

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

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079707

Vítima: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATA LUANA FELIX 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



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

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079707

Vítima: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079707

Vítima: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079707

Vítima: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATA LUANA FELIX 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\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

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

Recebedor: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000001909

Conta: 0000053881-3

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, retorno 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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) VALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	Felix do Nascimento	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Renata Luana Felix do Nascimento			
Profissão:	Autônoma	Endereço:	R José Augusto Tundade	
Bairro:	Mandacaru	Cidade:	João Pessoa	Estado:
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA CAIXA DE CONTAS

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1909** CONTA: **53881** Dígito: **3**

(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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total.

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 o Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- Não há IML que atende 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
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação das sequelas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a):

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **João Pessoa, 12/08/19**
 Nome: **Renata Luana Felix do Nascimento**
 CPF: **087.702.244-55**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

MPPE - MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL DA 1ª REGIÃO

13 AGO 2019

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

PROTÓCULO - 1º

JOÃO PESSOA

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

O presente formulário, A SEU RODO, deve ser preenchido e assinado na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

o presente formulário, A SEU RODO, deve ser preenchido e assinado na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo.

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07847.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de Ocorrência Policial Nº 07847.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:14 horas desta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, A 1565699, ao final assinado, compareceu Renata Luana Felix do Nascimento, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Autônoma, filha(a) de Reginaldo Miguel do Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/06/1992 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Comerciante Jose Augusto Trindade, Nº 51 ponto de referência Próximo Ao Antigo Mercadinho Frei Damião., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-2505.

pessoa interessada, o Registro de ocorrência nº 07847.01.2019.1.00.401, que esta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, A 1565699, ao final assinado, compareceu Renata Luana Felix do Nascimento, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Autônoma, filha(a) de Reginaldo Miguel do Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/06/1992 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Comerciante Jose Augusto Trindade, Nº 51 ponto de referência Próximo Ao Antigo Mercadinho Frei Damião., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-2505.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. gov. Flávio Ribeiro Coutinho, Próximo a Praça do Ciclista, João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/02/1997, às 14:30h. Tipificação: em tese, **ATROPELAMENTO NO TRÂNSITO**.

Local: Av. gov. Flávio Ribeiro Coutinho, Próximo a Praça do Ciclista, João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/02/1997, às 14:30h. Tipificação: em tese, **ATROPELAMENTO NO TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

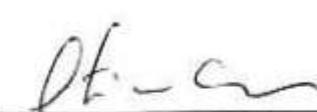
QUE NA TARDE DO DIA 15/02/2019, POR VOLTA DAS 14:30 A DECLARANTE FOI ATROPELADA POR UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA/QUE VADIU-SE DO LOCAL EM QUE SE ENCONTRAVA SEM PRESTAR SOCORRO A DECLARANTE, QUE O FATO OCORREU QUANDO A DECLARANTE ESTAVA NA VIA CICLISTA; QUANDO UMA MOTO INVADIU A VIA E ATROPELOU A DECLARANTE, QUE DEVIDO AO FATO A DECLARANTE VEIO A CAMPANHA, SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o laudo médico nº 1143379, TCE LEVE, FRATURA EXPOSTA DA PERNAS DIREITA, ESQUERDA CID S00, S82.7, S42.0; conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. ELIVALDO SALES DE SOUZA, no HOSPITAL MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY.

DECLARANTE FOI VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA/QUE VADIU-SE DO LOCAL EM QUE SE ENCONTRAVA SEM PRESTAR SOCORRO A DECLARANTE, QUE O FATO OCORREU QUANDO A DECLARANTE ESTAVA NA VIA CICLISTA; QUANDO UMA MOTO INVADIU A VIA E ATROPELOU A DECLARANTE, QUE DEVIDO AO FATO A DECLARANTE VEIO A CAMPANHA, SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o laudo médico nº 1143379, TCE LEVE, FRATURA EXPOSTA DA PERNAS DIREITA, ESQUERDA CID S00, S82.7, S42.0; conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. ELIVALDO SALES DE SOUZA, no HOSPITAL MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY.

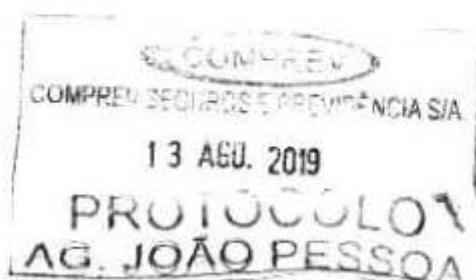
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante da Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme referida é verdade. Dou fé.

implicações legais contidas no exposto e presente Certidão. A

João Pessoa/PB, 15 de julho de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO
Noticiante



Procedimento Oficial: 07847.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) VALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	Felix do Nascimento	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Renata Luana Felix do Nascimento		Renata Luana Felix do Nascimento	
Profissão:	Autônoma	Endereço:	R José Augusto Tundade	
Bairro:	Mandacaru	Cidade:	João Pessoa	Estado:
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA CAIXA DE CONTAS

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1909 CONTA: 53881 3
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____
 (Informar o dígito se existir)

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

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 o Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação das sequelas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a): _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem o falecimento da vítima, com base na documentação existente e quantificação das lesões. A declaração de que a vítima está viva significa prévia concordância com a futura responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 12/08/19
 Nome: Renata Luana Felix do Nascimento
 CPF: 087.702.244-55

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

o presente formulário, A SEU RODO, antes do preenchimento e assinatura. TUDOS.



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO 18/06/92
NOME DA MÃE FRANCISCA FELIX DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1143379
DATA DO ATENDIMENTO 15/02/19
HORA DO ATENDIMENTO 15:40
MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE, FRATURA EXPOSTA DA PERNAS DIREITA , FRURA DE CLAVÍCULA ESQ.
CID 10 S00, S82.7, S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NA Perna DIREITA E OMBRO ESQUERDO. AFIRMA NÃO LEMBRAR DO ACIDENTE . AVALIAÇÃO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX Perna DIR. RX Ombro ESQ.

TC DE CRANIO

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX Perna DIR. - FRATURA DOS OSSOS DA Perna .

RX Ombro ESQ. - FRATURA DE CLAVÍCULA

TRATAMENTO:

IMOBILIZAÇÃO E TRANSFERENCIA PARA H. TRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO

ALTA HOSPITALAR: 15/02/19
DATA DA EMISSÃO: 20/05/19

Dr.

LIVALDO SALES DE TOLÉDO
CRM: 1873/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INS, TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS - O profissional que assina esse laudo

EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
não participou do atendimento médico.

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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000053881-3

Nr. da Autenticação 78563CF8411B6E5B

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolso para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica N° 027.586.743



JEL. INVESTIMENTOS TECNOLÓGICOS
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Endereço: João Pessoa / PB - CEP 58071-460
CNPJ 00.865.163 / 0001-40 Insc. Est. 16.493.023-0

R. 238, Km

DADOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
AV. JOÃO MACHADO 853 SL 127
JOÃO PESSOA

CDC - CO

GO DO CONSUMIDOR
1313928-2

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUL/2019

09/07/2019

128

16/07/2019

R\$ 112,30

Acesse: www.energisa.com.br

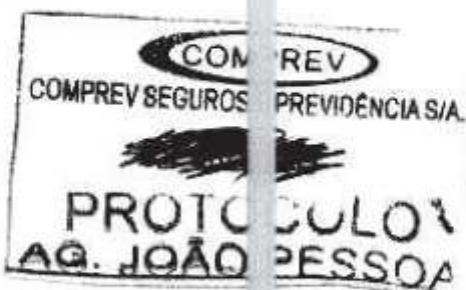


DESTAQUE AQUI

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
Rolêncio: 34-001-038-2760
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 16/07/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
16/07/2019	R\$ 112,30	1313928-2019-07-6

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS SA
13 AGO. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=CODIGO&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado de seguros, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 9.513/98.

Pelo exposto, eu Gulhyana Flávia de Amorim Nogueira, inscrito(a) no CPF sob o N° 011.397.504-69, na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário Renate Luara L. felix do Nascimento, inscrito(a) no CPF sob o N° 087.702.244-55, do sinistro de DPVAT coberto Renate luara felix do Nascimento, inscrito(a) no CPF sob o N° 087.702.244-55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

Recuso informar

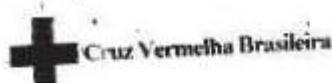
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Av. João Machado</u>	Número	<u>353</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email		Telefone comercial		Telefone celular (DDD) <u>(83) 99921-9283</u>

João Pessoa, 13 de Agosto de 2015
Local e Data

Gulhyana Flávia de Amorim n° 011.397.504-69
Assinatura do Declarante



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO	BAE 1143378	Data/Hora Entrada 15/02/2019 15:40:03	Data Baixa
Data de nascimento 18/06/1992	Idade 26a 7m 28d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988143655
Mãe ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOÃO PESSOA	Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51		Profissional TIBERIO VANOMARK CHAV	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Data/Hora Prescrição 15/02/2019 17:06:32	Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Classificação 15/02/2019 15:40:03			BEZERRA

Anamnese

ORTOPEDIA

PCT TRAZIDA PELO RESGATE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO.
PCT COM LAPSO DE MEMÓRIA RECENTE, REFERE NÃO LEMBRAR DO OCORRIDO.
CAPACETE. RELATA QUE NÃO LEMBRA NEM QUE ESTAVA ANDANDO DE MOTO.
REFERE DOR NA PERNA DIREITA E OMBRO ESQUERDO.

NÃO LEMBRA SE USAVA

EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE, ORIENTADA
MID: MOBILIZADO COM TALA-FIX. EDEMA (2+/4+) E CREPTAÇÃO NO TERÇO PROXIMAL FERIMENTO NA REG.
LATERAL DO TERÇO MÉDIO DA PERNAS
PANTURRILHA LIVRE, SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL
MSE: DOR PALPAÇÃO DO TERÇO LATERAL DA CLAVICULA ESQUERDA. ADM LIMADA PELA DOR. SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES.

RX: FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DOS OSSOS DA PERNAS

HD: FRATURA EXPOSTA PERNAS ESQUERDA
AMNÉSIA LACUNAR

CD: ATB
RX OMBRO ESQUERDO
TC CRANIO
AVALIAÇÃO NCR

CONVENIENCIA
COM REINTEGRAR PREVIDÊNCIA S/A

13 AGO. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MEDICAÇÃO

CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA
ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

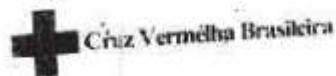
POR 1 DIA(S)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

Conduta

Em observação



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO	BAE 1143379	Data/Hora Entrada 15/02/2019 15:40:03	Data Baixa
Data de nascimento 18/06/1992	Idade 26a 7m 29d	Sexo Feminino	CNS
Mãe ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	Telefone de Contato (83) 988143655
Endereço COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	Prontuário UF PB Nº Cons. Regional 9985/PB
Acidente MOTO X PEDESTRE		Data/Hora Prescrição 15/02/2019 21:32:27	
Data/Hora Classificação 15/02/2019 15:40:03			

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO NO MOMENTO, SEM QUEIXAS TORÁCICAS OU ABDOMINAIS. REFERE AMNESTIA, PORÉM JÁ DE ALTA DA NCR. AO EXAME: TÓRAX SEM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, MV PRESERVADO EM AMBOS HTX'S. ABDOME SEMIGLOBOSO, FLUIDO, PLANO. DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO.

- CD: 1) ALTA DA CIR GERAL
- 2) AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

STAFF: DR MANGUEIRA

Conduta

Em observação

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

CLAUDINO R

RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR
(CRM: 9985/PB)

Claudino Junior
Cláudio Geral
CRM - PB 9985



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO	BAE 1143379	Data/Hora Entrada 15/02/2019 15:40:03	Data Baixa
Data de nascimento 18/06/1992	Idade 26a 7m 29d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988143655
Mãe ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE		Data/Hora Prescrição 15/02/2019 22:04:16	Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Classificação 15/02/2019 15:40:03			

Anamnese

ORTOPEDIA

PCT TRAZIDA PELO RESGATE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO.
PCT COM LAPSO DE MEMÓRIA RECENTE, REFERE NÃO LEMBRAR DO OCORRIDO. AO LEMBRA SE USAVA CAPACETE. RELATA QUE NÃO LEMBRA NEM QUE ESTAVA ANDANDO DE MOTO.
REFERE DOR NA PERNA DIREITA E OMBRO ESQUERDO

EX. FIS: BEG, CONSCIENTE, ORIENTADA
MID: IMOBILIZADO COM TALA-FIX. EDEMA (2+/4+) E CREPTAÇÃO NO TERÇO PROXIMAL FERIMENTO NA REG. LATERAL DO TERÇO MÉDIO DA Perna
PANTURRILHA LIVRE, SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL
MSE: DOR PALPAÇÃO DO TERÇO LATERAL DA CLAVICULA ESQUERDA. ADM LIMITADA PELA DOR. SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES.

RX: FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DOS OSSOS DA Perna
FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA - TTO CONSERVADOR

HD: FRATURA EXPOSTA Perna Direita
FRATURA CONSERVADORA CLAVICULA ESQUERDA

ALTA DE CIRURGIA GERAL E NEUROCIRURGIA

CD: IMOBILIZAÇÃO

ATB
ENCAMINHO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE MANGABEIRA PARA TTO CIRÚRGICO DA Perna Direita
OCNFORME PACTUAÇÃO

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: Perna Direita)

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES: MID)

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: MJ NO MSE)

Conduta

Alta médica

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 15/02/2019 15:41:09

TIBERIO

VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sócioar Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 833216 10

GOVERNO
DA PARAÍBA

Boletim de Atendimento: 1143379



Identificação do paciente

Identificação do paciente			
ID 1376389	Nome RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO		
Data de nascimento: 18/06/1992	Idade 26 anos 7 meses 26 dias	Estado civil	Religião
Mãe ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO		Pai REGINALDO MIG	L DO NASCIMENTO
Escolaridade		Responsável (Pare- ntesco) A MESMA - O ME	O(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988143655	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Crn	UF PB
Local de procedência MANAIARA		Tipo BAIRRO	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	

Endereço

Endereço	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMERCIANTE	SE AUGUSTO TRINDADE
CEP 58027621	Complemento		Bairro ALTO DO CÉU	
Número 51				

Admissão

Data e Hora 15/02/2019 15:40:03	Número da pulseira 1000007110831	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Ongem do pac. RUA
Classificação de risco		Detalhe do aci. MOTO X PEDI
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	RE

Indicadores e Transporte

Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Voo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

Sinais Vitais		P脉搏	Temperatura	
PA	x mmHg			

Exames complementares						
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Paciente vítima de atropelamento enc. p/ exames						
Manoel de Araújo 01.501-ENF						

Miriam
Mémoires de Académie
Correspondance 1854-1856

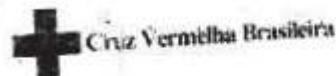
Dinametico

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVA

Impresión

卷四

Tempo
01 min 05 seg



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente RENATA LUANA FEUX DO NASCIMENTO	BAE 1143379	Data/Hora Entrada 15/02/2019 15:40:03	Data Baixa
Data de nascimento 18/06/1992	Idade 26a 7m 28d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988143655
Mae ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional EMERSON MAGNO FERNANDES	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE		Data/Hora Prescrição 15/02/2019 20:49:59	Nº Cons. Regional 6215/PB
Data/Hora Classificação 15/02/2019 15:40:03			

Anamnese

==NEUROCIRURGIA==

ADMISSÃO:
PACIENTE TRAZIDA PELO RESGATE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO.

REFERE NÃO LEMBRAR DO OCORRIDO.

NÃO LEMBRA SE USAVA CAPACETE.

REFERE QUE NÃO LEMBRA NEM SE ESTAVA ANDANDO DE MOTO OU FOI ATROPELADA.

REFERE DOR NA PERDA DIREITA E OMBRO ESQUERDO

-AO EXAME:

GLASGOW 15

SEM DÉFÍCIT NEUROLÓGICO FOCAL

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

DOR A PALPAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO

SEM DOR CERVICAL

-TC DO CRÂNIO:

SEM FRATURAS EVIDENTES

AUSÊNCIA DE COLEÇÕES EXTRA OU INTRA-AXIAIS

HD:

1- TCE LEVE

2- CONSUSÃO

CD:

1- SEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA PARA O CASO

2- ALTA DA NEUROCIRURGIA

3- AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

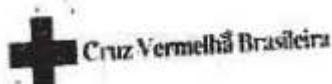
EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE
(: 6215/PB)

EMERSON MAGNO DE ANDRADE
NEUROCIRURGIA
CRM-PB 6215

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

TIBERIO VANDERK CHAVES BEZERRA
(CR: 8252/PB)

DR. TIBERIO
VANDERK CHAVES BEZERRA
(CR: 8252/PB)



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO	BAE 1143379	Data/Hora Entrada 15/02/2019 15:40:03	Data Baixa
Data de nascimento 18/06/1992	Idade 26a 7m 28d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988143655
Mãe ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Enderego COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51		Profissional JOSE CALIXTO DA SILVA FILHO	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Data/Hora Prescrição 15/02/2019 15:47:48	Nº Cons. Regional 3650/PB
Data/Hora Classificação 15/02/2019 15:40:03			

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DA PERNAS
DIREITA
TORAX E ABDOMEN NORMAL ECG 15

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE Perna Direita, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA EXPOSTA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

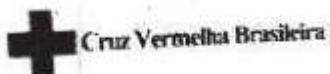
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. J. Calixto da Silva Filho
Médico Cirurgião Geral
CRM: 3650
JOSE ALIXTO DA SILVA FILHO
(3650/PB)

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Parecer Médico

Nome	Idade	Pr	uário
RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO	26A 7M 28D	Per	anênciam na Unidade
Boletim de Atendimento	Data Internação	1h	min
1143379	15/02/2019 15:40:03	Per	anênciam no Leito
Convênio	Clinica		
SUS	CIRURGIA GERAL		

Parecer médico

Profissional

Especialidade

NEURO CIRURGIA

Motivo da solicitação Data da Solicitação: 15/02/2019 17:00:14

ORTOPEDIA

PCT TRAZIDA PELO RESGATE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO.
PCT COM LAPSO DE MEMÓRIA RECENTE, REFERE NÃO LEMBRAR DO OCORRIDO.
CAPACETE, RELATA QUE NÃO LEMBRA NEM QUE ESTAVA ANDANDO DE MOTO.
REFERE DOR NA PERDA DIREITA E OMBRO ESQUERDO

NÃO LEMBRA SE USAVA

EX: FIS.: BEG, CONSCIENTE, ORIENTADA
MID: IMOBILIZADO COM TALA-FIX. EDEMA (2+/4+) E CREPTAÇÃO NO TERÇO PROXIMAL. FERIMENTO NA REG.
LATERAL DO TERÇO MEDIO DA Perna
PANTURRILHA LIVRE, SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL
MSE: DOR PALPAÇÃO DO TERÇO LATERAL DA CLAVICULA ESQUERDA. ADM LIMITADA PELA DOR. SEM
ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES.

RX: FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DOS OSSOS DA Perna

HD: FRATURA EXPOSTA DA Perna ESQUERDA
AMNÉSIA LACUNAR??

CD: RX OMBRO ESQUERDO + CLAVICULA

TC CRÂNIO

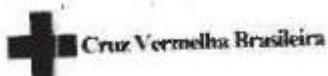
AVALIAÇÃO DA NCR

Parecer

Data de Resposta:

Dr. Tibéri
Ortopedia
centro

Vanderley
2019-02-16
00:00:00



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Parecer Médico

Name	Idade	Pontuário
RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO	26A 7M 28D	
Boletim de Atendimento	Data Internação	Permanência na Unidade
1143379	15/02/2019 15:40:03	7 h
Convênio	Clinica	Permanência no Leito
SUS	CIRURGIA GERAL	

Parecer médico

Especialidade Profissional

ORTOPEDIA

Motivo da solicitação Data da Solicitação: 15/02/2019 15:47:22

FRATURA EXPOSTA Perna Direita

Parecer Data de Resposta:

U. ISS Calixto
Cirurgião CRM: 366

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
 Cruz Vermelha Brasileira
 1143379

Data:	15/02/19 17:06
Usuário:	TIBERO
Boleto N.	1143379

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO	18/06/1992	26a 7m 28d	FEMININO	1143379		15/02/2019 17:06:32
Motivo do Aencadramento	Enfermaria / Leito					Validade da Prescrição 15/02/2019 17:06:00 - 16/02/2019 17:06:00

Convenio	Matrícula	Data da Entrada	Data da Internação	Permanência na Unidade	Permanência no Ambulatório
SUS					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Poss.	Apresentamento
---------------------	------	------	-------------------	---------------	-------------	-------	----------------

1 CEEFAZOLINA SODICA 1G - D(1 / 1)	2000,0	MG	E.V.			AGORA	11.70
2 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG	E.V.			AGORA	11.70
3 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	E.V.			AGORA	11.70
4 TRAMADOL 50MG (ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML))	2,0	ML	E.V.			AGORA	11.70

Reimpresso por:
dia:



Assinatura e Carimbo do Profissional

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
 CRM: 8252

Atendimento: 201931908068

Data Nasc: 8/06/1992 - 26 anos

Paciente: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Data Exame: 5/02/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRânIO

Técnica:

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

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extracranianos.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Estrutura óssea anatômica.

Material amorfo, com densidade de partes moles nas cavidades paranasais, sugestivo de secreção.

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

Este laudo foi liberado em 16/02/2019 12:24.



Dr. Phydia L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB



CERTIDÃO

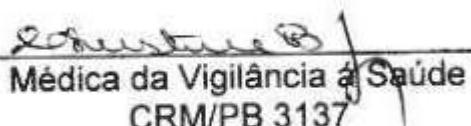
Nº. 1140/2019

Atendendo solicitação de **ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº206361 e Prontuário Nº 2019.02.1.84 pertencentes a paciente **RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO** requerente que foi atendido dia 15/02/2019 às 23H42min, vítima de acidente de moto apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imageria que evidenciou fratura dos ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 15/02/2019, 13/03/2019 e 20/03/2019 com alta médica dia 21/03/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de julho de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

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: 206361 Atd: Nao Regul
Data: 15/02/2019
Hora: 23:42:47
Recep : ionista: ROSICLE BEZERRA DOS
Clini : ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes a endido: 1
Nome: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO Num. Prontuario: 2019.02.001884
CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988143655
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/06/1992 . Id: 26 a (s)
End.: RUA COMERCIANTE JOSE AUGUSTO TRINDADE,51
Bairro: ALTO DO CEU Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO Pai:
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO
Ocupação:
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO
Resp.: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO
T Doc. Responsavel: 988143655 / SEM DOCUMENTO: SD
Pré-dencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politramatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Sintaxe Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente MOTO, expondo que
apresenta dor lombar de evolução com dor e febre

Diagnóstico

| Conduta

PR. SANTA AS. OSOS DE CANTAB.

Prescrição | Horário da medição

26 Dec 1960 Chukotka

~~Dr. Yury
Ordeiro
Endocrinologia
- 11507~~

Dir. to CCF.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Caráter do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Dimitro Luiz T. do Nascimento	Data da Admissão:	17/02/19
Prontuário:		Idade:	
Nome da Mãe:		Enfermaria:	
Endereço:		Bairro:	
Cidade:		Estado:	
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	
Escolaridade:			Data de Nascimento / /
QPD:	Dor m. forte (0)		
ADA:	Houve ou suspeita de infecção transm. m. bact. (0) apresentando cor + alterada + FCI		
Medicações em uso:			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral:	[]Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____		
Rele:			
Cabeça e Pescoço:	[]Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bocio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____		
AR e ACV:	[]Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____		
ABD:	[]Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume		
AGU:	[]Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Nictúria []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 Sibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor		

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HTF

[]HAS []DM []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: *fx. Exp. nos ossos perna D*Conduta: *internar pt crn*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	RENATA JUANA FELIX			Regist:	Nº 14260
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	13/07/13	Girurgião:	W - MILTON	1º Assistente:	—
2º Assistente:	—	3º Assistente:	—	Instrutor:	—
Anestesista:	DR MALINA	Tip Anestesia:	GA	Horário:	I: 09:00 T: 09:40 S: CID
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
Fratura de ossos do perna d. com fixador externo					

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
Ombro/MO	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
Ressecção de fixador externo da perna d.	

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1() Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① Paciente em Decúbito
de costas nos Assentos

Incisão:

② Ciridão de 2x3cm
e assopito

Achados:

③ cérebro exposto

Conduta:

④ Retirada fixador
externo da ferida.

⑤ Curar v^{as}
corta gesso, e v^{as} b^{an}

⑥ Dex no contorno

Fechamento:

de perna, topo

OBS:

Dr. Hilton da Silva Linhares
2M 4711 TEOT 6115
Opega Traumatologia

Data:

13/03/11

MÉDICO/CRM



Nome: <i>Renata Luana Felix do Nascimento</i>				Registro:
Idade: 26 a	Sexo: Fem	Cor:	Clinica: <i>Ortopedia</i>	EMP: _____ LR: _____
Data: 20/03/2019		Cirurgião: <i>Thales Conceiro</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>		2º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>		
Anestesista: <i>José Ribamar</i>		Instrumentador: <i>Maria</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura Diafisária de Tibia Direita</i>				S82.2
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura de Tibia</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não				
Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tíbia

Achados:

Visualização de foco de re-fratura da tíbia

Conduta:

Realizada manobra de redução de fragmentos ósseos (observada presença "asa de borboleta")

Aposição de 01 Placa DCP estreita ø4.5mm

Aposição de 05 parafusos corticais ø 4.5mm distais ao foco de fratura

Aposição de 04 parafusos corticais ø 4.5mm proximais ao foco de fratura

Realizada janela ossea de em tíbia proximal para retirada de enxerto ósseo

Aposição de enxerto ósseo em falha medial de diáfise de tíbia

Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

OBS:

Data: 20/03/2019

Dr. Alex Galvão
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 9603

MÉDICO CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: RENATA LUNA FELIX DO NASCIMENTO				Registro:
Idade: 26	Sexo: FEM	Cor:	Clínica:	EM _____ LR: _____
Data: 15/02/2019	Cirurgião: DR. PACELLI			1º Assistente: DR. YURY (R1)
2º Assistente: DR.		3º Assistente:		Instrumentador:
Anestesista: DR		Tipo Anestesia:		Hospital: I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna				CID
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO O MESMO				CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) REDUÇÃO + FIXAÇÃO EXTERNA				CÓDIGO
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Outro				durante o Ato Cirúrgico

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia.

Assepsia e Anti-sepsia

Aposição de campos estéreis

Incisão: AMPLIADA LESÃO PUNTIFORME

Achados:

FX EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna

Conduta:

Limpeza exaustiva com SF 0,9%

Realizado manobra de redução sob escopia

Aposição de fixador externo

Limpeza com SF 0,9 %

Sutura de pele

Curativo

Rx controle

Fechamento:

OBS: interno paciente para antibiótico terapia e 2 tempo cirúrgico.

Data: 15 / 02 / 2019

Dr. Y... Cordeiro
União
Medicina
CRM
EDICO/CRM


AREA VERMELHA

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

PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO	BAE 1143379	Data/Hora Entrada 15/02/2019 15:40:03	Data Baixa
Data de nascimento 18/06/1992	Idade 26a 7m 29d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988143655
Mãe ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	UF PB Nº Cons. Regional 9985/PB
Acidente MOTO X PEDESTRE		Data/Hora Prescrição 15/02/2019 21:32:27	
Data/Hora Classificação 15/02/2019 15:40:03			

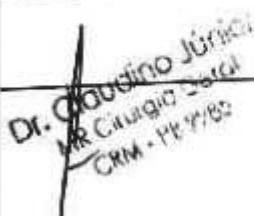
Anamnese
#URGIA GERAL#

F. JENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, EVOLUINDO NO MOMENTO, SEM QUEIXAS TORÁCICAS OU ABDOMINAIS. REFERE AMNEZIA, PORÉM JÁ DE ALTA DA NCR. AO EXAME: TÓRAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, MV PRESERVADO EM AMBOS HTX'S. ABDOME SEMIGLOBOSO, FLUIDO, PLANO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO.

CD: 1) ALTA DA CIR GERAL
2) AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

STAFF: DR MANGUEIRA
Conduta

Em observação



RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

CLAUDIO RO

RIGUES DOS SANTOS JUNIOR
CRM: 9985/PB)

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ATA

NOME Renata Luana Felix do Nascimento

IDADE 27 ANOS

SEXO Fem

COR

CLÍNICA

Ortoped

PRONTUÁRIO Nº

ENF.24

IEII

DATA DE ADMISSÃO

15/07/2019

DATA DE ALTA 25/07/2019

la

TEMPO DE PERMANÊNCIA

CID

582,3 + 5

DIAGNÓSTICO INICIAL

Pseudoartrose de Tibia D

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea de

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDICÕES DE ALTA
(X) MELHORADO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

LETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

() CURADO ()

RESUMO CLÍNICO HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES

Paciente portador(a) de pseudoartrose dos ossos da perna foi submetido(a) a tratamento cirúrgico de redução aberta e fixação interna com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas, com medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório para tratamento e orientações.

do(a) a tratamento cirúrgico de redução aberta e fixação interna com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas, com medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório para tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético

hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Valor em 90 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço

is ao dia. Não colocar produtos tópicos na ferida operatória durante este Complexo Hospitalar.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o seu médico.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina, ANNE

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira e

07 dias para revisão. Dr. JORGE AUGUSTO

Dr. Yury GORDON PB

CRM-11.407.PB

Ortopedia e Traumatologia

24/07/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

IMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TI

Este documento serve de comprovação de atendimento hospitalar para DMFs, INSS, FAMAS, FAE, FAE OF TRATAMENTO

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Renata Luana Felix do Nascimento

IDADE 27 ANOS

SEXO Feminino

COR

CLÍNICA

Ortopedia

PRONTUÁRIO Nº

ENF.24

LEI

DATA DE ADMISSÃO
15/07/2019

DATA DE ALTA 25/07/2019

DIAGNÓSTICO INICIAL

Pseudoartrose de Tibia D

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea.

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. SIM NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDICÕES DE ALTA
 MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO

ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de pseudoartrose dos ossos da perna foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de retirada de material de síntese e nova osteosíntese interna com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao retorno ao ambiente familiar e ao tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina, 500mg

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira

24/07/2019

DATA

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

ALTA

ALTA

TEMPO DE PERMANÊNCIA

CID 582.3 + S

Tibia

COLETA DE MATERIAL SIM NÃO CURADO

tido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao retorno ao ambiente familiar e ao tratamento e orientações.

, hipertenso, renal crônico, etc...

maior em 90 dias.

vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

07 dias para revisão. DR. JORGE AUGUSTO

Dr. Yury Gorodnitsky
CRM-11602-PB

Ortopedia e Traumatologia

ASS. MÉDICO / C.R.M.

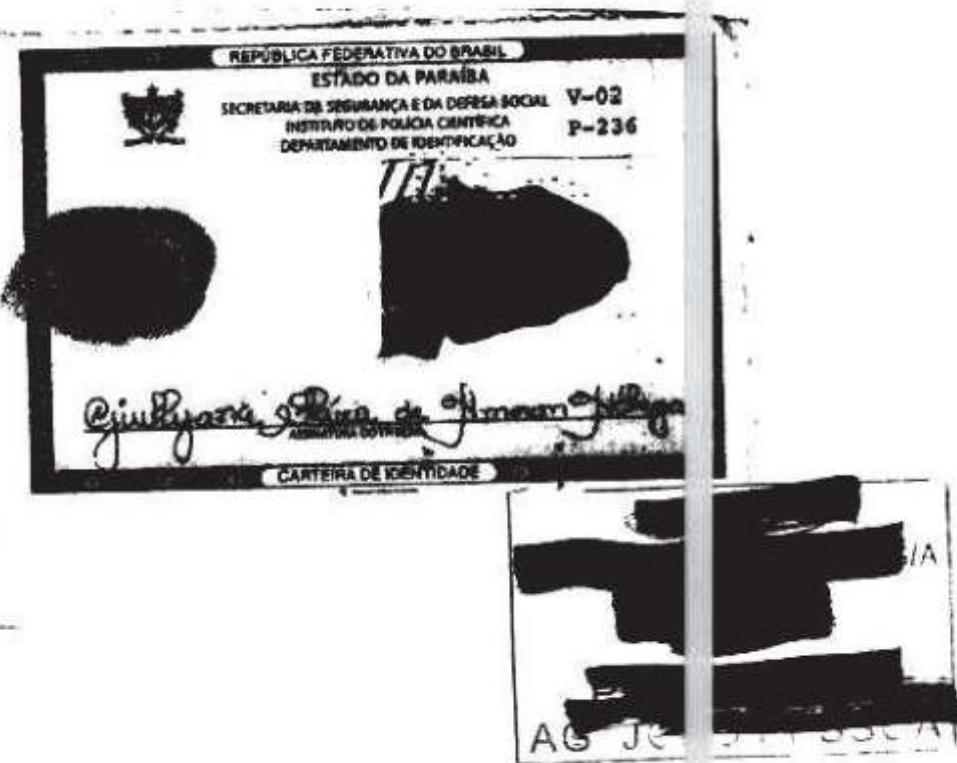
EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO



COMPRA

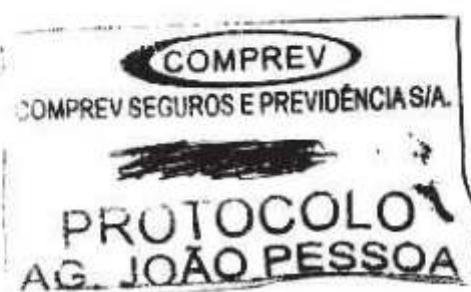
13 AGO. 2019
SEGURANÇA INSTITUCIONAL

PROJETO
AG. JOÃO PESSOA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.668.291 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	15/02/2011
NOME			
GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA			
FILIAÇÃO		LUIZ GONZAGA DE AMORIM	
		MARIA DE FÁTIMA PINTO	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
JOÃO PESSOA-PB		07/02/1985	
DOC ORIGEN		CASAM N.10758 37 PL8.058 LIV.063	
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB			
CPF		011.197.984-69	
Assinatura da GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA			
LEI N° 7.116 DE 29/06/83			



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200079707**

Nome do(a) Examinado(a): **RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOSE AUGUSTO TRINDADE, 51 - João Pessoa - PB - CEP 58027-768

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3802299**

Data e local do acidente: [**15/02/2019**] **Retão de Manaíra Cidade de João Pessoa**

Data e local do exame: [**16/03/2020**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta da tibia direita e fratura fechada da clavícula esquerda.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico apresenta claudicação da marcha, deformidade da clavícula esquerda devido consolidação viciosa da fratura, com hipotrofia muscular, limitação de mobilidade articular com perda de 50% de flexão e abdução, deficit de força motora do ombro esquerdo, apresenta extensa cicatriz cirúrgica na perna direita, limitação de mobilidade articular de joelho com perda de 50 graus de flexão e de tornozelo direito com perda de 40% de flexão plantar e de 30% de flexão dorsal, hipotrofia da perna deficit de força motora do membro inferior direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento conservador da fratura da clavícula e tratamento cirúrgico de urgência da fratura da perna com a colocação de fixador externo que depois foi convertida em síntese interna com placa e parafusos, evoluindo com pseudoartrose e quebra de material de síntese sendo necessário novo procedimento com colocação de enxerto e nova placa e parafusos.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta deformidade da clavícula esquerda, limitação de mobilidade e deficit de força motora do ombro esquerdo, claudicação da marcha, limitação de mobilidade articular do joelho e tornozelo direito, deficit de força motora do membro inferior direito.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

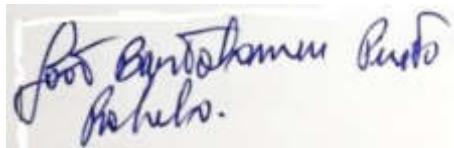
membro inferior direito.

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190477620

Data da solicitação: 12/02/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Renata Luana Felix do Nascimento

CPF do beneficiário: 087.702.244-55

Nome do solicitante: Guillyana Flávia de Amorim Nóbrega

CPF do solicitante: 011.197.964-69

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99921-9253

Tel. Comercial: (0800) 591 2563

Tel. Residencial: (0800) 021 91 35

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

João Pessoa, 12/02/2020.

Local e Data

Guillyana Flávia de Amorim Nóbrega.

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190477628 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 15/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TÍBIA (P.17,18,19,20,21,22)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA CLAVÍCULA.(P.3)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Renata Luana Felix do Nascimento....., brasileiro(a), estado civil Solteira....., profissão....., residente e domiciliado à Rua....., nº51....., bairro....., Município de João Pessoa....., Estado de(o) Paraíba....., portador(a) do RG nº 3.802.919....., SSP/SN e CPF nº 023.702.244.55.....

Outorgado: Gulliane Flávia de Moura....., brasileiro(a), estado civil....., profissão....., residente e domiciliado(a) à Rua....., nº 335....., bairro....., Município de João Pessoa....., Estado de (o) PB....., portador (a) do RG nº 2663.291....., SSP/ PB..... e CPF nº 1.197.984-69.....

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) requerer junto à qualquer outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento de indenização em caso de acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Renata Luana ocorrido em 15.1.22.2019, conforme registrado pelo B.C. Processo de natureza Invólucro.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante com se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandado.

João Pessoa, 15, de 7 de 2015.
Renata Luana Felix do Nascimento
Outorgante
CPF Nº 023.702.244.55

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdade.

COMPRA SEGURO DE VIDA
13 AGI
PROT. 1.101
A.Q. JOÃO PESSOA

CARTÓRIO
FÁBIO ROBERTO C. BATISTA

2º OFÍCIO DE NOTAS
MATERIAL DE MANGUEIRA

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019
Reconheço por autenticidade a firma de:
RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Dou fé, em testemunho de verdade, João Pessoa - PB, 18/07/2020
EMOL: R\$ 8,81 FEPJ: R\$ 1,98 FARPE: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,20
SELO DIGITAL: AFHDE0310-LM7N
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

FÁBIO ROBERTO C. BATISTA - ESCREVENTE AUTORIZADO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277624/19

Vítima: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

CPF: 087.702.244-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2019

Titular do CPF: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO : 087.702.244-55

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: 13/08/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

RENATO LUNA DIAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079707 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 15/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada da clavícula esquerda.
Fratura exposta da tibia direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta claudicação da marcha, deformidade da clavícula esquerda devido consolidação viciosa da fratura, com hipotrofia muscular, limitação de mobilidade articular com perda moderada de flexão e abdução, deficit de força motora do ombro esquerdo.
Apresenta extensa cicatriz cirúrgica na perna direita, limitação de mobilidade articular de joelho com perda de 50 graus de flexão e de tornozelo direito com perda de 40% de flexão plantar e de 30% de flexão dorsal, hipotrofia da perna deficit de força motora do membro inferior direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador da fratura da clavícula e tratamento cirúrgico de urgência da fratura da perna com a colocação de fixador externo que depois foi convertida em síntese interna com placa e parafusos, evoluindo com pseudoartrose e quebra de material de síntese sendo necessário novo procedimento com colocação de enxerto e nova placa e parafusos.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/03/2020

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50