



Número: **0826881-37.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/05/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RODOLFO SOUZA DOS SANTOS (AUTOR)	MARCILIO FERREIRA DE MORAIS (ADVOGADO) LBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35199 466	07/10/2020 10:35	<u>2756297_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RODOLFO SOUZA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180443062**
Vitima: **RODOLFO SOUZA DOS SANTOS**
Data do Acidente: **03/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180443062**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13415889





Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180443062
Vítima: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
Data do Acidente: 03/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180443062**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00219/00220 - carta_09 - INVALIDEZ



00040110

Carta nº 13657647



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:35:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710350465700000033635673>
Número do documento: 20100710350465700000033635673

Num. 35199466 - Pág. 2



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	413.219.934-47	Rodolfo Souza dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Rodolfo Souza dos Santos	CPF titular da conta	Profissão
Endereço	Rua 3 ^a de Maio	Número	460
Bairro	Ribeirão Fábrica	Cidade	Santa Rita
Email	87808211 rodolfo@gmail.com	Estado	Paraíba
		CEP	58300-700
		Telefone (DDD)	(83) 98780-8211

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 1914	D/V 04/	CONTA NRO. 0130011416800481	D/V (Informar dígito se existir)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO. 04/	D/V 04/	CONTA NRO. 0130011416800481	D/V (Informar dígito se existir)
AGÊNCIA NRO. 04/			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Dimas de Souza de 5/7/2018

Local e Data



Rodolfo Souza dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

414322

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01518.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01518.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:20 horas do dia 10 de agosto de 2018, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Rodolfo Souza dos Santos**, CPF nº 113.219.934-47, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Moto Boy, filho(a) de Adriana de Fatima Souza dos Santos e Lafaiete Felipe dos Santos, natural de Fagundes/PB, nascido(a) em 10/10/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Três de Maio, Nº 460, bairro Tibiri Fábrica, tendo como ponto de referência Praça do Povo, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98780-8211.

Dados do(s) Fatos:

Local: *****. Estação de Energia, João Pessoa/PB, bairro Brisamar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/03/18 18:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, o notificante já qualificado acima, diz que trafegava normalmente em sua mão, com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG 150 FAN ESDI,ano e modelo:2014, de cor:preta, placa:OFC 8813/PB, chassi nº 9C2KC1680ER509026, registrado em nome do notificante;QUE segundo o notificante um ciclista de nome:Paulo Roberto Alves de Abrantes, tentou atravessar pista de um lado para outro e sem ter a devida atenção, acabou por ser atingido, vindo notificante e ciclista a cair ao chão;QUE o ciclista foi socorrido para UNIMED;QUE o notificante foi socorrido pelo resgate do corpo de bombeiros para o hospital de H E T S H L,conforme laudo médico,CID 10 S09.9 e S52.3, datado de 31/07/2018, ASSINADO PELO MÉDICO: Dr. José de Almeida Braga-CRM 2329/PB, QUE o notificante foi transferido para o complexo hospitalar de Mangabeira no dia 04/03/2018 por volta das 00:28 min, conforme certidão 0899/2018, assinado pelo medico: Rosângela Medeiros Escorrel Almeida CRM/PB3883,QUE não quer representar criminalmente.

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.

João Pessoa/PB, 10 de agosto de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação

RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Noticiante



DAVC-PB

Procedimento Policial: 01518.01.2018.1.00.420



1/1





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Rodolfo Souza dos Santos** CPF da Vítima **443.219.934-47** Data do Acidente **03/03/2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jn̄m Plano 9 de Setembro de 2018
Local e Data



Rodolfo Souza dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





VISTO EM: 05/04/18

Corpo de Bombeiros da Paraíba
Karynne Souza de Oliveira

TEN. CEL. QOBM-521.280 4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 28 de Março de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0141/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 03/03/2018, conforme requerimento nº 142/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 18h50min o/a Sr.(a) **RODOLFO SOUZA DOS SANTOS**, CPF Nº 113.219.934-47, vítima de acidente de trânsito (colisão (moto x bicicleta)), ocorrido na Av Ruy Carneiro, Brisa Mar – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o **CABO BM JOSEMILDO PEREIRA DA SILVA FILHO**, Matrícula 523.269-9. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com suspeita de fratura de membro superior, escoriações na face e membro inferior. Que a pós os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, (_____) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
TEN. MAT. 527.341-2
Chefe da 3ª Seção



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



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: 15/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000114168-0

Nr. da Autenticação EE124F734EFDFFA3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:35:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710350465700000033635673>
Número do documento: 20100710350465700000033635673

Num. 35199466 - Pág. 7

JOSEANE DE OLIVEIRA
RUA 3 DE MAIO, 480 - TEIRI
SANTARITA / PB CEP: 58305700 (AG: 1)
Emissao: 20/09/2018 Referencia: Set / 2018
Classe/Símbolo: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOPÁSICO B:280, Km:25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-080
Roteiro: 12 - 8 - 171 - 9910 N° medidor: 0000988777



ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-080
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Inscrição Estadual: 16.015.022-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°012712748
Cód. para Det. Automática: 00010741411

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	20/09/2018	22/10/2018	008.877.294-28 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1074141-1

Canal de contato

	Anterior	Data	Lerda	Atual	Data	Lerda	Constante	Consumo	Dias
	22/08/18		17888	20/09/18		18054			08
Consumo									
0801 Consumo em kWh									
0801 Adc. B Vencimento									
0807 LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804 JUROS DE MORA 08/2018									
0805 MULTA 08/2018									
0806 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018									
Demonstrativo									
Quantidade - Unidade: kWh									
0801 Consumo em kWh 128.000-0.815543 104,99 104,99 27 28,78 104,99 0,84 0,87									
0801 Adc. B Vencimento 0,34 0,34 27 2,52 0,34 0,07 0,35									
0807 LANÇAMENTOS E SERVIÇOS 0,43 0,20 0 0,00 0,00 0,00 0,00									
0804 JUROS DE MORA 08/2018 0,14 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00									
0805 MULTA 08/2018 2,16 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00									
0806 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018 0,08 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00									

CC: Código de Classificação do item TOTAL: 125,55 119,73 80,70 113,73 0,81 4,22

Média últimos meses (kWh)

141

VENCIMENTO
27/09/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 125,55

Histórico de Consumo (kWh)

135	129	148	140	144	151	132	143	150	142	141	133
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

RESERVADO AO FISCO

b09c.f2af.78ed.361a.7a67.e470.5f8e.dcc9.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL 5,22	0,00	
DC TRIMESTRAL 11,10		NOMINAL
DC ANUAL 37,24		220
FIC MENSAL 3,42	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL 6,85		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL 13,70		202
DICR 3,25	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
DICR 12,25		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PB	26,41	20,24
Compra de Energia	4,25	3,37
Serviço de Transmissão	3,98	3,15
Impostos Federais	6,01	4,79
Impostos Diretos e Encargos	47,85	37,85
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	125,55	100,00

ATENÇÃO

Resumo Tarifário - Vigoroso 20/08/18 - Ref. ANEEL nº 2.430 - Até Tarifação 18.75% Média

Faturas em atraso

PARAÍBA

Município: 12 - Teiri - PB

Matrícula: 1074141-2018-09-2

Referência: 1074141-2018-09-2

Periodo: 20/08/18 - 27/09/18

VENCIMENTO

27/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 125,55

83640000001-1 25550054000-0 10741412018-1 00200009019-8

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICAL
21 SET 2018
Gente Seguradora
Av. Dom Pedro I, 775 5º Andar



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:35:04
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710350465700000033635673

Num. 35199466 - Pág. 8

Número do documento: 20100710350465700000033635673



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	10/10/93
NOME DA MÃE	ADRIANA DE FÁTIMA SOUZA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.066.583
DATA DO ATENDIMENTO	03/03/18
HORA DO ATENDIMENTO	19:19
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO NA CABEÇA + FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO
CID 10	S09.9 + S52.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, refere TCE leve, com dor na cabeça, sem perda da consciência, consciente, orientado, Glasgow 15, sem deficits. Refere dor e limitação de movimentos em antebraço e punho esquerdos, com traumas torácicos. RX evidencia fratura de 1/3 médio do rádio esquerdo. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crâneo
RX de torax
RX de antebraço esquerdo
RX de punho esquerdo
Ultrassonografia FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

ALTA HOSPITALAR:	03/03/18
DATA DA EMISSÃO:	31/07/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1066583



Identificação do paciente

1266922	Nome RODOLFO SOUZA DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 10/10/1993	Idade 24 anos 4 meses 21 dias	Estado civil	Religião	Promovido
Mãe ADRIANA FELIPE DOS SANTOS				Pai NAO INFORMADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(a)
DDD Móvel 00	Fone Móvel 00000000	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000	
Tipo documento	Número documento	Nº Chs		
Local de procedência AV RUI CARNEIRO		Type BAIRRO	UF PE	
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBOR		

Endereço

CEP 56301545	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Amazônia	DEPARTAMENTOS DE DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICA 2018
Número S/N	Complemento		Bairro Popular	

Admissão

100006169816

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICAL**

21 SFT 2018

Gentil Separadora S/A
Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB

Indicadores Transporte

Caso policial	Piano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não

Meio de transporte
RESGATE - BOMBEIROS Quem transportou

Sinais Vitais

PA _____ mmHg P脉搏 _____ Temperatura _____

Exames complementares

Journal of Oral Rehabilitation 2007; 34: 103–109

Raio X [] Sangue [] U

Dados clínicos

med. CPM (analgesioterapia) 2. AUS: NCR/CRTO

Diagnóstico CIC

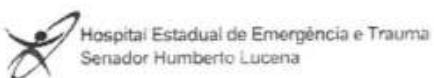
Atendido por:
HELENO JOSÉ MENTINGO DE SANTANA FILHO

BRIDGE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:35:04
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071035046570000033635673>
Número do documento: 2010071035046570000033635673

Núm. 35199466 - Pág. 10



AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS	BAE 1066583	Data/Hora Entrada 03/03/2018 19:19:50	Data/Bairr.
Data de nascimento 10/10/1993	Idade 24	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000 - (00) 00000000
Mãe: ADRIANA FELIPE DOS SANTOS	Endereço Amazonas, S/N		
Endereço Amazonas, S/N	Bairro Popular	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Profissão 7742/PB
Data/Hora Classificação 03/03/2018 19:19:50	Data/Hora Prescrição 03/03/2018 21:19:10		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO.
REFERE TCE LEVE, SEM PERDA DA CONSCIENCIA E SEM VOMITOS.

AO EXAME:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO

ECG 15

SEM DEFICITS

PIFR

SEM CERVICALGIA

TCC: SEM COLEÇÕES E SEM FRATURAS

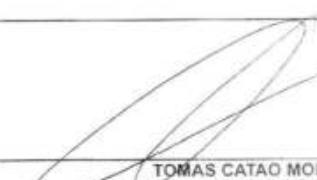
CD: ALTA DA NCIR

Conduta

Em observação



RODOLFO SOUZA DOS SANTOS


TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 03/03/2018 19:21:10

www.cvb.tjpb.gov.br/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=229167&printable=true&printable=S&perform=

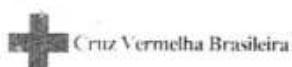


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:35:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710350465700000033635673>

Número do documento: 20100710350465700000033635673

Num. 35199466 - Pág. 11



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58037-090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RODOLFO SOUZA DOS SANTOS	BAE 1066583	Data/Hora Entrada 03/03/2018 19:19:50	Data Baixa
Data de nascimento 10/10/1993	Idade 24	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000 / (00) 00000000
Mãe ADRIANA FELIPE DOS SANTOS	Prontuário		
Endereço Amazonas, S/N	Bairro Popular	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA	Nº Cons. Profissional 10942/PB
Data/Hora Classificação 03/03/2018 19:19:50	Data/Hora Prescrição 03/03/2018 19:31:29		
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE REMOVIDO PELO SAMU APÓS ACIDENTE MOTO VS BICICLETA, SENDO ELE O PILOTO DA PRIMEIRA; APRESENTA QUEIXA DE DOR NA CABEÇA, DOR E LIMITAÇÃO EM ANTEBRAÇO/ PUNHO ESQUERDO; REFERE USO DE CAPACETE E NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NAUSEAS E VOMITO. NEGA CERVICALGIA E DOR EM COLUNA VERTEBRAL. APRESENTA TRAUMA CONTUSO EM HEMITORAX ESQUERDO MAS SEM QUEIXAS DE DISPNEIA E LIMITAÇÃO DA MECÂNICA VENTILATÓRIA. NEGA DOR ABDOMINAL, PELVICA E EM OUTROS MEMBROS.

CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM OUTROS ACHADOS AO EXAME.

CD: ROTINA TRAUMA; AV. NCR



MEDICAÇÃO

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

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: 1 SFT 2018)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

Boletim registrado no sistema de atendimento ao paciente TANANA FILHO em 03/03/2018 19:21:10

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(CRM: 10942/PB)

0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=229091&pesquisa=...&perform=...

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:35:04

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710350465700000033635673

Número do documento: 20100710350465700000033635673

Num. 35199466 - Pág. 12



J

Trecho 1º da Avenida Presidente Tancredo Neves, s/n
Sessão Plenária - Centro - João Pessoa



GOVERNO
DA PARAÍBA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 SFT 2018
Av. Dom Pedro I, 776 SL 105 João Pessoa/PB

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço AV. CRISTINA ESTUFA 51, FETRO S/N
Tel. 32165700
CNES: 445365

Paciente	Rodolfo Souza dos Santos	RAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
Data de nascimento	10/10/1993	Idade	03/03/2018 19:19:50	
		Sexo	CNS	Telefone de Contato
			Masculino	(00) 00000000 / (00) 00000000
Mãe				Prontuário
ADRIANA FELIPE DOS SANTOS				
Endereço		Bairro	Município	UF
Amazonas, S/N		Populair	SANTA RITA	PB
Acidente	MOTOCICLETA	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X BICICLETA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA	5395/PB
Data/Hora Classificação	03/03/2018 19:19:50	Data/Hora Prescrição		
Convênio		Nº Matrícula		Senha
SUS				

Anamnese

Pc refarindo dor em mse , ao exame dor,edema e deformidade.

Imagens radiográficas em AP e perfil antebraço E mostram solução e continuidade no terço médio do radio.

Há indicação de cirurgia eletiva.

CD : - itala axilo palmar

- alta da ortopedia

- será encaminhado para Ortopratura Mangabeira, para tratamento cirúrgico eletivo.

CID10

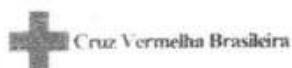
Código	Descrição
S52.3	Fratura da diáfise do rádio

Conduita

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Dr. Fidias G. T. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOF: 9676





AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58030-000

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente RODOLFO SOUZA DOS SANTOS	BAE 1066583	Data/Hora Entrada 03/03/2018 19:19:50	Data Saída
Data de nascimento 10/10/1993	Idade 24	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000 / (00) 00000000
Mãe ADRIANA FELIPE DOS SANTOS	Prontuário		
Endereço Amazonas, S/N	Bairro Popular	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO	Nº Cons. Profissional 3945/PB
Data/Hora Classificação 03/03/2018 19:19:50	Data/Hora Prescrição 03/03/2018 23:22:25		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

paciente vítima de acidente de moto, politraumatizado, fez avaliação abdominal com US FAST SEM ALTERAÇÕES APRECIÁVEIS.

TÓRAX NDN.

ALTA DA CIRURGIA GERAL
SEGUIR COM ORTOPEDISTA.

Conduta

Em observação

RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)



Boleto registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 03/03/2018 19:21:10

6.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=229244&pesquisa... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:35:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710350465700000033635673>

Número do documento: 20100710350465700000033635673

Num. 35199466 - Pág. 14



Coura Vermelha
Hospitais

Data 03/03/18 19:31
Número 35199466
Isolar 1066583

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome do paciente	ROBERTO VIANA	Nº da carteira	00000000000000000000000000000000	Nome da farmácia	Unimed São Paulo	Validade da Prescrição	03/03/2018 19:31:00 - 04/03/2018 19:31:00
Convenio	SUS	Matrícula					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aparazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	JK-31
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG	Observação: +100ML SF	E.V.		AGORA	JK-31
3 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						
3 NEUROCIRURGIA							
4 PARECER ORTO	0.0						

03 de Março de 2018

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
CRM: 10942

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Pernambuco - Trajano
Santo Antônio - Recife - PE

GOVERNO
DA PERNAMBUCO

Material	Exames de imagem
DATA: 07/10/1993	Nº exame: 1066583
Material a examinar	

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

Lateral

Frontal

Oblíqua

Fast

Ultrass

Antebraço

Punho

Esquerdo

Esquerda

Esquerdo



TOMOGRAFIA	
TIPO:	6
DATA:	03/10/2018
HORÁRIO:	10:30
NAME:	Suelo Moreira Torres

ASS.: 03 de Maio de 2018



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831155890

Data Nasc: 10/10/1993 - 24 anos

Paciente: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Data Exame: 03/03/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e/ou anamnese.



Este laudo foi liberado em 03/03/2018 21:06.


Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:35:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710350465700000033635673>
Número do documento: 20100710350465700000033635673

Num. 35199466 - Pág. 17



Atendimento: 201831155890

Data Nasc: 10/10/1993 - 26 Anos

Paciente: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Data Exame: 03/03/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado. Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.

Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.

Não há desvio de estruturas da linha média.

Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda/subaguda.

Não se evidenciam traços de fraturas desalinhadas na calota craniana.

Espessamento mucoso do seio maxilar esquerdo.

Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.

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



Este laudo foi liberado em 03/03/2018 22:59.


Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:35:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710350465700000033635673>
Número do documento: 20100710350465700000033635673

Num. 35199466 - Pág. 18



CERTIDÃO

Nº. 0899/2018



Atendendo solicitação de RODOLFO SOUZA DOS SANTOS de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 107667 e Prontuário nº 2018.03.0383 ,pertencentes ao **mesmo** que foi atendido dia 04/03/2018 às00h28min,vitima de colisão de moto x bicicleta, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de fratura de galeazzi esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 15/03/2018 e alta medica dia 16/03/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de Junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
 COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
 RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
 58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
 FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 107667 Atd: Nao Regul:
 Data: 04/03/2018
 Hora: 00:28:19
 Repcionista: GIULIANA DE MENEZES
 Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
 Nome: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1
 CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3764658 Fone: 987509286
 Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 10/10/1993 Id: 24 ano(s)
 End.: RUA/ 3 DE MAIO,460
 Bairro: TIBIRI FABRICA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB
 Mae: ADRIANA DE FATIMA SOUZA DOS SANTOS Pai: LAFAIETE FELIPE DOS SANTOS
 Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
 Ocupação: OFFICE-BOY Estado Civil: SOLTEIRO(A)
 INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
 Resp.: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
 Tel/Doc. Responsavel: 987509286 / IDENTIDADE: 3764658
 Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA
 Vitima de acidente por: VÍTIMA DE COLISAO MOTO +BICICLETA HJ AS
 Vitima de violência por: 17:40, NA AV RUY CARNEIRO (CONDUTOR)
 [] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE ANTES DE SER ATENDIDO
 Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
 PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
 FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
 Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
 Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
 Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
 [] Vomito
 Queixa Principal Observacao
 QU DE MOTO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Patient com relato de
 queda de moto há mais de 6h. Nega perde de conscientia
 ou vomitos. Trag Rx e encarceramento do HETS/M com
 diagnóstico de fratura do rádio E

Diagnostico

Conduta

Avaliacas de ortopedia

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Jhonatan França Arribalzaga
 CIRURGIÃO GERAL
 CRM 6695
 CREMEPE 20162



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Suel Moreira

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Rosolfo Souza dos Santos **Data da Admissão:** 04/03/18
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____ **Bairro:** _____
Endereço: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Cidade: _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Data de Nascimento** / /
Escolaridade: _____
QPD: Dor em antebraço (C)
HDA: Ousa os moto cor forte - antebraço forte
infarto dor + dor

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudorese
Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____

Pele: _____
Cabeça e Pescoco: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia **Audição:** _____ **Visão:** _____
Dispnéia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ **Outros:** _____
AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume
ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas
Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume
AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria
Mal Cheiro Corrimento Outras: _____
SME: Dor _____ Rigidez pós-reposo Deformidades
Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos
SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
Amnésia Libido Humor _____



Av. Dom Pedro I, 175 S. 16360-000 Passo de Areia
Geraldo Siqueira S.A.
21 SET 2018

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg
FC= ____ FR= ____ TEMP(°C)= ____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Tx Goleazzi C6*Conduta: *Inter - pt Cig*

Dr. Indalecio Paolini Fernandes
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 6827 TEOF 14247
Indalecio Paolini Fernandes





RELATÓRIO DE CIRURGIA

19/03/18

Nome: <u>Ronaldo S. Soeiro</u>				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP: LR:
Data:	Cirurgião:	1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<u>Fr. ilíaco</u>				<i>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPMAT CONTENÇO NÃO VERIFICADO 21 SET 2018 Av. Bernardo Sayão S/N, 105 - João Pessoa/PB</i>
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<u>O liso</u>				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
<u>NP</u>				
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não	<i>Ortopedia e Traumatologia CRM-PB: 8907</i>	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente Sola DMY
tempo seco tempo
suor seco
Anestesia de corpo inteiro

Incisão:

Incisão
burilão sol peito aust.

Achados:

fx. geleozzi



Conduta:

Redutoras ferida
1 fístula plena DCP 3 T.
2 feridas e 6 para ferir cost.
Sutura
anotado + RX
Retirado ferida.

Fechamento:

OBS:

Data: 15/09/18

MÉDICO/CRM





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

PRONTUÁRIO N°

DADE: 24	SEXO: M	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.: 16	LEITO: 158
----------	---------	-----	----------------------	----------	------------

DATA DE ADMISSÃO: 04/03/18 DATA DE ALTA: 16/03/2018 TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE GALEAZZI E

CID

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

RATAMENTO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS EXAMES

E.F. + RADIOGRÁFICO

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA: AINE + ATB + ANALGÉSICO

HATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

SULTADO BACTERIOLOGIA

INDICAÇÕES DE ALTA

() MELHORADO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

() CURADO

() ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente com história de trauma em PUNHO E (FRATURA DE GALEAZZI E) sendo submetido a tratamento cirúrgico COM REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS evoluindo sem intercorrências. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e antibióticos. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

ESTADO: Livre ou conforme já realizada pelo (a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc..

POUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

DADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se tirar dor, calor, vermelhidão ou um "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

DICAÇÕES PARA CASA: analgésicos + antibióticos.

TORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão. (DR.ROBERTO SANTOS)

16/03/2018

ASS. MÉDICO / C.R.M

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





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido
do(a) Sr.(a) RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
portador(a) da identidade
RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
0800horas, portador(a) da patologia CID-10 **S 52.0**
devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de **60 (sessenta)** dias, a partir
esta data.

João Pessoa, 16/03/2018.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)





CARTÃO DE RETORNO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:35:04
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071035046570000033635673>
Número do documento: 2010071035046570000033635673

Num. 35199466 - Pág. 28

**CONTROLE DE FREQUÊNCIA DE PACIENTES
DA FISIOTERAPIA**

PACIENTE:

Rodolfo Souza das Cunha

Data

Assinatura

1	15-06-18	Rodolfo Souza das Cunha
2	29-06-18	Rodolfo Souza das Cunha
3	06-07-18	Rodolfo Souza das Cunha
4	13-07-18	Rodolfo Souza das Cunha
5	20-07-18	Rodolfo Souza das Cunha
6	27-07-18	Rodolfo Souza das Cunha
7	03-08-18	Rodolfo Souza das Cunha
8	10-08-18	Rodolfo Souza das Cunha
9	17-08-18	Rodolfo Souza das Cunha
10	24-08-18	Rodolfo Souza das Cunha

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA
SECRETARIA DE SAÚDE

NOME _____

Declaro em:

Dados pessoais devidamente
os: Rivaldo Souza dos Santos
CID: \$62 nenhuma das reas
de Finotofin, o m^o
Tenho a certeza

Santa Rita 25/10/2018



Dr. Luis Gomes Saraiva
CRM-PB
CRF 15340

MÉDICO-CRM
Voltando à consulta trazer esta receita





Paciente: Adolfo Sojo LS

End.: Lázaro



Paciente Adolfo Sojo LS.

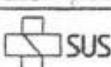
TGZ.2 no ANTEBRACIO ESQ.
com OSTEOSINTESIS LÓCOL, APÓS
ACIDENTE MOTOACIDENTAL, também
EM ANEXO, DEIXANDO LIMITES
FUNCIONAIS EM 50% PARA RETRAXER
DO PUNHO, PRONATRUS FLEXO-SILO,
SUPINATRUS INCOMPLETO, CLAS-
SIFICANDO COMO SEQUELA MU-
DRADA.

Dr Djalma Bento F Junior
CRM 3874
Clínica Traumatológica

06
09
18

Praça Getúlio Vargas - 68 - Centro - Santa Rita - PB
CNPJ: 27.451.002/0001-53 - Fones: (83) 3032-2331 - 98605-6016



 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		fls.1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE <i>Zacaria Souza da Cunha</i>		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO / /	
7 - SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
9 - TELEFONE DE CONTATO DDD / N° DO TELEFONE		10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	13 - UF
		14 - CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>71801003 (0361)</i>	
17 - QTDE.			
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
20 - QTDE.			
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
23 - QTDE.			
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
26 - QTDE.			
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
29 - QTDE.			
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
32 - QTDE.			
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Facieta r-idi-E</i>		34 - CID10 PRINCIPAL	35 - CID10 SECUNDÁRIO
36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS			
37 - OBSERVAÇÕES <i>Paciente recebeu alta e fica em observação 10/10/2023</i>			
SOLICITAÇÃO			
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Suelio A. B.</i>		39 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>29/10/2020</i>	40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) <i>De: Roberto A. Salles CRM-PB #599</i>
40 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR	48 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
45 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			
51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		52 - CNES	





REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS

NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8

1-CPF
2-CGC

2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE

João Pedro

ENDEREÇO

BAIRRO

IDENTIDADE

IDADE

PAM

ORIGEM

SES

SSM

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

24/4/18

DATA

DEPARTAMENTOS DE SISTEMA DE ATENÇÃO
CONTINUADA NA VIDA INTEGRAL

21 SET 2013

Gesta Segurança do Paciente
M. da Paz 175 SJ RJ

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

Dr. Roberto A. Santos
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 1590

CRIMBO E ASSINATURA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: 199

DADOS DO PACIENTE

Nome: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
Mae: ADRIANA DE FATIMA SOUZA DOS SANTOS
Data Nasc.: 10/10/1993 Idade: 24 ano(s)
IDENTIDADE: 3764658
Ocupação: OFFICE-BOY
End.: RUA/ 3 DE MAIO, 460,
Bairro: TIBIRI FABRICA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB
Procedencia: RESIDENCIA
Resp.: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

PRE-CONSULTA: PA:

FC:

FR:

TEMP:

GLICEMIA:

Num. de vezes atendido: 4

Prontuario: 2018.03.000383

Pai: LAFAIETE FELIPE DOS SANTOS

Sexo: M CNS: SEM CNS

Telefone: 987509286 Estado:

Natural: CAMPINA GRANDE DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

OPA/

CONTEÚDO NÃO VERIF.

SOLTEIRO(A)

21 SET 2018

DR. Roberto Souza
Segundona SIA
Av. Dr. Pedro I, 776 S. João Pessoa/PB

HDA:

ANTECEDENTES:

MEDICAMENTOS EM USO:

EXAME FISICO:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

CONDUTA:

CURATIVO: SIMPLES: []

COM PONTOS: []

TROCA DE SONDA: []

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ambulatório

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

Dr. Roberto A. Santos
CRM-PB 10000
CRM-PE 1000

Rodolfo Souza dos Santos

ASSINATURA DO PACIENTE

PROCEDIMENTO REALIZADO: (CONTAS MEDICAS)

ASSINATURA DO E CARIMBO DO MEDI:





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:35:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710350465700000033635673>
Número do documento: 20100710350465700000033635673

Num. 35199466 - Pág. 35



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:35:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710350465700000033635673>
Número do documento: 20100710350465700000033635673

Num. 35199466 - Pág. 36



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:35:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710350465700000033635673>
Número do documento: 20100710350465700000033635673

Num. 35199466 - Pág. 38

FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE

DETAN - PB N° 013930492457
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA PBI 20180000164556-4
CÓD. RENAVAM R.N. R.P.C. EXERCÍCIO
1 0099943506-0 00/00000000 2018

NOME
RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

CPF / CNPJ 11321993447 PLACÁ OFC8813/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1680ER509026

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLE / NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2 P / 149 / CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

I COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
P 00/00/0000 1^º
V FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2^º
A ***** 0 3^º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 25/04/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

0 LOCAL DATA 25/04/2018
SANTA RITA - PB 41939 42676

DENATRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 013930492457 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 25/04/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 11321993447 PLACA OFC8813/PB

RENAVAM 00999435060 MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2014 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KC1680ER509026

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		IOF (R\$) SEGURADO
PAGAMENTO		TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) PAGO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO 25/04/2018

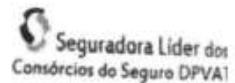
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

42676-1111545-20180425

OUT/2017



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349078/18

Vítima: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

CPF: 113.219.934-47

CPF de: Próprio

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

Data do acidente: 03/03/2018

Titular do CPF: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RODOLFO SOUZA DOS SANTOS : 113.219.934-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/09/2018
Nome: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
CPF: 113.219.934-47

RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30



CARTA DE REANÁLISE DE SINISTRO DPVAT

Eu, Rodolfo Souza dos Santos, Brasileiro, solteiro, portador da identidade RGº 3764658 SSP/PB, inscrito no cadastro de pessoas físicas CPF: 113.219.934-47.

Venho através desta comunicação a seguradora Líder, que não concordo com o valor da minha indenização do sinistro Nº 3180443062, pois em razão do acidente, tenho limitações funcionais do membro lesionado, impedindo de exercer minhas atividades laborais, já que minha função é motoboy, não passei por perícia para verificação da real limitação que o acidente causou. Solicito reanálise do meu sinistro, como também o agendamento da perícia médica.

Atenciosamente, Rodolfo Souza dos Santos.

João Pessoa, 22 de novembro de 2018

Rodolfo Souza dos Santos





Policlínica do AMIP

Angiologia
Alergologia
Audiometria
Cardiologia
Cirurgia Geral
Cirurgia Plástica
Clínica Médica
Cirurgia Infantil
Dermatologia
Endocrinologia
Ecocardiografia
Eletroencefalograma
Gastroenterologia
Endoscopia Digestiva
Ginecologia e Obstetrícia
Laboratório
Mastologia
Neurologia
Neurocirurgia
Nefrologia
Nutrição
Otorrinolaringologia
Videolaringoscopia
Oftalmologia
Odontologia
Pediatría Geral e Especializada
Pneumologia
Psicología
Reumatologia
Ultrasonografia
Urologia
Vacinação

Dr. Fábio G. R. Bonfim
CRM-PB 3395
SBOT 9870
CRM-PB 14654*

A DP VAT
Rodolfo Souza dos Santos
nascido em 01/01/1980
se sente desfalecido
segundo o paciente, no
fim de 03/03/18.

Foi submetido a tratamento
com óxido de ferro e
fractura do rádio E.

Atualmente o paciente
encontra-se ~~consolidado~~, articulações
muito doloridas e reper-
meção e flexão e extensão
do punho E.

O PACIENTE TERÁ DIREITO A UM RETORNO NO PÉRIODO DE ATÉ 15 DIAS A PARTIR DA CONSULTA
AV. DOS TABAJARAS, 792 - CEP 58013-360 - JOÃO PESSOA - PB - FONE:(83) 3208-2821



A pareante acha que te
força muscular.

↓ Há de volta te fez
MSIE em 20.

CID: 552 / T92

JP

22/11/18

Dr. *[Signature]*
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349078/18

Vítima: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

CPF: 113.219.934-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2018

Titular do CPF: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RODOLFO SOUZA DOS SANTOS : 113.219.934-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/09/2018
Nome: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS
CPF: 113.219.934-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

RODOLFO SOUZA DOS SANTOS

ALINE GOMES DE BRITO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180443062 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODOLFO SOUZA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/03/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 MÉDIO DO RÁDIO ESQUERDO (GALLEAZZI).

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

