasal

☐ C/Ralão

ANESTESIA REGIONAL

☐ Peridural

☒ Raqui-anestesia

☐ Epidural Sacra

ANESTESIA REGIONAL

☐ P Braqui/Cervical

☐ Supraclavicular

☐ Intercostofrênico

PUNÇÃO

☐ Mediana

☐ Paramediana

☐ Sentada

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS

☐ Aspirador

☐ Baraka

☐ ECG

☐ Bis



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

Nome: GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA

Convenio: SUS - INTERNO

Solicitante: LUCIANO GUEDES BORGES

Exame(s): TC BACIA

Nº Exame: 24788

Data: 07/10/2018

Realizada aquisição volumétrica da bacia, sem a administração endovenosa de contraste iodado, com reconstruções multiplanares com 3.0 mm de espessura utilizando-se filtros ósseos de partes moles.

Presença de fratura cominutiva do acetábulo direito, sendo mais extenso no pilar anterior do mesmo, estendendo-se ao ramo isquiopúbico do mesmo lado, bem como prolongando-se ao longo do osse ilíaco direito com leve desalinhamento dos segmentos fraturados.

Aspecto morfológico e densitométrico normal do ilíaco esquerdo.

Aspecto morfológico e densitométrico das cabeças e colos femorais.

Discreto aumento de partes moles adjacentes a articulação coxo-femoral direita.

CM


Dr. Abelardo da Matta R. Sobrinho
Médico radiologista
CRM - 3901

LAUDO RADIOLOGICO

INICIAL= FRACTURA DE ACETABULO
CONTROL= FRACTURA DE ACETABULO COM OSTEOSSINTESIS

DATA 06 / 10 / 18

MEDICO

Rosale Andrade dos Santos
CRM 1506
RADIOLOGIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PB

GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO NOME
2019107 **SSP** **PB**

CPF
051.157.234-41

DATA NASCIMENTO
21/10/1985

FUNÇÃO
LUIZ FERREIRA COSTA

ABIGAIL PEREIRA DA SILVA COSTA

PERMISSÃO **ACC** **CALIBRE**
AD

Nº REGISTRO
03234929605

VALIDADE
19/12/2022

1ª EMISSÃO
26/03/2004

CHAMADA
A:
KAR:

Glauber Pereira Costa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
02/02/2018

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

65636280980
PB035926368

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1549029828

PROIBIDO PLASTIFICAR
1549029828



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058618 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P8 P9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL 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 quadril	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-0047880/20

Vítima: GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA

CPF: 051.157.234-41

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/10/2019

Titular do CPF: GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA

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

GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA : 051.157.234-41

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: 04/02/2020
Nome: GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA
CPF: 051.157.234-41

GLAUBER LUIZ PEREIRA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA